

Relatório de Estágio - Investigação

TEIXEIRA, JULIANA

GANDRA 2013

APRENDER A VIVER COM PRÓTESE DA ANCA:

NUM INTERNAMENTO DE ORTOPEDIA



**INSTITUTO POLITÉCNICO
SAÚDE DO NORTE**
Departamento de Enfermagem

Relatório de Estágio - Investigação

APRENDER A VIVER COM PRÓTESE DA ANCA: NUM INTERNAMENTO DE ORTOPEDIA

JULIANA CRISTINA ARAÚJO TEIXEIRA

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre de
Enfermagem em Reabilitação, submetida ao Instituto
Politécnico de Saúde do Norte – CESPU.

ORIENTADOR
Manuel Barnabé Moura Pinto de Melo (MSc)

Gandra, Setembro de 2013



INSTITUTO POLITÉCNICO
SAÚDE DO NORTE
Departamento de Enfermagem

Dedicatória

- A toda a minha família pelo apoio e motivação que me deram ao longo desta grande caminhada.
- Ao João Meireles pelo amor, companheirismo, estímulo e incentivo para eu fazer sempre o meu melhor.

Agradecimentos

- À Mestre Luísa Brochado pela ajuda, disponibilidade e orientação na concepção do projecto inicial deste estudo.
- Ao Mestre Manuel Melo que me orientou ao longo desta caminhada, mostrando-se sempre disponível e nas várias reuniões fomentou o meu pensamento crítico para conseguir fazer sempre mais e melhor.
- Ao Mestre Albino pela ajuda e orientação na análise estatística dos dados.

“Nenhuma dificuldade é superior à minha vontade e capacidade de a vencer”

Daniel Serrão

Índice

Nota Introdutória	1
PARTE I - O ensino/aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca	5
1. Da Artrose à Artroplastia da Anca.....	7
1.1 Independência e Autonomia em pessoas com Prótese da Anca	16
2. O impacto da Hospitalização: um processo de transição.....	19
2.1 A teoria da transição proposta por Meleis	23
3. Aprender a viver com prótese da anca	31
4. Educar para o autocuidado	39
4.1 Teoria Geral do Autocuidado, segundo Orem	46
PARTE II - Trabalho de Campo	49
1. Da problemática à questão de investigação	51
2. Plano de Educação para a pessoa que vai ser submetida a APA	53
3. Desenho da Investigação.....	63
3.1 Objectivos.....	67
3.2 População e Amostra	68
3.3 Instrumentos de Colheita de Dados	70
3.4 Aspectos Éticos do Estudo	73
4. Apresentação dos Resultados	75
4.1 Caracterização sociodemográfica da Amostra	75
4.2 Dados resultantes da aplicação do instrumento de avaliação da aprendizagem da pessoa submetida a APA.....	79
5. Discussão dos Resultados.....	103
Considerações Finais.....	113
Referências Bibliográficas.....	117

ANEXOS

Anexo I - Mini Mental State Examination.....	III
Anexo II - Instrumento de Colheita de Dados aplicado na Admissão.....	V
Anexo II - Instrumento de Colheita de Dados aplicado na Alta.....	VII
AnexoIV - Consentimento Informado.....	IX

Índice de Diagramas

Diagrama 1 – Teoria da Transição, adaptado de Meleis e colaboradores por Teixeira, Meireles & Carvalho (2010).....	25
Diagrama 2 – Processo de Educação para a Saúde, adaptado de Redman (2003).....	41
Diagrama 3 – Estratégia de Intervenção após Avaliação Diagnóstica do Conhecimento	55
Diagrama 4 – Plano de Acção do Estudo	64
Diagrama 5 – Metodologias de Investigação adoptadas no estudo.....	Error!
Bookmark not defined.	
Diagrama 6 – Questões exploratórias nas diferentes fases do estudo	65
Diagrama 7 – Estrutura da Metodologia Quasi-experimental com grupo único e duas séries temporais.....	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Educação para a Saúde para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca e sua família.....	36
Tabela 2 – Classificação de Sistemas de Enfermagem.....	47
Tabela 3 – Áreas de Educação para a Saúde para a pessoa submetida a APA	54
Tabela 4 – Plano de Educação para a Saúde implementado	57
Tabela 5 – Caracterização Sociodemográfica da amostra: idade.....	76
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica da amostra: convivente significativo.....	78

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica da amostra: Tempo de Internamento	79
Tabela 8 – Fontes de Informação prévia à APA	80
Tabela 9 – Conhecimentos não demonstrados na admissão	96
Tabela 10 – Aprendizagem não demonstrada na alta	98
Tabela 11 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Posicionamento	99
Tabela 12 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Levante	100
Tabela 13 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Sentar	100
Tabela 14 – Evolução da Aprendizagem no âmbito da Deambulação.....	100
Tabela 15 – Evolução da Aprendizagem no âmbito de Subir/Descer Escadas	101
Tabela 16 – Evolução da Aprendizagem no âmbito das Actividades Proibidas	101

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra: relação género e idade	76
Gráfico 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra: género	77
Gráfico 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra: nível de instrução	77
Gráfico 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra: estado civil.....	78
Gráfico 5 – Procura de informação prévia a APA	79
Gráfico 6 – Importância que a pessoa submetida a APA atribui à existência de um programa de informação pré-operatória	94
Gráfico 7 – Importância que a pessoa submetida a APA atribui ao acompanhamento após a alta no domicílio pelo enfermeiro especialista em reabilitação.....	95

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Evolução da Aprendizagem sobre movimentar-se na cama, durante o internamento	81
---	----

Ilustração 2 - Evolução da Aprendizagem sobre utilização do triângulo abdutor, durante o internamento	81
Ilustração 3 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 1) durante o internamento	82
Ilustração 4 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 2) durante o internamento	82
Ilustração 5 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 3), durante o internamento	83
Ilustração 6 - Evolução da Aprendizagem sobre não sentar em superfícies de apoio baixas, durante o internamento	84
Ilustração 7 - Evolução da Aprendizagem sobre existência de produtos de apoio para sentar, durante o internamento	84
Ilustração 8 - Evolução da Aprendizagem sobre qual a melhor cadeira para sentar, durante o internamento	85
Ilustração 9 - Evolução da Aprendizagem sobre manter a extensão do membro inferior operado, durante o internamento	86
Ilustração 10 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços, durante o internamento	86
Ilustração 11 - Evolução da Aprendizagem adaptação do auxiliar de marcha à altura da pessoa, durante o internamento	87
Ilustração 12 - Evolução da Aprendizagem sobre condições físicas adequadas do auxiliar de marcha, durante o internamento	88
Ilustração 13 - Evolução da Aprendizagem sobre calçado adequado para deambular, durante o internamento	88
Ilustração 14 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de marcha a 3 pontos, durante o internamento.....	89
Ilustração 15 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de subir escadas, durante o internamento	90
Ilustração 16 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de descer escadas, durante o internamento	90
Ilustração 17 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: flexão da anca superior a 90º, durante o internamento	91

Ilustração 18 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: flexão do tronco na posição de sentado, durante o internamento	92
Ilustração 19 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: cruzar as pernas, durante o internamento.....	92
Ilustração 20 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: rotação interna do membro inferior operado, durante o internamento	93
Ilustração 21 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: adução do membro inferior operado para além da linha média, durante o internamento	94

Siglas/Abreviaturas/Símbolos Convencionais

INE – Instituto Nacional de Estatística

Cit. – Citado

AVD – Actividades de Vida Diária

APA – Artroplastia Primária da Anca

% – Por Cento

ed. – Edição

RESUMO

Partindo com o foco de atenção direccionado aos cuidados de enfermagem no doente submetido a artroplastia da anca (com vista à obtenção da máxima independência possível para realizar as actividades de vida diária), desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa com a metodologia exploratório-descritivo e *quasi-experimental*. Este retrata a evolução no âmbito da aprendizagem durante o internamento num serviço de Ortopedia. Para além disso, pretendemos também com esta pesquisa perceber quais os conhecimentos prévios que a pessoa tem antes de ser internada e onde os adquiriu, bem como pretendemos identificar a importância que estas pessoas atribuem a um programa de informação pré-operatória e ao acompanhamento após a alta pelo enfermeiro especialista em reabilitação.

Ressaltam como principais conclusões que 45% das pessoas não tinham procurado previamente qualquer informação sobre os cuidados a ter com a cirurgia, das que procuraram informação apenas duas revelaram ter recorrido ao enfermeiro. Na admissão o desconhecimento sobre os cuidados a ter após colocação de prótese da anca foi uma constante, sendo que em mais de metade dos parâmetros avaliados o desconhecimento era total. No momento da alta hospitalar verificou-se que em certos parâmetros (Movimentar-se na cama; Utilização do triângulo abductor; Escolha adequada da cadeira; Actividades proibidas: adução do membro inferior operado para além da linha média) a aprendizagem demonstrada foi de 100%, contudo noutros domínios (Sentar numa cadeira sem apoio de braços - 65 %; Não fazer flexão do tronco na posição de sentado - 50%; Utilização de calçado adequado 50%) evidenciaram uma percentagem expressiva em que a aprendizagem não estava demonstrada. Verificaram-se ainda níveis altos de importância atribuídos pela própria pessoa internada, tanto no que concerne a programas de informação pré-operatória como a programas de acompanhamento da pessoa após a alta. **Palavras-chave:** ARTROPLASTIA DA ANCA, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, AUTOCAUIDADO, APRENDIZAGEM, INDEPENDÊNCIA.

ABSTRACT

Starting with the focus directed to the nursing care of the patient undergoing hip replacement surgery (in order to obtain the greatest possible independence to perform the activities of daily living), developed a quantitative study with a methodology exploratory-descriptive and *quasi-experimental*. This shows the trend in learning during hospitalization in the Orthopedics service. In addition, we also intend with this research understand, what prior knowledge the person has before being admitted and where purchased, as well we intend to identify the importance that people attach these to a program of preoperative information and follow-up after high by the nurse specialist in rehabilitation.

Highlight how key findings that 45% of people had not previously sought any information about the care of surgery, and from the people that sought information only two were found to have resorted to nurse. On admission the ignorance about taking care placement after hip replacement was a constant and in more than half of the parameters evaluated the ignorance was complete. At the time of the hospital discharge that in certain parameters (moving in bed; Using the abductor triangle; Choose appropriate chair and Prohibited Activities: operated leg adduction beyond the midline) the demonstrated learning was 100%, yet in other areas (Sit in a chair without armrests - 65%; Do trunk flexion in sitting position - 50%; Use of appropriate footwear 50 %) showed a significant proportion in which learning was not demonstrated.

It was also found high levels of importance attributed by the person admitted, both as regards the programs of preoperative information such as the person monitoring programs after discharge.

Keywords: HIP REPLACEMENT, HEALTH EDUCATION, SELF-CARE, LEARNING, INDEPENDENCE.

Nota Introdutória

Nas últimas décadas temos assistido a alterações demográficas significativas, com variação e até inversão das pirâmides etárias, actualmente “em Portugal, a população com idade superior a 65 anos ascende aos 1 828 617 indivíduos, com uma esperança média de vida de 18 anos após esta idade, e apresenta o índice de dependência de idosos a 25,6” (Pinheira, 2009, p.14). Segundo dados do (Instituto Nacional de Estatística) INE (2002) o número de idosos em 2050 atingirá 2,95 milhões de pessoas, o que significa mais um milhão de pessoas, aproximadamente do que em 2006.

Estas alterações demográficas, colocam novos desafios em saúde, uma vez que é maior a incidência de doenças próprias do processo de envelhecer, como o caso particular das artroses. Note-se que o aumento da longevidade da população, levará ao aumento do número de pessoas com osteoartrose da anca, prevendo-se que o número de intervenções cirúrgicas para colocação de prótese siga a mesma tendência.

Perante este cenário, o campo de acção do enfermeiro especialista em reabilitação torna-se cada vez mais alargado, afirmando-se como um elemento fundamental na equipa interdisciplinar para potenciar o processo de reabilitação nesta tipologia de doentes, e preparar eficazmente o regresso a casa, garantindo a continuidade de cuidados.

Centrados na preocupação dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia da anca (com vista à obtenção da máxima independência possível para realizar as actividades de vida diária), desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa com a metodologia exploratória-descritiva e *quasi-experimental*.

Consideramos que é crucial o desenvolvimento de um plano de educação para a saúde sistemático e personalizado, e mais importante ainda é ter a percepção da efectividade desse plano quando posto em prática. Neste sentido, este estudo visa perceber qual a evolução no âmbito da aprendizagem entre o momento da admissão e o momento da alta hospitalar, após a

implementação de um plano de reabilitação de educação para a saúde devidamente estruturado.

Consideramos que é importante analisar as práticas de enfermagem, enquanto disciplina prática, com o intuito de contribuir para a reflexão e melhoria dos cuidados prestados. Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar todo o caminho metodológico percorrido durante a aquisição de conhecimentos e competências de investigação.

Este trabalho, para além de reflectir o meu interesse particular, engloba um tema actual e fundamental para o desenvolvimento profissional e pessoal enquanto enfermeira especialista em reabilitação.

O corpo de conhecimentos desta dissertação está subsidiado em livros, investigação científica nacional na área da reabilitação, ortopedia, processo de aprendizagem, educação para a saúde e artigos científicos publicados nas bases de dados: Scielo, PubMed e Ebsco que vão de encontro às temáticas abordadas. Para a pesquisa em base de dados foi valorizada a linguagem controlada e definida a especificidade no campo da pesquisa para artigos na área da enfermagem e reabilitação. De realçar que tivemos sempre em atenção quanto à credibilidade e actualidade das referências bibliográficas e siteográficas consultadas.

Consideramos importante atender às referências de várias teóricas de Enfermagem: Meleis, Orem e Redman e demos lugar de destaque na contextualização teórica, pois no nosso entender a teoria da transição, do autocuidado e da educação em saúde são fundamentais para a compreensão da temática em estudo.

O desenvolvimento desta dissertação de mestrado, encontra-se organizado em duas partes: revisão da literatura “O ensino/aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca” e a parte metodológica que intitulamos como “Trabalho de Campo”. A primeira parte destina-se ao enquadramento conceptual do tema em estudo, pelo que iremos abordar uma série de conteúdos que nos parecem fundamentais para perceber toda a envolvência da

aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca durante o internamento, tendo em vista a uma preparação do regresso a casa eficaz.

Assim, iremos começar por definir o que é a artrose e a artroplastia, enunciando todas as particularidades que o enfermeiro especialista em reabilitação deve conhecer; abordaremos o impacto da hospitalização nesta tipologia de doentes e faremos referência ao processo de aprendizagem que a pessoa que será submetida a artroplastia terá que passar, dando destaque para as orientações fundamentais a incluir num programa de reabilitação da pessoa que colocou prótese da anca. Por fim, será feita uma abordagem ao processo de educação em saúde tendo em vista a independência no autocuidado.

A segunda parte deste trabalho espelha o trabalho de campo realizado em contexto de estágio. Começaremos pela definição da problemática, dedicaremos um capítulo para expor o plano de reabilitação de educação em saúde que foi implementado e de seguida passamos a descrever o desenho da investigação: através da definição do tipo de estudo, dos objectivos, da população e amostra, dos instrumentos de colheita de dados e os aspectos éticos considerados.

No capítulo seguinte faremos a apresentação apelativa dos dados resultantes da aplicação do instrumento de avaliação da aprendizagem por nós construído e por fim, a discussão dos resultados onde serão relacionados os dados anteriormente apresentados com os dados de estudos realizados por outros autores que figuram na nossa contextualização teórica.

**PARTE I - O ENSINO/APRENDIZAGEM DA PESSOA
SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA**

1. Da Artrose à Artroplastia da Anca

As artroses devem-se ao desgaste das superfícies articulares, sendo que o seu aparecimento é quase inevitável, pois trata-se de um processo natural do envelhecimento do organismo (Sousa, 2008).

Segundo Schwartzmann e Boschini (2007, p. 374), a artrose é “uma doença degenerativa crónica caracterizada pela deterioração da cartilagem e pela neoformação óssea nas superfícies e margens articulares”. Outras terminologias como, osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa são também utilizadas para denominar esta patologia.

Na génese da doença degenerativa da anca estão presentes vários factores sistémicos e locais. Destacam-se como factores sistémicos:

- Genéticos: mais concretamente na artrose poliarticular e nódulos de Heberden, ficou provado que haverá transmissão autossómica na mulher e recessiva no homem.
- Obesidade: aumenta a frequência da artrose.
- Idade: a incidência de artrose aumenta consideravelmente com a idade a partir dos 50-60 anos, talvez por menor capacidade da cartilagem envelhecida em resistir ao *stress* mecânico.
- Género: a incidência é aproximadamente igual nos dois géneros, mas os homens são geralmente mais afectados antes dos 45 anos, enquanto as mulheres o são depois desta idade.
- Actividade e Ocupação: tanto a inactividade como a actividade exagerada podem levar a degenerescência articular.
- Estado Nutricional e Metabólico: descreve-se a associação de artrose com várias doenças endócrinas e metabólicas tais como: diabetes, acromegalia, doença de Paget, gota, doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio.

- Osteoporose: favorece a doença degenerativa da anca e é comum no idoso.

Destacam-se como factores locais:

- Traumáticos: traumatismos únicos ou repetitivos, que ao produzir deformidade na articulação, levam à sua degenerescência.
- Doença ou Deformação Articular pré-existente: a doença pode surgir após qualquer processo articular primitivo que leve à incongruência e esforço anómalo das superfícies articulares e na sequência das doenças inflamatórias (Tinoco, 2009, p. 134).

A osteoartrose pode ser agrupada em primária ou idiopática quando não há nenhuma outra patologia associada que leve à destruição da superfície articular, e secundária, quando a degeneração da cartilagem ocorre devido a alguma outra patologia que acometa o quadril. As principais causas de osteoartrose secundária são a necrose asséptica da cabeça femoral, as doenças reumáticas (como a artrite reumatóide), a artrite séptica, as displasias congénitas do quadril, as sequelas de trauma (fracturas não identificadas do colo e cabeça femoral e fracturas acetabulares) (Directrizes Assistenciais, 2009).

A fisiopatologia exacta desta patologia não é conhecida, mas estão envolvidas alterações biomecânicas e bioquímicas que afectam a cartilagem articular. Segundo Crowther (2005, p.195) “o traumatismo, a infecção e a obesidade podem predispor o indivíduo para o desenvolvimento da osteoartrose”.

Segundo Carvalho, Bértolo & Lanna (2008). a etiologia desta patologia pode ser analisada perante os seguintes factores: causas locais, como é o caso de traumatismos prévios, condições nutricionais, luxação e displasias congénitas, distúrbios vasculares, uso e desgaste excessivo da articulação, infecções na infância, doenças metabólicas ou doenças que interfiram com a inervação da articulação, obesidade, hipotireoidismo, e causas genéticas.

A artrose da articulação do quadril pode ser definida como coxartrose ou malun coxae senilis (Lima, 2010). Segundo Sousa (2008), a coxartrose é uma doença de carácter degenerativo da articulação coxo-femoral, que atinge uma percentagem relativamente elevada da população idosa, porém pode atingir indivíduos bastante novos, havendo casos de doentes a partir dos vinte anos, sobretudo quando existem lesões prévias de causa traumática ou doença.

“A articulação coxo-femoral, além de sustentar o peso do corpo e garantir determinada estabilidade, devido a sua característica esferóide, permite com relativa liberdade alguns movimentos: a extensão e flexão, adução e abdução, rotação interna e externa. Ao ser afectada, condiciona toda esta estabilidade, sustentação do corpo e amplitude de movimentos” (Sousa, 2008, p. 20).

Com os anos a cartilagem da cabeça do fémur e do acetábulo sofrem desgaste e o osso fica exposto e em contacto directo, o que resulta numa distorção das superfícies articulares, provocando imensas dores e dificuldade na mobilidade (Cunha, 2008). “É uma situação bastante incapacitante, pois além da dor e da rigidez da anca pode associar-se uma posição viciosa e sobretudo a limitação dos movimentos da anca” (Sousa, 2008, p. 15).

Segundo Woolf & Pflieger (2003) a incidência desta patologia é mais evidente em mulheres entre os 65 e 74 anos, e homens a partir dos 65 anos, sendo que a prevalência desta aumenta exponencialmente com a idade, por se tratar de uma condição irreversível.

A coxartrose é classificada pela Organização Mundial de Saúde como a quarta causa de incapacidade nas mulheres e a oitava nos homens, sendo que a sua prevalência aumenta com a idade, de 7% entre os indivíduos de 65-70 anos a 11,2% entre aqueles com idade igual ou superior a 80 anos (Marx Oliveira, Bellini, & Ribeiro, 2006).

A sintomatologia apresentada é essencialmente dor localizada (aumenta ao deambular e diminui ou desaparece com o repouso), mais concretamente, dor na face posterior e lateral da nádega, na coxa ou mesmo na proximidade do joelho, posteriormente pode aparecer também uma sensação de rigidez manifestada nas AVD (actividades da vida diária) (Sousa, 2008; Viñas 2008).

“Do ponto de vista funcional manifesta-se uma alteração do padrão da marcha que se caracteriza por um encurtamento do passo, uma redução da fase de apoio e uma inibição dos estabilizadores laterais para evitar contracturas e dor” (Tinoco, 2009, p 132).

Estes sintomas tendem a agravarem progressivamente com o tempo e verifica-se que todos os movimentos forçados são dolorosos. É notória a limitação em todos os movimentos da anca, mas principalmente a limitação na amplitude de movimento na abdução, adução e rotação (Sousa, 2008).

O tratamento da osteoartrose da anca, deve ser sempre equacionado antes da opção cirúrgica, numa perspectiva de tratamento conservador, sendo que quando as medidas conservadoras deixam de ser eficazes é necessário ponderar a realização de uma cirurgia (Crowther, 2005). O tratamento conservador “consiste na prescrição de medicação anti-inflamatória, aconselhamento para redução do peso, indicação de utilização de apoios de marcha, cuidados de fisioterapia para redução das limitações funcionais e eventual elevação do sapato para compensar encurtamentos.” (Pinheira, 2009, p. 9).

Segundo Hall & Brody (2012) em algumas situações o processo degenerativo evolui até à destruição da cartilagem e torna-se imprescindível uma intervenção cirúrgica, tendo como objectivo principal o alívio da dor, a recuperação da função e correcção de deformidades.

A intervenção cirúrgica pode ser necessária “para remover osso, ou cartilagem danificados da articulação, realinhar ou alterar as superfícies articulares que fazem carga, ou ainda remodelar a articulação, com a substituição da mesma, por meio de próteses da anca de material sintético e morfológicamente próximo à anatomia humana” (Sousa 2008, p. 20).

Neste sentido existem várias cirurgias possíveis, tais como a artrodese, a osteotomia e ainda a artroplastia, que ultimamente tem sido amplamente utilizada.

Como refere Nilsson & Lohmander (2002), o aumento da longevidade da população, levará ao aumento do número de pessoas com osteoartrose da

anca, prevendo-se que o número de intervenções cirúrgicas para colocação de prótese siga a mesma tendência.

A artroplastia é um tipo de cirurgia, da qual resulta uma articulação artificial pelo que é uma técnica cirúrgica que tenta restaurar ao máximo a integridade e funcionalidade da articulação (Sousa, 2008).

Segundo Harkess (2006, p.315), “a artroplastia total de quadril é o procedimento de reconstrução do quadril adulto mais frequentemente efectuado, estando indicada para as doenças articulares degenerativas primárias e secundárias”.

A cirurgia de colocação de prótese da anca é realizada principalmente em pessoas com artrose grave da articulação coxo-femoral, quando existe uma grande limitação dos movimentos e a dor é muito intensa, tornando penosa a realização das AVD (Tinoco, 2009).

“O exame físico normalmente demonstra a limitação da amplitude de movimento, dor nos movimentos extremos, teste de trendelenburg positivo, claudicação e dor na região inguinal ou na região anterior da coxa ao elevar activamente a perna estendida” (Skinner, 2005, p. 326).

A artroplastia total de quadril é mais indicada para pessoas acima dos 60 anos, com actividade física limitada (Viñas, 2008). Esta cirurgia foi criada, principalmente, para o doente idoso, cuja articulação não poderia ser restaurada por outros processos. Os cirurgiões evitam operar pessoas mais activas, devido a existir uma maior probabilidade de luxação da prótese da anca e necessidade de uma segunda cirurgia que tende a ser mais complicada que a inicial (Sousa, 2008).

Para a realização da artroplastia da anca além do diagnóstico radiográfico, deve-se ter em conta alguns critérios, como a seguir enunciamos:

- Dor diária progressiva, inclusive de carácter nocturno;
- Uso diário de medicação analgésica ou anti-inflamatória;
- Incapacidade parcial nas AVD (como higiene pessoal e vestuário);

- Limitação progressiva da amplitude articular evoluindo com atrofia muscular difusa e fraqueza do músculo glúteo médio (Directrizes Assistenciais, 2009, p.3).

De realçar que a principal indicação clínica da artroplastia total de quadril é a dor, pelo que as pessoas com disfunção e diminuição da mobilidade articular, crepitação ou instabilidade mas sem dor, não são bons candidatos para cirurgia (Directrizes Assistenciais, 2009).

A artroplastia da anca está contra-indicada quando estamos perante estes factores:

- Massa óssea inadequada;
- Suporte periarticular inadequado;
- Sinais de infecção;
- Falta de motivação, de conhecimento e colaboração do utente, para executar as precauções a seguir com a reabilitação;
- Impossibilidade de aumentar o nível funcional do utente;
- Défices acentuados de força muscular nos membros inferiores;
- Parésia dos músculos da anca como consequência de uma patologia neurológica antiga;
- Obesidade;
- Idade jovem. (Tinoco, 2009, p 143)

Segundo Sousa (2008), as próteses de anca podem ser de dois tipos: parciais ou totais. Na prótese parcial, faz-se a substituição do colo e da cabeça do fémur por uma prótese metálica em que o acetábulo permanece intacto, enquanto que na prótese total, faz-se a substituição do colo e da cabeça do fémur por um componente femoral, e a substituição do acetábulo por um componente acetabular.

“As superfícies de contacto entre o componente acetabular e o componente da cabeça femoral podem ser de polietileno/metal, metal/metal, polietileno/cerâmica e cerâmica/cerâmica. A diferença de resistência de cada

elemento e o desgaste das superfícies de contacto definem as curvas de sobrevivência das próteses. Os materiais mais modernos têm curvas de estimativa de sobrevivência ao redor de 20 anos” (Directrizes Assistenciais, 2009, p.4).

Tashiro & Murayama (cit. Fonseca, 2008, p.4) quando se refere à durabilidade da prótese, afirmam que a duração desta depende da actividade física e das condições do doente. “Sabe-se que a cúpula de polietileno tem um desgaste de 1mm a cada 5 anos, portanto, sua duração é prevista para 25 anos, uma vez que a espessura possui 5mm”.

Contudo poderá verificar-se o desgaste rápido da prótese devido à actividade intensa, sobrecarga nas articulações resultante de quedas ou outros traumatismos, posicionamento incorrecto do membro operado no pós-operatório mediato e imediato. O desgaste rápido da articulação pode obrigar a uma nova intervenção cirúrgica, mais rápido do que seria de esperar (Fonseca, 2008).

A artroplastia pode ser cimentada ou não-cimentada. Na colocação de prótese cimentada o acetábulo é preparado colocando-se polimetilmetacrilato para fixar o polietileno à cavidade acetabular. Em seguida, o canal medular do fémur é alargado e a haste do componente femoral é impactado dentro do canal medular. Na colocação da prótese não-cimentada: é realizado o mesmo procedimento que na prótese cimentada, mas o componente femoral é encaixado sobre pressão sem cimentar. O acetábulo após ter sido preparado, e perfurado em alguns pontos até ao ísquio e íleo, recebe o componente acetabular poroso, que é fixado com parafusos nos locais das perfurações anteriormente realizadas. A porosidade da prótese e o processo de cicatrização permitem a aderência da prótese pela formação óssea (Sousa, 2008).

Também existe a prótese híbrida que é uma combinação de prótese cimentada e não-cimentada, ou seja o componente femoral é cimentado porém, o componente acetabular, é aparafusado no osso (Sousa, 2008).

A componente acetabular não-cimentada é mais comum, pois possibilita “a fixação de longa duração e a modularidade para permitir variedade de escolha do tamanho da cabeça e desenhos equivalentes de componentes de

polietileno”, Por sua vez, a componente acetabular cimentada em geral está reservada para as pessoas com expectativa de vida de 10 anos ou menos (Skinner, 2005, p. 326).

Como qualquer intervenção cirúrgica, a artroplastia da anca poderá levar a algumas complicações:

- Fractura do acetábulo: é uma complicação técnica durante a preparação do acetábulo.
- Reacção ao cimento acrílico: o cimento pode difundir-se na corrente sanguínea durante a cimentação da prótese, levando a uma hipotensão transitória. Pode também ocorrer embolia, que, se não for tratada, levará o doente à morte.
- Hematoma: ocorre com certa frequência, quer devido aos drenos aspirativos não estarem funcionantes, quer por terapêutica anticoagulante. O doente apresenta dores, edema local, equimose e aumento da temperatura.
- Luxação da prótese: surge em resultado de um movimento ou posicionamento para além dos limites aconselhados de mobilidade da articulação, geralmente em flexão superior a 90º ou em rotação. Os sinais de luxação são o aparecimento súbito de dor que não alivia com a medicação, a sensação de “estalido” associado ao movimento incorrecto realizado, a perda de mobilidade, a discrepância no comprimento do membro inferior operado em que se verifica habitualmente um encurtamento acentuado e deformidade. O membro em luxação pode estar em rotação interna ou externa, dependendo da direcção da deslocação.
- Trombose venosa profunda: formação de trombo na veia devido a alguns factores, tais como: hipercoagulabilidade e estase. Ocorre dor ao deambular, cianose de extremidade, edema, calor local. As medidas de prevenção estão indicadas logo no período pré-operatório, sendo que doente deve usar uma meia antiembólica no membro não acometido e ambos os membros podem ser tratados

com compressão pneumática intermitente durante o procedimento cirúrgico. Após a cirurgia, é de extrema importância o levantar e mobilização precoce, no sentido de se promover a circulação e reduzir a estase venosa. O tratamento profilático de escolha é a heparina de baixo peso molecular.

- Embolia pulmonar: é a obstrução de uma ou mais artérias pulmonares por um trombo. Ocorre dor torácica, taquicardia, dispneia, cianose, hiperventilação e síncope.
- Embolia gorda.
- Infecção: é a complicação mais temida pelo cirurgião, por implicar extracção da prótese. Esta complicação pode ocorrer precocemente por um abscesso, hematoma infectado ou por deiscência.
- Discrepância no comprimento do membro: durante a cirurgia de substituição do quadril, tenta-se manter o comprimento pré-operatório do membro acometido, de forma a que fique com o mesmo comprimento que o membro não-acometido, contudo por vezes este objectivo nem sempre é atingido.
- Lesões neurológicas periféricas: na técnica cirúrgica poderá haver acometimento do nervo femoral, ciático e obturador. Na maioria dos casos ocorre recuperação espontânea por um período de meses. Quando não há sinais de recuperação num período de 6 meses a 1 ano, este deve ser explorado e reparado.
- Quedas: estão relacionadas com a diminuição da força muscular, desequilíbrio fácil e discrepância no comprimento dos membros. Torna-se fundamental o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na prevenção destas. (Skinner, 2005; Sousa 2008, (Tinoco, 2009).

1.1 Independência e Autonomia em pessoas com Prótese da Anca

Os termos independência e autonomia muitas vezes são utilizados erradamente como sinónimos. Atendendo à distinção na sua conceptualização, parece-nos fundamental apresentar as suas definições.

A autonomia, é a qualidade da pessoa tomar as suas próprias decisões de forma voluntária e consciente, de acordo com a sua vontade e desejos. Por sua vez, ter independência significa satisfazer as necessidades da vida diária por si só, sem ajuda de outra pessoa (Tamaru, Mccoll & Yamasaki, 2007; Haak Fange, Iwarsson & Ivanoff, 2007).

Assim percebe-se que a diferença entre autonomia e independência reside no facto da autonomia se centrar no âmbito cognitivo, ou seja na capacidade da pessoa decidir sobre si própria, fazer escolhas de acordo com a sua consciência, enquanto a independência implica uma capacidade física para realizar as necessidades de autocuidado sem recorrer à ajuda de outrem.

Uma pessoa pode ser autónoma e não ser independente e o contrário também se pode verificar, ou seja, a pessoa pode não ser autónoma e ser independente (Haak *et al*, 2007).

No caso particular das pessoas submetidas a artroplastia da anca devido a um problema osteoarticular, normalmente a autonomia não está afectada mas é sobretudo a independência, uma vez que a pessoa tem a capacidade de decidir sobre si própria mas não tem a capacidade de cuidar de si sozinha, necessitando de ajuda de terceiros para fazer face a alguns aspectos do autocuidado.

A dependência é um estado dinâmico pelo que ao longo do processo de reabilitação, pode sofrer evolução. Na nossa opinião o enfermeiro especialista em reabilitação tem a missão de promover ao máximo a independência da pessoa submetida a artroplastia da anca.

Para perceber o nível de dependência de uma pessoa é importante fazer uma avaliação funcional, tendo por base a capacidade de executar as AVD.

Segundo Leonardo (2011) as AVD dividem-se em:

- Actividades básicas da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, tomar banho, mover-se, etc.;
- Actividades instrumentais da vida diária – indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc.;
- Actividades avançadas da vida diária – representam actos mais complexos ligados à auto-motivação, como trabalho, actividades de lazer, contactos sociais, exercícios físicos, etc.

A dependência traduz-se numa necessidade de ajuda nas actividades referidas, sendo que a pessoa que consegue realizar estas actividades sem a ajuda de terceiros, é considerada independente.

2. O impacto da Hospitalização: um processo de transição

O processo de hospitalização interfere significativamente nos sentimentos vivenciados pelas pessoas, uma vez que nesta fase ocorre a “quebra no vínculo familiar, desencadeando o sentimento de medo, solidão, ansiedade, necessidade de adaptação a um novo ambiente, além do desconhecimento sobre a cirurgia, gerando fantasias, dúvidas e incertezas” (Lima, 2010, pp. 44-45).

Segundo Martins & Fernandes (2009, p.80), “a hospitalização constitui na maior parte das vezes uma situação de crise para o cliente, sendo descrito como despersonalizada ou impessoal”.

A hospitalização é “entendida de uma forma negativa, sendo frequentemente adjectivada como uma experiência geradora de ansiedade e de *stress*, como auferiu o estudo investigativo de carácter descritivo e de comparação entre grupos de idosos, desenvolvido por Cabete, que teve por objectivo analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional da pessoa idosa, e cujos resultados apontam para o facto do internamento hospitalar acarretar efeitos negativos aos níveis físico e psicológico, para os idosos do estudo em causa” (Dutra, 2009, pp. 44-45).

Quando o processo de hospitalização se deve a um processo cirúrgico, estamos perante uma situação de algum *stress*, como corrobora Elkin, Perry & Potter (2005, p.490) “uma cirurgia é uma experiência *stressante* para o cliente, tanto psicologicamente como fisicamente”. Em termos psicológicos está presente o medo da anestesia, ansiedade no processo cirúrgico e no prognóstico, *stress* por mudança de ambiente, medo da morte, etc.

De acordo com Moniz (2008), a hospitalização representa, simultaneamente para a pessoa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, como a capacidade de adaptação, as experiências anteriores e as representações de saúde e de doença.

Um internamento hospitalar afecta para além da pessoa hospitalizada também a sua família, mais concretamente os seus conviventes significativos.

De acordo com Hanson (2005) um acontecimento que afecta qualquer membro da família tem influência sobre todos os outros, alterando a natureza e a dinâmica nas interacções familiares.

Segundo Oliveira (2011, p. 79), “a permanência numa instituição hospitalar é uma situação que altera a rotina diária, não só do doente, mas sobretudo dos seus familiares”.

A possibilidade de uma hospitalização gera insegurança, sofrimento, ansiedade no próprio e também nos outros elementos da família, alterando o seu equilíbrio, o modo de funcionamento e a saúde dos seus elementos” (Ramos, 2005).

De acordo com Hanson (2005, p. 295) “a hospitalização de um ente querido tem sido designada por um acontecimento não normativo de tensão para as famílias. (...). Passar por tal situação, pode ajudar algumas famílias a crescer, mas causa conflitos noutras.” Note-se que as rotinas alteram-se forçosamente e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades que nunca tiveram, obrigando à mobilização de várias estratégias para a adaptação nesta nova fase da vida familiar. Como refere Cerqueira (2005, p. 33), “a doença de um dos seus membros converte-se, desta forma, em doença familiar”.

Assim, consideramos que o enfermeiro de reabilitação não pode centrar a sua intervenção apenas no doente internado, mas deve intervir junto da família com o objectivo de ser um elo facilitador da vivência da hospitalização e consequente regresso a casa.

Para minimizar os efeitos negativos que a hospitalização acarreta no doente e família é imperioso que o enfermeiro desde logo planeie um acolhimento humanizado, pois de acordo com um estudo longitudinal sobre a experiência de internamento feito com 15 pessoas num período de 8 meses, desenvolvido por Parker (2001), revelou que havia muitas experiências geradoras de ansiedade logo no primeiro dia de hospitalização (Dutra, 2009).

Assim, “o acolhimento é uma fase do processo cirúrgico de primeira importância quer para o serviço cuidador, quer para o doente/família e permite estabelecer um primeiro contacto, contribuindo para que a família se aperceba da dinâmica do processo cirúrgico. Espera-se que, acima de tudo, possibilite que as dúvidas/receios e os medos sejam minimizados” (Oliveira, 2011, p.78).

Segundo Dutra (2009, p.45), “o momento de acolhimento toma um peso preponderante como circunstância amenizadora de toda a tensão associada à hospitalização e conducente à cura” e “(...) reúne propriedades que concorrem para a melhor aceitação da inevitabilidade de uma hospitalização, uma vez que do acolhimento, se estabelece a primeira afinidade entre o doente e os profissionais de saúde e, como defende Cabete (2005), essa relação é determinante no processo de adaptação à hospitalização”.

Durante o internamento cabe ao enfermeiro integrar o doente no novo ambiente e estabelecer uma boa relação de ajuda, pois como refere Correia Cosme, Paniagua & Severino *et al.* (2006, p.23), “é essencial que o doente se sinta como em casa, minimizando os efeitos de uma hospitalização. A primeira impressão/percepção é extremamente importante, e a comunicação é uma peça fundamental do processo de acolhimento do doente internado”.

Por vezes, após o período de hospitalização devido ao processo cirúrgico, a pessoa poderá ficar dependente em alguns autocuidados, mesmo que seja por pouco tempo, sendo que nestes casos a adaptação da família à situação torna-se ainda mais complexa, uma vez que esta terá que cuidar do seu familiar após a alta hospitalar.

Neste sentido, compreende-se que a família tem um papel fundamental na recuperação do doente, e a sua participação nos cuidados proporciona uma melhoria no bem-estar do familiar internado. De acordo com Cunha (cit. por Monteiro, 2010, p. 51) “a participação da família nos cuidados é extremamente importante pois se “por um lado o doente sente uma maior ligação com o seu ambiente (...); por outro lado a família tem maior acesso à informação do que se passa com o seu familiar, de como evolui o seu estado de saúde, pode continuar a cuidar dele como faria se não estivesse hospitalizado, o que

contribui para diminuir a ansiedade e o *stress*, que acompanha as situações de hospitalização”.

Segundo Oliveira (2011, p.79), “qualquer situação que exija uma estadia no hospital é um acontecimento que altera profundamente os hábitos de vida diários do doente e conseqüentemente da família, daí que o envolvimento desta no processo de cuidados ao doente seja fundamental, de forma a minimizar essas alterações”.

Assim concordamos que a permanência da família durante o internamento, “possibilita a participação em actividades que virá a desenvolver em ambiente domiciliário, rentabilizando por isso o binómio prestação de cuidados/planeamento da alta, permitindo-lhe detectar precocemente as limitações/incapacidades que o doente apresenta, adaptando-se e apreendendo a prestar cuidados numa perspectiva de autonomia. Concomitantemente, a sua participação permite aos enfermeiros compreender e avaliar as necessidades sentidas face ao novo papel de cuidador”, isto é, faz com que também a família seja vista como a unidade receptora de cuidados” (Monteiro, 2010, pp 51-52).

No caso particular das pessoas que foram submetidas a artroplastia da anca faz todo o sentido envolver a família em todo o processo de educação para a saúde pois, no momento da alta estas pessoas ainda se encontram dependentes para alguns aspectos funcionais, o que significa que aquando do regresso a casa precisarão de ajuda para fazer face às necessidades do quotidiano (Harwood & Ebrahim 2002; Boutron *et al*, 2003).

Segundo Martins & Fernandes (2009) as pessoas submetidas a artroplastia da anca passam de auto-suficientes, no pré-operatório, para completamente dependentes no intra-operatório e posteriormente, voltam a recuperar a independência, ao longo do processo de reabilitação.

O estudo intitulado “Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes submetidos a artroplastia da anca” levado a cabo pelas mesmas autoras, revela que ao 3º dia pós-operatório a dependência está elevada na maior parte das AVD e no momento da alta a pessoa “apresenta

um grau de dependência elevado para diversas actividades, nomeadamente no autocuidado higiene e vestuário” (Martins & Fernandes, 2009, p.85).

Já o estudo realizado por Brito (cit. por Martins & Fernandes, 2009) apresenta dados similares, pois concluiu que a necessidade de higiene e calçar foram as actividades em que os inquiridos referiam mais dificuldades.

Tendo por base estes dados compreendemos que a família/convivente significativo deverá ser encarada(o) como um pilar de apoio após a alta hospitalar.

O aparecimento da dependência (mesmo numa situação prevista de cirurgia programada) representa a ruptura com o estilo de vida anterior, trata-se de uma crise familiar em que há necessidade de readaptação.

“O funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito dependente da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise” (Monteiro, 2010, p.41).

Nesta linha de pensamento, percebemos que a hospitalização inerente ao processo cirúrgico e conseqüente dependência da pessoa submetida a cirúrgica, desencadeia um processo de transição tanto na própria pessoa submetida à intervenção cirúrgica como na sua família, pelo que de seguida apresentamos a teoria da transição proposta por Meleis adaptando-a às particularidades deste estudo.

2.1 A teoria da transição proposta por Meleis

Grande parte do trabalho do enfermeiro acontece em momentos de transição como é o caso do internamento hospitalar, a alta para o domicílio, a recuperação e a reabilitação (Meleis, 2000).

O processo de transição da pessoa que vai realizar uma intervenção cirúrgica passa por três fases: a hospitalização, a alta hospitalar e a adaptação ao domicílio (Weiss *et al*, 2007).

Segundo Petronilho (cit. por Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010, p.48), “os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo

do ciclo vital, ajudando-as a adaptarem-se a novas realidades e a mudarem a sua concepção de vida”.

Schumacher & Meleis (cit. por Campos, 2008, p.32), afirmam que “o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efectivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, consonantes com o projecto de saúde individual”.

Note-se que o processo de transição “remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas: a transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social” (Meleis, cit. por Abreu, 2008, p. 25).

Consideramos que para que um programa de reabilitação seja efectivo não podem ser descurados os processos de transição vivenciados pelo doente e família, pelo que é importante analisar o impacto que a vivência da transição tem tanto na dinâmica pessoal como na dinâmica familiar. A abordagem do enfermeiro especialista em reabilitação, inclui a intervenção a vários níveis (do psicológico ao motor).

Perceber como se desenvolvem os processos transacionais poderá ser um contributo para a melhoria da actuação prática do enfermeiro especialista em reabilitação, pelo que de seguida apresentamos esquematicamente a teoria das transições proposta por Meleis (2000) (Diagrama 1) e procedemos à sua análise. Consideramos que a análise desta teoria de Enfermagem que incorpora a experiência do doente e o papel do enfermeiro é de extrema importância para fundamentar as intervenções de enfermagem (Weiss *et al*, 2007).

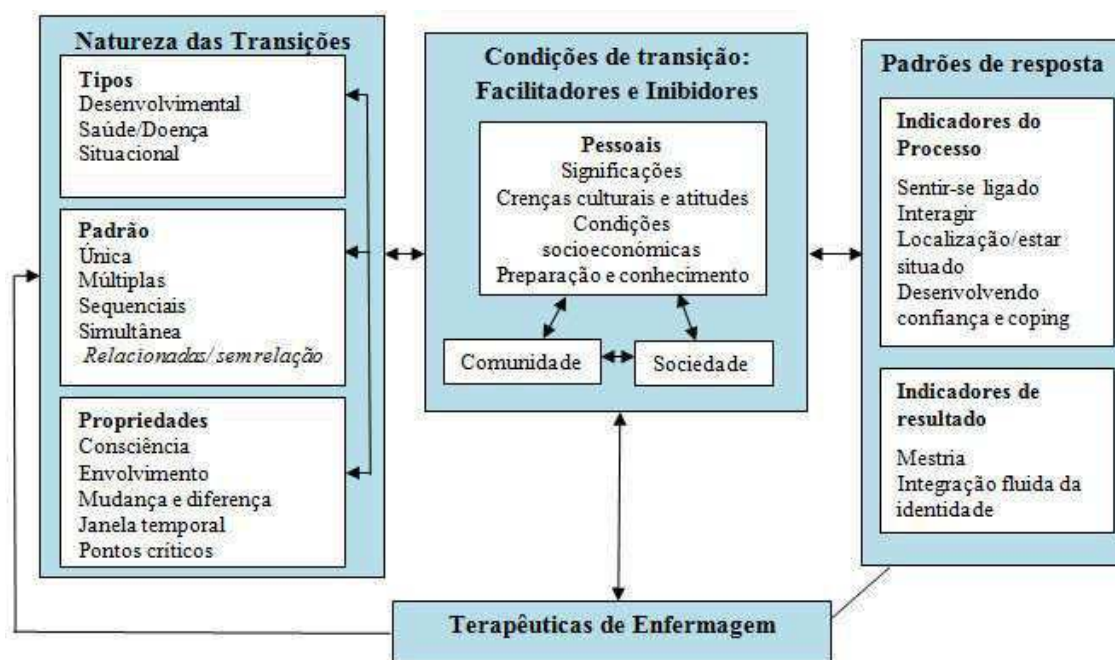


Diagrama 1 – Teoria da Transição, adaptado de Meleis e colaboradores por Teixeira, Meireles & Carvalho (2010).

Através da análise do diagrama acima exposto percebemos que a transição engloba uma multiplicidade de factores que não devem ser descurados.

As transições podem ser de vários tipos: as desenvolvimentais que acontecem em períodos transitórios da vida considerados críticos, ao longo do ciclo vital; as saúde-doença que acontecem quando um processo patológico obriga a uma adaptação e alteração na dinâmica pessoal e as situacionais que surgem de forma inesperada ao longo do percurso de vida.

Os processos de transição poderem ser de vários tipos, mas não são mutuamente exclusivos. Assim, quanto ao padrão as transições podem ser únicas ou múltiplas, que de acordo com o seu grau de sobreposição podem ser classificadas de simultâneas ou sequenciais. As transições podem estar relacionadas entre si ou não ter relação.

Analisando a natureza da transição vivenciada pela pessoa que foi submetida a artroplastia da anca, podemos afirmar que estamos perante uma transição saúde-doença, uma vez que a pessoa apresenta uma patologia osteoarticular que acomete a anca que a obrigou a realizar uma intervenção cirúrgica. A transição saúde-doença está sempre presente, mas podem estar

presentes outros processos transacionais, relacionados ou não com este, pelo que é de extrema importância a análise de cada caso particular.

Apesar de cada processo transaccional ser único e singular, existem uma série de propriedades comuns a que Meleis (2000) denominou propriedades universais de transições: consciencialização, envolvimento, mudança, janela temporal, pontos críticos.

A consciencialização reporta-se à percepção e reconhecimento da experiência de transição, pelo que se esta não existir o processo de transição não se inicia efectivamente.

O envolvimento refere-se ao investimento pessoal para vivenciar a transição, pelo que, se compreende que se não houver consciencialização da transição não haverá envolvimento nesta.

É importante que a pessoa que vai realizar a artroplastia da anca esteja consciencializada acerca do processo pelo qual vai passar e perceba quais os cuidados que deve ter após a colocação da prótese da anca. Sabe-se *à priori* que se a consciencialização não estiver presente não haverá envolvimento da pessoa em todo o processo de reabilitação, pelo que cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação fomentar a consciencialização da pessoa sobre o seu processo de reabilitação, promovendo o envolvimento activo para alcançar os objectivos delineados.

A mudança é outra propriedade que importa referir para perceber a teoria da transição. Apesar de nem todas as mudanças desencadearem processos de transição, o contrário verifica-se sempre, ou seja, todo o processo transaccional tem implícita uma mudança na sua génese. É importante desde logo analisar o impacto e significado que essa mudança particular traz para o sujeito e sua família.

É fundamental que o enfermeiro especialista em reabilitação junto com a pessoa e sua família identifiquem a mudança que a colocação da prótese da anca impõe a nível da alteração dos hábitos diários e até mesmo a nível estrutural e organizacional da habitação, por forma a eliminar barreiras arquitectónicas para promover a máxima independência possível.

O processo de transição desenrola-se ao longo do tempo, ou seja desenvolve-se numa janela temporal como Meleis (2000, 2005) definiu. Neste sentido, é importante considerar que o processo de transição em diferentes momentos pode ter diferentes significações. Como refere Sousa (2011, p. 27) “o que hoje é representativo e importante amanhã pode não ser. É essencial considerar esta possibilidade de variação ao longo do tempo, ponderando a necessidade de reavaliação das situações de transição”.

Por fim, os pontos críticos devem ser analisados em cada transição, pois se à *priori* forem identificados e trabalhados, o choque que a sua vivência representa diminui, como refere novamente Sousa (2011, p. 27) os pontos críticos “constituem os momentos potenciais de crise, concretos e identificáveis, que sendo previamente reconhecidos e trabalhados, minimizam o impacto sobre o indivíduo e a família”.

A identificação dos pontos críticos é muito particular, mas sabe-se que no caso da pessoa que colocou uma prótese da anca, o momento do internamento e o momento do regresso a casa são dois pontos críticos transversais. Neste sentido, consideramos importante que se dê primazia a um internamento acolhedor e uma eficaz preparação do regresso a casa, no sentido de minimizar o impacto negativo que estes acontecimentos trazem para a pessoa hospitalizada e sua família.

Meleis (2000, 2005) afirma que existem uma série de condições de transição que podem ser facilitadoras ou inibidoras do processo transaccional. Destacam-se as características pessoais, as significações que cada um atribui, as suas crenças, cultura, atitudes, as condições socioeconómicas, a preparação e o nível de conhecimentos.

No que concerne às condições socioeconómicas vários estudos revelam que as pessoas com um nível socioeconómico baixo, são mais vulneráveis a eventos que dificultem a transição (Meleis, 2000).

A preparação e os conhecimentos vão determinar a adopção de estratégias que influenciam o processo transaccional, pelo que é de total relevância

perceber o nível de conhecimentos apresentados pela pessoa que vai ser submetida a artroplastia da anca, logo aquando da admissão.

A transição não se restringe apenas a aspectos pessoais, deve ter-se em conta a comunidade e sociedade uma vez que o indivíduo é um ser em relação constante com o meio.

De acordo com Gonçalves (2008, p.57), “a natureza da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a sua constituição, assim como a situação económica e social desta e, ainda, a rede de apoio disponível, são aspectos que têm consequências de nível variável de família para família” e devem ser analisados individualmente pelo enfermeiro.

Note-se que a capacidade de suporte da família e os recursos comunitários, como a existência ou não de apoio domiciliário e cuidados de reabilitação, podem facilitar ou inibir fortemente o processo transacional vivenciado.

Cada pessoa vivencia de forma diferente o seu processo de transição, contudo existem alguns parâmetros comuns que se devem ter em conta a que Meleis (2000, 2005) definiu como os padrões de resposta. Estes podem ser analisados tendo em conta os indicadores de processo e os indicadores de resultado.

Os indicadores de processo englobam o “sentir-se ligado” quer seja, com os conviventes significativos quer seja com os profissionais de saúde. Para uma vivência saudável da transição é importante que haja uma boa ligação da pessoa que foi submetida a artroplastia da anca com os seus conviventes significativos, pois são estes que estarão na retaguarda para dar o auxílio necessário aquando da alta hospitalar. Uma boa ligação com os profissionais de saúde é igualmente importante, pois a pessoa sente-se à vontade para colocar qualquer questão e esclarecer as suas dúvidas.

A interação existente entre os vários elementos que vivenciam a transição, é outro indicador de processo que não deve ser descurado. Sabe-se que um ambiente de colaboração, compreensão e entreajuda são indicativos de um processo transacional saudável.

A pessoa que vivencia a transição deve estar situada no tempo, no espaço e nas relações para que o processo transaccional seja bem-sucedido.

Por fim, no que concerne ainda aos indicadores de processo, importa referir o que desenvolvimento da confiança e *coping* manifesta-se “por sentimentos de segurança face à transição e pelo reconhecimento dos seus pontos fortes e recursos disponíveis” (Sousa, 2011, p. 28).

Os indicadores de resultado: mestria e integração fluida da identidade traduzem o fim da experiência de transição (Meleis, 2000).

Segundo Sousa (2011, p. 28), “o indivíduo demonstra mestria, pela aquisição de novas competências que visam controlar os diferentes ambientes e situações, impostos pela transição. A integração fluida da identidade prevê que, após os momentos de ruptura da esfera identitária, surja uma reformulação, com integração plena dos novos papéis e responsabilidades”.

No caso da pessoa que foi submetida a artroplastia da anca diz-se que atingiu a mestria e a integração fluida da identidade quando a situação desencadeadora da mudança (colocação da prótese da anca), já não provoca alteração na dinâmica pessoal e familiar, sendo que a pessoa e a família já possuem estratégias independentes e eficazes para fazer face às necessidades de vida diária.

3. Aprender a viver com prótese da anca

“Aprender pode ser, dominar uma actividade, ou executar uma função pertinente. É o passar da não posse à posse de um saber-objecto, do não domínio ao domínio de uma actividade” (Bastos, 2006, p. 76).

Aprender pode ser adquirir um saber, segundo Charlot (cit. por Bastos 2006, p.75) adquirir saber “... permite assegurar-se um certo domínio do mundo no qual se vive, comunicar-se com os outros seres e partilhar o mundo com eles, viver certas experiências e, assim, tornar-se maior, mais seguro de si, mais independente.”

A pessoa que vai colocar uma prótese da anca necessita passar por um processo de aprendizagem, pois tem de adquirir saber acerca das precauções que deve ter para evitar a luxação. Estas precauções vão forçosamente obrigá-la a alterar os seus hábitos de vida e adoptar estratégias adaptativas para fazer face às necessidades de autocuidado.

De acordo com Tavares & Alarcão (2005) a aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experimental, interior à pessoa que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável:

- Ao dizer-se que a aprendizagem é um processo, quer-se dizer que esta se processa mais ou menos num período de tempo longo, não sendo, por isso momentânea nem fugaz.
- Ao dizer-se que é uma construção pessoal, quer-se dizer que só se aprende verdadeiramente se o que se pretende aprender passar por uma experiência pessoal, numa procura de equilíbrio entre o aprendido e o que falta aprender, através de mecanismos de assimilação e acomodação.
- Quando se afirma que é experiencial, interior à pessoa, quer-se referir que a aprendizagem é pessoal, não se vê em si mesma, mas através das modificações do comportamento exterior observável. É através das manifestações exteriores que se vê que o indivíduo

aprendeu, mas estas só se revelam se no seu interior tiver havido um processo de transformação e mudança (Tavares, 2005).

Segundo Berbaum (cit. por Serra, 2005, p. 8), a aprendizagem pode ser entendida como "...o processo de construção e assimilação de uma nova resposta, isto é, um processo de adequação do comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido por cada interessado".

Na CIPE (2010, p.39) a aprendizagem representa um tipo de pensamento com as características específicas: "processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência." Podemos fazer a distinção entre uma aprendizagem cognitiva e uma aprendizagem de capacidades, sendo que a primeira se refere à "aquisição de conhecimentos associada ao uso do pensamento consciente e da inteligência" e a segunda alude para a "aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício".

Consideramos que o conhecimento é a base do processo de aprendizagem, sem o qual este não se inicia nem se pode desenvolver. De acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem o conhecimento é o "conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação" (CIPE, 2010, p. 45).

Almeida e Tavares (cit. por Gomes. 2009, p.73), referem que o fenómeno do conhecimento é essencial para o desenvolvimento de competências básicas e específicas. "O conhecimento adquirido permite assimilar e organizar os pensamentos e as informações, favorecendo a tomada de decisão, a liberdade, a verdade e a justiça". De acordo com estes autores, conhecer é "uma tarefa fundamental sem a qual nada poderá acontecer de verdadeiramente significativo".

Os enfermeiros especialistas em reabilitação têm um papel de destaque na promoção da aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca, pelo que desde logo devem fazer uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos e actuar em conformidade, dotando as pessoas dos conhecimentos em falta,

fundamentais para uma vivência saudável com prótese da anca (Lucas, 2008). Como refere Phaneuf (2001), o ponto de partida para situar o ensino deverá ser do que a pessoa já conhece para o que esta desconhece.

Martins & Fernandes (2009), quando se referem à atenção do enfermeiro junto das pessoas que são submetidas a artroplastia da anca, referem que é provável que o objectivo dos cuidados diga respeito ao conhecimento que o cliente necessita para gerir a situação. Logo no nosso entender, será de todo necessário que a intervenção de enfermagem incida sobre os ensinamentos sobre o autocuidado entre outros, de forma à obtenção de readaptação funcional.

O estudo desenvolvido por Leino-Kilpi *et al* (2005), é enfatizado a importância dos ensinamentos aos doentes, pois nas suas conclusões revela-nos que parece haver uma relação positiva entre o conhecimento recebido durante o período de hospitalização e a qualidade de vida percebida pelos doentes.

Segundo Gomes, (2009, p. 76), “a existência de programas de informação, onde estejam contempladas meticulosamente as principais orientações a serem fornecidas ao utente antes de um acto cirúrgico, está provado que contribui para o sucesso de todas as etapas que constituem o período perioperatório e diminui o número de doentes insatisfeitos a este nível.”

A diminuição no tempo de internamento, o alcance mais rápido da independência, o aumento da satisfação dos clientes com o processo de reabilitação e a diminuição do risco de luxação, são apontes em vários estudos como os benefícios dos programas de educação pré-operatória (Vukomanović Popović, Durović & Krstić, 2008; McGregor, Rylands, Owen, Doré & Hughes, 2004; Lübbecke, Suvà, Perneger & Hoffmeyer, 2009).

A preocupação do enfermeiro não deve estar centrada apenas no conteúdo dos ensinamentos efectuados, mais importante será perceber se a pessoa conseguiu compreender a mensagem que pretendemos transmitir, como refere Gomes, (2009) a missão dos profissionais de saúde não termina com a transmissão da informação, é necessário certificar-se que a pessoa captou a mensagem e a compreendeu.

Lopes (cit. por Silva 2007, p.50) “refere que os conhecimentos não podem ser ensinados, têm de ser aprendidos. Para isso, sugerem o recurso a estratégias de aprendizagem através de comportamentos que ajudam a compreender e a reter a informação; estratégias cognitivas através da repetição, da consulta, anotações; estratégias metacognitivas nas quais se inclui processos de planeamento, controlo e auto-avaliação”.

Para haver aprendizagem não basta fazer ensino, sendo fundamental o interesse e o envolvimento entre a equipa de profissionais de saúde e a família, para a consecução dos objectivos delineados (Augusto *et al.*, 2002).

O processo de aprendizagem não se restringe apenas a ensinar, pois sabemos que muitas vezes apesar de serem ensinados determinados aspectos, na prática o comportamento da pessoa não se coaduna com o que lhe foi transmitido, pelo que se denota que não houve apreensão da mensagem. Como refere Bastos (2006), só há aprendizagem se existir mudança de comportamento e este possa ser observado, ou seja, a pessoa aprendeu se for capaz de realizar determinadas competências que até ali não conseguia.

O enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel preponderante na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca e é do seu interesse certificar-se que as orientações fornecidas são de facto apreendidas. Assim, na nossa opinião ao longo do internamento deve avaliar a receptividade da pessoa e perceber se a aprendizagem está a ser efectiva.

Nem todos os momentos são os mais propícios para transmitir a informação ao doente e à sua família, o enfermeiro especialista em reabilitação deverá ter a sensibilidade de perceber qual o *timing* mais adequado para a realização dos ensinamentos, tendo consciência que existe uma série de factores que podem interferir com a apreensão da mensagem. Redman (2003, p.17) corrobora dizendo que “aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender, isto é, quando desejam fazer algo. Algumas vezes a disposição de um utente para aprender vem com o tempo (...).”

Segundo Dawson (2003), o interesse do doente e a sua capacidade de compreensão são dois factores que influenciam a aquisição de conhecimentos. No estudo desenvolvido por Weiss *et al* (2007) está descrito também que a ansiedade, fadiga, alterações de memória e efeito dos medicamentos pode ter impacto negativo na retenção do conteúdo por parte do doente durante o período em que está internado.

Ao longo deste capítulo temos falado da importância dos ensinamentos para a capacitar a pessoa para o dia-a-dia após ter colocado uma prótese da anca, contudo consideramos a educação para a saúde a terminologia mais adequada nesta situação, pois como refere Nogueira (2003, p.78), “não há educação se não houver aprendizagem, educar é ir para além do ensinar, é atingir o aprender”. A educação para a saúde não é uma mera exposição de informações, mas pressupõe uma apreensão de conhecimentos úteis, que quando são posteriormente postos em prática denotam que foram verdadeiramente apreendidos, contribuindo para a alteração de hábitos e melhoria na qualidade de vida.

Segundo Johansson, Salanterä & Katajisto (2007), a educação deve ir para além do simples fornecimento de informação e é importante que o doente adopte um papel activo no processo de aprendizagem.

Após a revisão bibliográfica na área da educação para a saúde no contexto da artroplastia da anca, consideramos crucial apresentar as orientações fundamentais a incluir no programa de reabilitação da pessoa que colocou prótese da anca. Assim, neste sentido tendo por base vários autores [Cunha (2008), Skinner (2005), Crowther (2005), Kisner & Colby (2009), Hoeman (2000, 2011)], elaboramos a tabela que a seguir se apresenta (Tabela 1).

Tabela 1 – Educação para a Saúde para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca e sua família

ÁREAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	ORIENTAÇÕES PARA O DOENTE E FAMÍLIA
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Não lateralizar para o lado operado, até ao término do processo de cicatrização. - Manter abdução dos membros inferiores, através da colocação do triângulo abdutor, ou quando se lateraliza para o lado são colocar duas almofadas para prevenção da luxação.
Exercícios activos e movimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios isométricos e isotónicos dos membros inferiores para activar a força muscular, a sensibilidade distal e circulação venosa. - Nunca fazer flexão da anca superior a 90º. - Não cruzar as pernas. - Não fazer rotação interna do membro inferior operado, para evitar a rotação externa do quadril e possível luxação. - Não aduzir o membro inferior operado para além da linha média.
Levante	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o levante pelo lado saudável (oposto à existência da prótese) pela facilidade na execução da técnica, mantendo a abdução dos membros autonomamente.
Deambulação	<ul style="list-style-type: none"> - Deambular com a ajuda de auxiliar de marcha (canadianas ou andarilho - dependendo do equilíbrio do doente). Se a pessoa apresenta diminuição no equilíbrio, o uso de andarilho torna-se mais seguro numa fase inicial, sendo o uso de canadianas mais indicado para uma fase posterior da reabilitação. - Realiza-se o ensino e treino de marcha a três pontos (avança primeiro o auxiliar de marcha, depois a perna operada e por fim a perna saudável).
Subir e Descer escadas	<ul style="list-style-type: none"> - Para subir e descer escadas é necessária a ajuda do corrimão ou das canadianas. - A pessoa para subir um degrau deverá colocar primeiro a perna saudável, depois a perna operada e por fim as

	<p>canadianas; Para descer um degrau deverá colocar primeiro as canadianas, depois a perna operada e por fim a perna saudável.</p>
Sentar e Levantar	<ul style="list-style-type: none">- Para a pessoa se sentar deverá ter em atenção que não o deverá fazer em superfícies baixas, uma vez que não deverá exceder a flexão máxima de 90º da anca.- Idealmente deve sentar-se em cadeiras altas e com apoio de braços para facilitar o processo.- Aquando do momento de sentar deve fazer a extensão do membro operado, e depois de sentar poderá flecti-lo novamente.- No caso de sentar-se em cadeiras sem apoio de braços, deverá sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, mantendo igualmente a extensão da perna operada, senta-se e depois roda por forma a ficar correctamente sentado.
AVD	<p>Uso correcto da sanita – alertar para colocar elevador de sanita para evitar a luxação, uma vez que por vezes a sanita é uma superfície de apoio baixa.</p> <p>Banho – Idealmente deverá tomar banho de chuveiro sentado numa cadeira de banho para evitar quedas; Caso não seja possível pela existência exclusiva de banheira no domicílio, deverá fazer uma adaptação com um produto de apoio próprio como um banco ou cadeira adaptável. Alertar para nunca se sentar no fundo da banheira.</p> <p>Nunca lavar ou secar os pés, sem produtos de apoio ou a ajuda de outrem.</p> <p>Posição para se baixar – Nunca deverá flectir a perna operada para alcançar objectos do chão, só o poderá fazer se mantiver a extensão do membro.</p> <p>Calçar – usar produtos de apoio para se calçar ou pedir ajuda a outrem.</p> <p>Entrar e sair do carro – alertar para o facto de que o banco poderá ser baixo e haver necessidade de colocação de almofadas firmes para o alisar. Ensinar a mesma técnica anteriormente referida de sentar e levantar numa cadeira sem</p>

apoio de braços.

Conduzir – Dever-se-á fazer uma avaliação das condições do automóvel e só depois chegar à conclusão da impossibilidade/possibilidade desta tarefa. A condução de um carro com mudanças automáticas, poderá vir a facilitar a condução.

Sexualidade – deverá ter sempre em atenção os princípios de não fazer adução do membro inferior operado para além da linha média, não fazer rotação interna e não flectir a anca para além dos 90°.

Fontes: Adaptado de Cunha (2008), Skinner (2005), Crowther (2005), Kisner & Colby (2009), Hoeman (2000, 2011), Directrizes Assistenciais (2009).

4. Educar para o autocuidado

De acordo com a nomenclatura utilizada nas ciências de enfermagem, educar é “transmitir conhecimentos a alguém sobre alguma coisa” (CIPE, 2010, p.96).

Segundo Tones e Tilford (cit. por Costa, 2008, p. 34), a educação para a saúde trata-se de uma “...actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida”.

Como refere Branco (cit. por Silva, 2007 pp 60-61), “a educação para a saúde deverá ser encarada como uma actividade globalizante desenvolvimentista e construtivista, que permita aos utentes se apropriarem de formas de estar e pensar em saúde enquanto indivíduos”.

A educação para a saúde assume particular relevo nos cuidados de enfermagem “visando promover atitudes e comportamentos positivos de saúde definidos, de uma maneira geral, como o padrão de comportamento observável, as acções e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde” (Costa, 2008, p. 35).

A hospitalização pode facilitar este processo de educação para a saúde, pois como defende Serra (2005, p.158) “o internamento, ao constituir um momento de choque e um processo de ruptura, revela-se como uma situação fortemente educogénica (...)”, contudo Maramba, Richards, Myers & Larrabee (2004) defendem que os curtos internamentos hospitalares afectam o processo de educação da pessoa. O tempo limitado para avaliar as necessidades da educação para o autocuidado, reduz a disposição para a aprendizagem.

A educação para a saúde distingue-se da intervenção pontual não uniformizada, dado o seu carácter rigoroso e planeado. Um plano de educação para a saúde deve ser o mais personalizado possível e adequado às

necessidades individuais de cada pessoa, no entanto há que haver alguns parâmetros padronizados.

Consideramos importante que se personalize o plano de educação, pois não se pode cair no erro de implementar o mesmo plano de educação para a saúde a diferentes pessoas, mesmo em contextos semelhantes pois cada pessoa é única e é da competência do enfermeiro especialista em reabilitação adequar os cuidados de enfermagem à individualidade de cada um. Como refere Rodrigues, Pereira & Barroso (2005), é fundamental que o ensino seja diferenciado consoante os educandos, para que estes desenvolvam conhecimentos, competências e habilidades, que os capacite para o autocuidado.

É muito importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem que haja um ensino/aprendizagem estruturado através de planos de cuidados, onde estão protocoladas as actividades assistenciais de enfermagem. Segundo Teixidó Sánchez (cit. por Bastos 2006, p. 81), “a partir dos planos de cuidados *standard*, é mais fácil elaborar os planos de cuidados individuais de cada pessoa, de forma a planificar, a executar e avaliar as actividades realizadas”.

Como corrobora Osuna & Moral (cit. por Carvalho & Carvalho, 2006, p.45) “sugere-se optar por um programa medianamente estruturado que defina as linhas fundamentais de actuação, em que participe desde os primeiros momentos o utente, tanto na identificação de necessidades como no planeamento e execução do programa. Deve ser suficientemente flexível, que tenha a capacidade de se adaptar em cada momento a novas necessidades e a situações concretas que se possam apresentar no seu desenvolvimento”.

Olsson, Karlsson & Ekman (2007) e Rasanen *et al* (2007) defendem que a assistência planeada após a substituição da anca tem uma repercussão positiva na qualidade de vida das pessoas que realizam esta intervenção cirúrgica

O processo de educação para a saúde é comparado ao processo de enfermagem. De acordo com Redman (2003), a educação para a saúde desenvolve-se segundo um processo de diagnóstico e intervenção, em que

antes de pôr em prática o processo ensino-aprendizagem, é avaliada a motivação para aprender e as metas a atingir em parceria com o doente e sua família, por fim é realizada a avaliação da efectividade do plano de educação para a saúde, reforçando os ensinamentos ministrados se for pertinente (Diagrama 2)



Diagrama 2 – Processo de Educação para a Saúde, adaptado de Redman (2003).

De acordo com Osuna & Moral (cit. por Carvalho & Carvalho, 2006) o processo de educação para a saúde, deve atender a algumas etapas, que de seguida descrevemos:

- Análise da situação (determinação das necessidades educativas)
- Justificação da necessidade do programa;
- Definição de objectivos;
- Conteúdos educativos;
- Determinação das estratégias de intervenção;
- Actividades e metodologia educativa;
- Previsão dos recursos;
- Desenho da avaliação do programa

Ao longo da implementação deste plano de educação para a saúde é importante adoptar algumas estratégias educacionais (Silva, 2007):

- A linguagem a utilizar deverá ser simples e adequada ao grau de literacia de cada pessoa;
- Repetir e sintetizar os conteúdos abordados são óptimas estratégias para promover a retenção de informação;
- O conceito teórico deve ser abordado antes da execução da demonstração;
- O feedback deve ser garantido através da elaboração de questões ou pedindo exemplos de aplicação;
- Os reforços positivos frequentes são uma mais-valia;
- O ritmo de aprendizagem deve ser respeitado;
- O ensino deverá ser dividido em etapas para promover a aprendizagem, evitando a saturação;
- Não exigir demais a cada pessoa, evitando assim provocar *stress* ou alterações na auto-imagem;
- Criar um clima de alegria, humor e compreensão durante o ensino, no sentido de promover a empatia.

A pessoa que coloca uma prótese da anca vê-se obrigada a redefinir a sua forma de estar e alterar comportamentos. Cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação preparar o regresso a casa, estruturando um plano de educação para a saúde que antecipe as suas necessidades, promovendo ao máximo a sua independência.

Os resultados do estudo desenvolvido por Weiss *et al* (2007), sustentam a importância de um planeamento do regresso a casa através de actividades educativas.

Sands & Smith (cit. por Louro, 2009, pp. 53-54) sugerem que este planeamento deve ter por base os seguintes parâmetros:

- Informações sobre o que esperar depois da alta;
- Orientações sobre o auto cuidado necessário;
- Identificação dos recursos a nível da família e comunidade;
- Conhecimento dos procedimentos a seguir em caso de emergência;
- Conhecimentos sobre cuidados de acompanhamento;

- Ensino à família tendo em conta as preocupações do doente;
- Explicações sobre serviços de cuidado domiciliários, números de telefone e, quando possível, apresentação de pessoal dos cuidados domiciliários.”

Martins & Fernandes (2009, p.80), no seu estudo “Percurso das necessidades em cuidados de Enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca” refere que “para garantir a continuidade de cuidados e o bem-estar do cliente, o enfermeiro deve identificar, o mais cedo possível, as necessidades em cuidados e desenvolver com a participação do cliente/família e de todos os profissionais de saúde envolvidos um planeamento da alta eficaz.”

Segundo Silva (2007, p. 60), “o plano de ensino, com a finalidade de preparar a alta da pessoa, deve contemplar as capacidades da pessoa para retomar as suas actividades, o seu grau de autonomia, as suas necessidades em termos de aquisição de conhecimentos para prevenir complicações e manter o tratamento de forma a atingir a saúde.”

O conhecimento sobre o tratamento e sobre as AVD é identificado pelas pessoas que vão realizar a artroplastia da anca como sendo das principais necessidades educacionais antes e após a intervenção cirúrgica (Johansson, Hupli & Salanterä, 2002).

O plano de educação para a saúde tendo em vista a preparação do regresso a casa da pessoa que foi submetida a artroplastia da anca deve englobar também a sua família, pois como refere Martins & Fernandes (2009, p.90), “o sucesso do plano de alta reside em considerar os familiares e o cliente, como aliados no processo de recuperação do cliente, investindo na participação dos mesmos reforçando as suas capacidades e auto-estima, e por último responsabilizando-os pelo sucesso da recuperação.”

Consideramos fundamental planear sessões de educação para a saúde em que os familiares ou mais concretamente o convivente significativo esteja presente, pois com esta parceria consegue-se “que o cliente e seus familiares

tenham um papel activo, convergente e em coerência com o processo de cuidados” (Conceição & Ramos, 2004 p. 57).

As orientações que constituem um plano de educação para a saúde, podem ser dadas oralmente e também em panfletos. Consideramos que a estratégia de inicialmente fornecer informação escrita pode servir de mote para posterior esclarecimento com os profissionais de saúde, bem como poderá ter a função de auxiliar de memória, facilitando a consolidação da aprendizagem do doente e da sua família. Silva (2007, p. 69) corrobora afirmando que “o fornecimento de informação escrita é importante para reforçar o conhecimento dado oralmente, ou para relembrar as habilidades quando as pessoas estão em casa.”

No estudo intitulado “Patient information booklets in arthroplasty surgery – are they effective?” constatou-se que o uso do panfleto melhorou a compreensão do doente em poucas áreas, contudo equacionou-se se o problema não estaria no próprio panfleto (linguagem desadequado, excesso ou defeito de informação etc.) e sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que avaliem a eficácia deste método de ensino (McClelland, McMurtrie & Graham, 2009).

Segundo Johansson, Katajisto & Salanterä (2010) a educação é mais benéfica quando o programa educacional contempla mais de um método. Assim, de acordo com Gomes (2009, p.73) a conjugação do método oral com o escrito poderá ter mais resultados (“estudos realizados referem que apenas 35% a 40 % da informação verbal é retida em situações de *stress*, como é o caso do processo cirúrgico). “O uso da informação escrita aumenta a retenção da informação por parte do utente ” (Redman, 2003 p. 49).

O objectivo da reabilitação é que as orientações fornecidas sejam facilitadoras do autocuidado, assim tudo o que contempla o plano de educação para a saúde pretende ajudar a pessoa submetida a artroplastia da anca a fazer face às dificuldades que o pós-cirúrgico e processo de recuperação impõe.

Segundo Theuerkauf (2000, p. 174), “os objectivos da reabilitação direccionam-se no sentido de ajudar o utente a conseguir manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades do autocuidado”.

Heine, Koch & Goldie (2004) referem que o alcance da independência assume um lugar de destaque nas pessoas submetidas a artroplastia da anca e aponta a visita domiciliária após a alta como estratégia interventiva. No estudo desenvolvido por McMurray, Johnson, Wallis, Patterson & Griffiths (2007) é apontado como estratégia o acompanhamento após o regresso a casa, através de contacto telefónico. Heisel (2008) e Demir & Erdil (2013), também valorizam a reabilitação dos doentes após a hospitalização e consideram que o treino regular das AVD adaptado às condições de vida, é fundamental para que a pessoa consiga alcançar a independência no autocuidado mais rapidamente e previne complicações pós-operatórias.

A CIPE (2010, p. 41) contempla que o autocuidado se refere a “tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”.

Orem cit. por Rodrigues (2011, pp. 25-26), referem que “o autocuidado também poderá ser entendido como uma condição pessoal, que cada indivíduo encerra em si, podendo ter significados diferentes para pessoas diferentes. É um conceito que se relaciona com o sentido que cada pessoa dá à sua vida, à sua procura de saúde, ao seu envolvimento em comportamentos promotores da satisfação e do bem-estar. O autocuidado pode, assim, ser entendido como uma “conduta alargada” que cada pessoa adopta e que pode ser objectivamente observada em situações concretas do quotidiano e das experiências vividas, dirigida pela pessoa para si mesma, de modo a controlar os factores que afectam o seu desenvolvimento e o seu funcionamento, em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar”.

O autocuidado reflecte um processo de aprendizagem ao longo da vida, baseado na “consciência” que a pessoa vai tendo de si, nos seus valores, nas suas capacidades, nos seus conhecimentos, entendimentos e formas de pensar (Rodrigues, 2011).

O enfermeiro tem a missão de ajudar neste processo de aprendizagem sempre quando um acontecimento de vida obrigue a uma readaptação e redefinição pessoal. Consideramos que o processo de cuidados de enfermagem defendido por Orem explica bem o papel do enfermeiro na educação para o autocuidado, pelo que de seguida faremos uma exposição à Teoria Geral que esta autora preconiza.

4.1 Teoria Geral do Autocuidado, segundo Orem

Orem definiu o autocuidado como “a prática das acções que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar, e/ou conviver com os efeitos das limitações dessas alterações de saúde, contribuindo para a sua integridade, funcionamento e desenvolvimento” (Taylor, 2004, p. 271).

A teoria geral proposta por esta autora é composta por três teorias inter-relacionadas: teoria do auto cuidado, teoria do défice de auto cuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

Esta teoria assenta no princípio que nem sempre as pessoas têm as habilidades suficientes para responderem eficazmente às necessidades de cuidados pessoais, pelo que devem ser ajudadas no que não conseguem realizar e incentivadas a fazer por si o máximo de actividades, de acordo com as suas capacidades.

Segundo Melo (2010, p.47), “as pessoas normalmente conseguem satisfazer as suas necessidades de autocuidado essenciais para o funcionamento adequado do organismo, mas quando de algum modo são impedidas de o fazer: idade avançada, doença ou limitação funcional resultante de episódio agudo ou exacerbação de processo crónico, torna-se necessária a assistência de enfermagem, para que a necessidade de auto cuidado possa ser satisfeita”.

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, de forma a dar resposta aos requisitos de autocuidado da pessoa (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação de Sistemas de Enfermagem.

	Sistema Totalmente Compensatório	Sistema Parcialmente Compensatório	Sistema de Apoio e Educação
ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização do auto cuidado terapêutico do doente. ▪ Compensa a incapacidade do doente na realização do auto cuidado. ▪ Apoia e protege o doente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza algumas necessidades de auto cuidado do doente ▪ Compensa algumas limitações no auto cuidado do doente. ▪ Assiste o doente quando necessário. ▪ Controla as actividades de auto cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regula o exercício e desenvolvimento das actividades de auto cuidado.
ACTUAÇÃO DA PESSOA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza algumas necessidades de auto cuidado. ▪ Controla as actividades de auto cuidado. ▪ Aceita cuidados de assistência de Enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regula o exercício e desenvolvimento das actividades de auto cuidado. ▪ Realiza o auto cuidado.

Fonte: Melo, 2010 - Adaptado de Orem.

No sistema totalmente compensatório a pessoa é totalmente incapaz de fazer face às suas necessidades de auto cuidado, pois apresenta limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. O papel do enfermeiro é intervir nas “acções limitadas da pessoa, conseguindo o autocuidado da mesma, compensando a sua incapacidade para a actividade de autocuidado através de apoio e protecção” (Melo, 2010 p. 49; Silva, 2007).

Quando a pessoa não está totalmente dependente e consegue por si só fazer face a algumas das necessidades de auto cuidado, estamos perante ao que Orem definiu como sistema parcialmente compensatório.

Perante esta realidade, “tanto o enfermeiro como a pessoa executam medidas ou outras acções de cuidado que envolvam tarefas de manipulação ou de locomoção. Através da sua acção, os enfermeiros executam algumas medidas de auto cuidado pela pessoa, compensando as suas limitações de autocuidado e atendendo-a conforme o exigido. A pessoa age desenvolvendo algumas acções de autocuidado, regulando as suas actividades e aceitando o auxílio dos enfermeiros” (Melo, 2010 p. 49).

Quando a pessoa tem recursos para se auto cuidar, mas necessita da assistência de enfermagem para apoio, orientação e instrução estamos perante o sistema de enfermagem de suporte-educação. A pessoa “consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, que regulem o exercício e o desenvolvimento das suas actividades de autocuidado, competindo ao enfermeiros estimular a pessoa a ser capaz de se auto cuidar.” (Melo, 2010 p. 50; Silva, 2007).

Consideramos que a pessoa submetida a artroplastia da anca enquadra-se numa fase inicial do processo de reabilitação no sistema parcialmente compensatório, uma vez que existem algumas necessidades que por si só não consegue fazer face, precisando da assistência de enfermagem. Contudo, ao longo do desenvolvimento do processo de reabilitação a ênfase dos cuidados de enfermagem centra-se no sistema de apoio-educação, pois através do ensino, treino e instrução de estratégias adaptativas normalmente a pessoa tem potencial para atingir a independência no autocuidado.

PARTE II - TRABALHO DE CAMPO

1. Da problemática à questão de investigação

Com o aumento do envelhecimento da população, surgem cada vez mais patologias inerentes ao processo de envelhecer, dentro das quais a artrose da articulação coxo-femoral, que num estado avançado implica a realização da artroplastia da anca. O enfermeiro especialista em reabilitação de um serviço de Ortopedia, deve acompanhar as pessoas com estes problemas, com o objectivo de promover ao máximo a sua independência.

Consideramos que a promoção da independência da pessoa que foi submetida a artroplastia da anca deve passar por um plano de educação para a saúde que inclua todas as orientações necessárias para fazer face as necessidades de autocuidado. Contudo e de acordo com Martins & Fernandes (2009), actualmente a realidade dos cuidados de enfermagem a estas pessoas não passa por uma planificação dos cuidados efectuada de forma sistemática, mas por intervenções pontuais não uniformizadas.

Segundo, Petronilho, 2007; Azevedo, 2010 verifica-se que apesar de não se poder falar em falta de recomendações, não há verdadeiramente um plano efectivo para a preparação do regresso a casa.

Atendendo que o objectivo dos cuidados a uma pessoa submetida a artroplastia da anca diz respeito essencialmente ao conhecimento que a pessoa deve ter para gerir a situação, é fundamental desenvolver o processo ensino/aprendizagem.

De acordo com Santos (cit. por Martins & Fernandes, 2009 p. 87) “as equipas de saúde, devem promover acções programadas de ensino quer ao doente quer aos familiares (informação, demonstração e treino) (...)”.

Contudo, no estudo levado a cabo por Fernandes (2009) “Percurso das necessidades em cuidados de Enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca” não se verificou esta realidade e destacou-se a baixa frequência de diagnósticos no âmbito do conhecimento/aprendizagem.

Parece-nos fundamental desenvolver um plano de preparação do regresso a casa *standard* para implementar nesta tipologia de doentes, não esquecendo a individualidade de cada um (no capítulo seguinte apresentamos o plano que implementamos no âmbito do nosso estudo).

Mais importante do que implementar este plano de educação para a saúde é a avaliação da sua efectividade. Atendendo à inexistência de estudos que avaliam a evolução no processo de aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca, partimos para a concretização deste trabalho com a seguinte questão de investigação:

- **Qual a evolução, no âmbito da aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia primária da anca (APA) acerca dos cuidados a ter para uma vivência segura com prótese da anca, entre o momento da admissão no serviço de Ortopedia e o momento da alta hospitalar?**

Uma intervenção cirúrgica, de uma doença osteoarticular, normalmente é programada com antecedência, e neste sentido o processo de aprendizagem pode iniciar-se antes do internamento hospitalar.

Atendendo ao atrás exposto, da questão de investigação surgiram outras questões orientadoras, as quais pretendemos obter resposta.

- Quais os conhecimentos, para uma vivência segura com prótese da anca, que as pessoas que vão ser submetidas APA possuem na admissão de um serviço de Ortopedia?
- Quais as fontes de informação que recorrem as pessoas que vão ser submetidas a APA antes do internamento?
- Quais os cuidados a ter com prótese da anca que não foram demonstrados pelas pessoas submetidas a APA, aquando da alta hospitalar de uma unidade de internamento de Ortopedia?
- Qual a importância atribuída pelas pessoas que vão realizar a APA, a programas de educação pré-admissão e programas de acompanhamento no domicílio pelo enfermeiro especialista e reabilitação?

2. Plano de Educação para a pessoa que vai ser submetida a APA

O foco deste estudo é o processo educacional da pessoa que vai ser submetida a APA, por tal o enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel activo, com competências bem definidas para o processo ensino-aprendizagem.

Destaco de entre as várias competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, referenciadas na proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação:

- A função deste desenvolver planos de educação em saúde que visam ensinar, instruir e treinar o cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovem o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos.
- A competência adquirida para seleccionar e prescrever os produtos de apoio que mais se adaptam à condição de saúde da pessoa, para posteriormente ensinar e supervisionar a utilização dos referidos produtos, tendo em vista a máxima capacidade funcional desta (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Atendendo às orientações que devem incluir num plano de educação à pessoa submetida a APA, sugeridas pelos vários autores na revisão bibliográfica deste trabalho, e devido à inexistência de um plano estruturado de intervenção para a pessoa que vai ser submetida a artroplastia da anca, elaboramos um plano *standard* de educação para a saúde, que foi a nossa base de intervenção durante o período de estágio.

Consideramos que o uso de um plano estruturado é fundamental para que haja uniformização no conteúdo abordado aos participantes do estudo, mas estamos cientes que a forma como o conteúdo do plano é abordado às diferentes pessoas não pode ser igual, pois tem de estar adaptada às suas necessidades circunstanciais e atender aos traços próprios da sua personalidade.

A implementação do plano de educação teve início logo na admissão da pessoa que vai realizar APA, começou-se por efectuar uma série de actividades diagnósticas para perceber se a pessoa tinha conhecimento demonstrado ou não-demonstrado nos vários domínios (posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas – Tabela 3)

Tabela 3 – Áreas de Educação para a Saúde para a pessoa submetida a APA

ÁREAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (Pessoa submetida a Artroplastia da Anca)	Posicionamento
	Levante
	Sentar
	Deambulação
	Subir/Descer Escadas
	Actividades Proibidas

Quando a pessoa não demonstrava conhecimentos em determinados domínios, iniciou-se desde logo o processo educativo que foi continuado ao longo do período de internamento, através de actividades como o ensino, instrução e treino das diversas particularidades fundamentais, para uma vivência segura com a prótese da anca.

Quando verificamos que o conhecimento estava demonstrado na admissão entendemos que o processo educativo não está concluído, pois apesar de a pessoa demonstrar ter conhecimentos sobre o assunto podia na prática não “saber fazer” (pois é a primeira vez que vivencia a reabilitação após APA), pelo que nesta situação dê-mos ênfase ao treino de competências nos diferentes domínios (Diagrama 3).

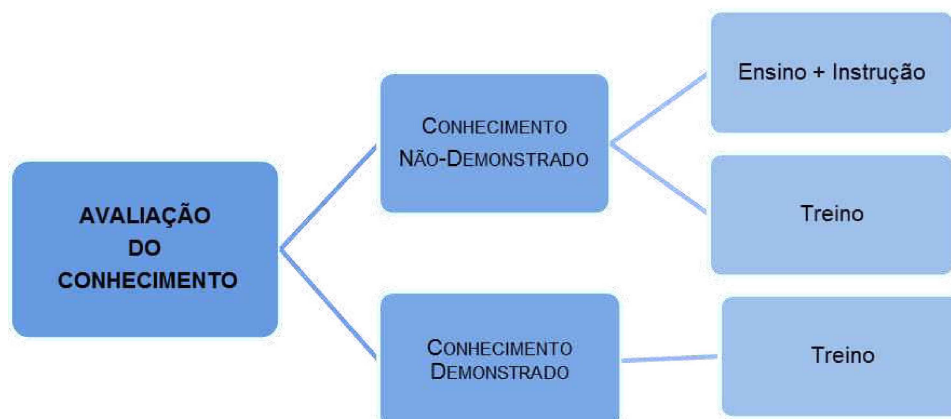


Diagrama 3 – Estratégia de Intervenção após Avaliação Diagnóstica do Conhecimento

No dia da admissão, foi entregue a todos os participantes um panfleto sobre os cuidados a ter com a prótese da anca em vigor na instituição que se desenrolou a investigação.

Note-se que apesar do alvo da intervenção ser a pessoa submetida a APA, sempre que possível foi convidada a família, ou mais concretamente os conviventes significativos, a participarem nas sessões de educação para a saúde realizadas, pois consideramos que estes são o principal suporte do doente quando regressa a casa e necessitam também de aprender os cuidados a ter após colocação de uma prótese da anca.

O plano de educação para a saúde implementado (Tabela 4), foi única e exclusivamente aplicado pelo investigador no terreno ao longo do período de internamento de cada participante do estudo.

Tabela 4 – Plano de Educação para a Saúde implementado

	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA NA ADMISSÃO	INTERVENÇÕES DURANTE O INTERNAMENTO
POSICIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar o conhecimento sobre como a pessoa deve movimentar-se na cama após ser submetida a APA.▪ Avaliar o conhecimento acerca da importância na utilização do triângulo abdutor ou almofadas entre os membros inferiores após a pessoa ser submetida a artroplastia da anca.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ensinar / Instruir /Treinar a pessoa a:<ul style="list-style-type: none">- Movimentar-se na cama alternando de decúbito dorsal e decúbito lateral para o lado sã enquanto a cicatrização dos tecidos do lado afectado não se restabelece totalmente.- Utilizar o triângulo abdutor ou almofadas entre os membros inferiores para manter a abdução, evitando assim a luxação da prótese.▪ Ensinar a pessoa a movimentar-se para o lado operado quando a cicatrização dos tecidos já estiver totalmente restabelecida (informar que o médico na consulta externa dir-lhe-á quando pode realizar este decúbito)

	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA	INTERVENÇÕES		
LEVANTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento sobre como a pessoa se deve levantar e deitar na cama após ser submetida a APA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar / Instruir /Treinar a pessoa a: <ul style="list-style-type: none"> - Levantar-se e Deitar-se da cama de forma faseada atendendo sempre aos princípios para evitar a luxação da prótese (manter a abdução dos membros inferiores e não flectir a anca mais de 90º). 		
			LEVANTAR	DEITAR
			1. Flectir a perna não operada e fazer carga nos cotovelos para aproximar-se do lado da cama que pretende sair.	1. Aproximar-se da cama com auxílio das canadianas e quando sentir a zona do cavado poplíteo a tocar no colchão, remove-se as canadianas.
			2. Sentar na cama rodando os membros inferiores para fora da cama, mantendo sempre a abdução.	2. Sentar apoiando as mãos no colchão fazendo simultaneamente a extensão do membro inferior operado e mantendo a abdução.
3. Iniciar verticalização utilizando a força dos membros superiores e apoiando-se sobre o membro inferior não operado.	3. Deitar na cama com a ajuda do membro inferior não em flexão e fazendo carga nos cotovelos.			

	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA	INTERVENÇÕES
SENTAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento sobre qual o tipo de cadeira mais indicada para a pessoa sentar após ser submetida a APA. ▪ Avaliar o conhecimento sobre a técnica de sentar numa cadeira de apoio de braços, após a pessoa ser submetida a APA. ▪ Avaliar o conhecimento sobre a técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços (exemplo o automóvel), após a pessoa ser submetida a APA. ▪ Avaliar o conhecimento da pessoa sobre produtos de apoio para o sentar que maximizem a capacidade funcional da pessoa nas AVD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar a pessoa submetida a APA que deve sentar-se em cadeiras altas (que não proporcionem uma flexão da anca maior do que 90º), e preferencialmente com apoio de braços para facilitar o processo. ▪ Ensinar / Instruir /Treinar a pessoa a: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Sentar em cadeiras de apoio de braços</u>, devendo apoiar-se nos braços laterais da cadeira e simultaneamente manter a extensão do membro inferior operado. - <u>Sentar em cadeiras sem apoio de braços</u> (como poderá ser o caso de sentar no automóvel), devendo sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, após estar sentado roda o corpo na cadeira até ficar na posição correcta. ▪ Ensinar a pessoa sobre a existência de produtos de apoio para sentar. ▪ Instruir / Treinar o uso dos produtos de apoio para sentar: <ul style="list-style-type: none"> - Elevador de Sanita que facilitará o autocuidado: uso de sanitário. - Cadeira adaptável à banheira ou banco de chuveiro que facilitará o autocuidado: higiene.

	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA	INTERVENÇÕES
DEAMBULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento sobre a adaptação do auxiliar de marcha à altura da pessoa. ▪ Avaliar o conhecimento sobre quais as condições imprescindíveis de um auxiliar de marcha para a deambulação segura. ▪ Avaliar o conhecimento da pessoa sobre o calçado ideal para a deambulação. ▪ Avaliar o conhecimento sobre a técnica de deambulação com auxiliar de marcha após a pessoa ser submetida a APA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar, Instruir e Treinar a pessoa a adaptar o auxiliar de marcha à sua altura: <ul style="list-style-type: none"> - deve favorecer a extensão completa do corpo. - no caso das canadianas, a altura destas deve corresponder a dois dedos abaixo do cotovelo e a pega da mão deverá estar ao nível da crista ilíaca. ▪ Ensinar a pessoa que os auxiliar de marcha devem ter presentes e em boas condições as borrachas antiderrapantes. ▪ Ensinar a pessoa que deve deambular sempre com calçado adaptado ao pé ao invés de chinelos, ou em alternativa usar meias antiderrapantes. ▪ Ensinar, Instruir e Treinar a pessoa a andar com auxiliar de marcha numa sequência de 3 pontos: <ul style="list-style-type: none"> - Avança-se com o auxiliar de marcha - De seguida a perna operada - Por fim, a perna não-operada

	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA	INTERVENÇÕES
SUBIR/DESCER ESCADAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento sobre a sequência de subir escadas após a pessoa ser submetida a APA. ▪ Avaliar o conhecimento sobre a sequência de descer escadas após a pessoa ser submetida a APA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar, Instruir e Treinar a pessoa a sequência de subir escadas: <ul style="list-style-type: none"> - Perna não operada - Perna operada - Canadianas ▪ Ensinar, Instruir e Treinar a pessoa a sequência de descer escadas: <ul style="list-style-type: none"> - Canadianas - Perna operada - Perna não operada
ACTIVIDADES PROIBIDAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento sobre as actividades proibidas após a pessoa ser submetida APA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar a pessoa quais as actividades proibidas para evitar a luxação da prótese: <ul style="list-style-type: none"> - Não fazer flexão da anca superior a 90°. - Não fazer flexão do tronco na posição de sentado. - Não cruzar as pernas. - Não fazer rotação interna do membro inferior operado (para evitar a rotação externa da anca e possível luxação). - Não aduzir o membro inferior operado para além da linha média. - Não carregar pesos ou realizar actividades que sobrecarreguem a anca. ▪ Ensinar a pessoa sobre a existência de produtos de apoio que promovem a

		<p>independência compensando as limitações impostas pela presença de prótese: ajuda técnica para calçar meias, calçadeira de cabo longo, pinças de cabo longo, ajuda técnica para lavar costas e extremidades.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Instruir e Treinar a utilização dos produtos de apoio referidos (no autocuidado higiene e no autocuidado vestir/despir).▪ Ensinar a pessoa que caso não tenha possibilidade de adquirir estes produtos de apoio, deverá arranjar coisas simples que simulem a função destes (fitas de nastro que quando amarradas nas calças podem ser uma ajuda na técnica de vestir, usar a canadiana para apanhar roupa ou objectos no chão etc., é só usar a criatividade atendendo aos princípios base e as actividades proibidas), ou em último caso deverá ser ajudado:<ul style="list-style-type: none">- no autocuidado higiene: a lavar e secar as extremidades.- no autocuidado vestir/despir: a calçar meias e sapatos e vestir as calças. <p>Ensinar a pessoa sobre a sexualidade após ser submetida a APA, desmistificando a ideia de que não pode ter relacionamentos sexuais e enfatizando as actividades proibidas, dando exemplo de posições sexuais que poderá adoptar.</p>
--	--	---

3. Desenho da Investigação

O desenho de investigação define-se como um conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação. É através dele que o investigador se orienta na planificação e realização do seu estudo, de maneira a que os objectivos sejam atingidos (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

Por forma a perceber melhor o desenho da investigação apresentamos o plano de acção (Diagrama 4) que foi desenvolvido em contexto do estágio. O plano de acção compreende o espaço temporal desde a admissão no serviço de Ortopedia da pessoa que vai ser submetida a APA, passando pelo período em que está internada até ao dia da alta hospitalar. No dia em que a pessoa chega ao serviço é realizada uma avaliação inicial diagnóstica, para perceber quais os conhecimentos que tem acerca dos cuidados a ter para uma vivência segura com prótese da anca nos vários domínios (posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas). É com base nos resultados obtidos dessa avaliação, que definimos o plano de educação de cada pessoa, tendo sempre em vista a educação para o autocuidado, ou seja o alcance da máxima independência para fazer face às necessidades da vida diária.

Com referimos já anteriormente, consideramos que não faz sentido, aplicar de igual forma o plano de educação para a saúde *standard* definido anteriormente, pois a intervenção do enfermeiro deve atender às necessidades individuais de aprendizagem de cada pessoa que vai ser submetida a APA. Assim, nos domínios em que se constatou que a pessoa não demonstra conhecimento inicia-se o processo educativo (através do ensino, da instrução e do treino) e nos domínios em que a pessoa demonstra conhecimento são treinadas as competências.

Durante o período de hospitalização implementamos o plano de educação para a saúde definido, e no dia da alta hospitalar avaliamos nos vários domínios se a pessoa demonstra ou não ter aprendido os cuidados a ter com a prótese da anca.

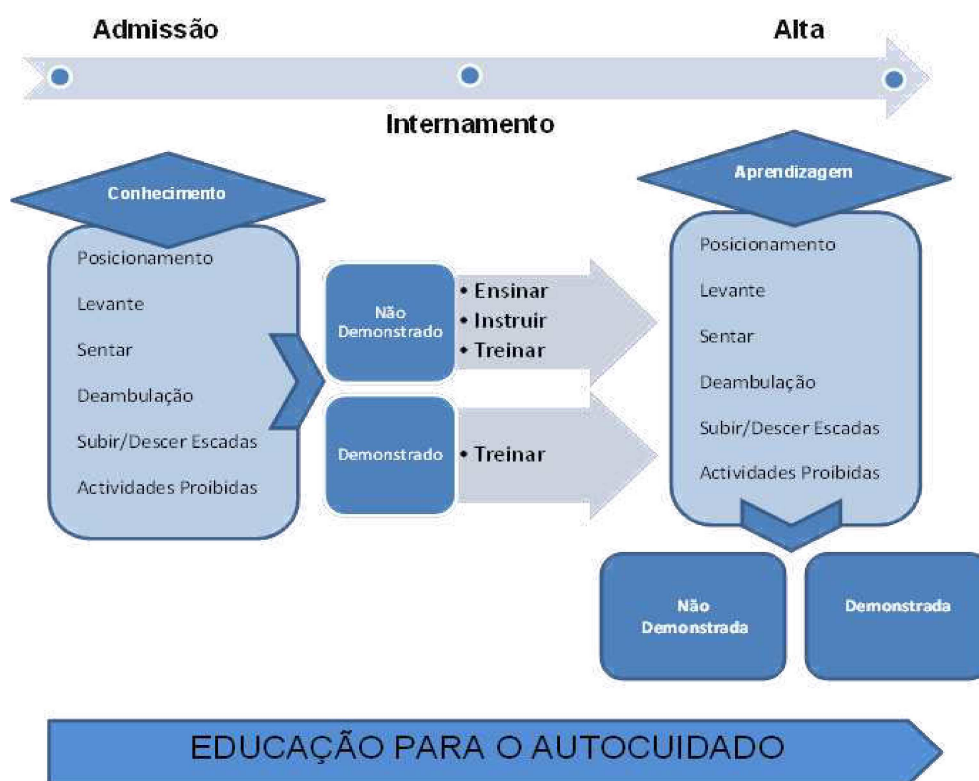


Diagrama 4 – Plano de Acção do Estudo

Por forma a conhecer melhor como se desenvolve o processo de preparação do regresso a casa da pessoa submetida a APA enveredamos por uma metodologia exploratória-descritiva e *quasi-experimental* (Diagrama 5).



Diagrama 5 - Metodologias de Investigação adoptadas no estudo

Assim, para além da componente *quasi-experimental* do estudo, consideramos que este trabalho engloba duas fases exploratórias-descritivas: na admissão e na alta respectivamente. Consideramos exploratórias porque implica que os fenómenos significantes apareçam no decurso da própria pesquisa, à medida que decorre a recolha e análise da informação; descritivas porque procura descrever um fenómeno ainda mal conhecido, representar adequadamente situações e acontecimentos, por vezes descrever a sua interligação na esperança de obter informação útil (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

A combinação da metodologia de investigação *quasi-experimental* com a exploratória-descritiva, pareceu-nos pertinente uma vez que consideramos importante conhecer toda a abrangência do processo, e não só o efeito de uma intervenção no grupo. Aspectos como: a percepção se as pessoas tinham informações antes da cirurgia sobre os cuidados a ter com a prótese da anca e quem eram as fonte de informação; a importância atribuída sobre um programa de informação pré-admissão e um programa de acompanhamento no domicílio pelo enfermeiro especialista em reabilitação, pelos participantes do estudo mereceram igualmente um lugar de destaque no trabalho que levamos a cabo (Diagrama 6).

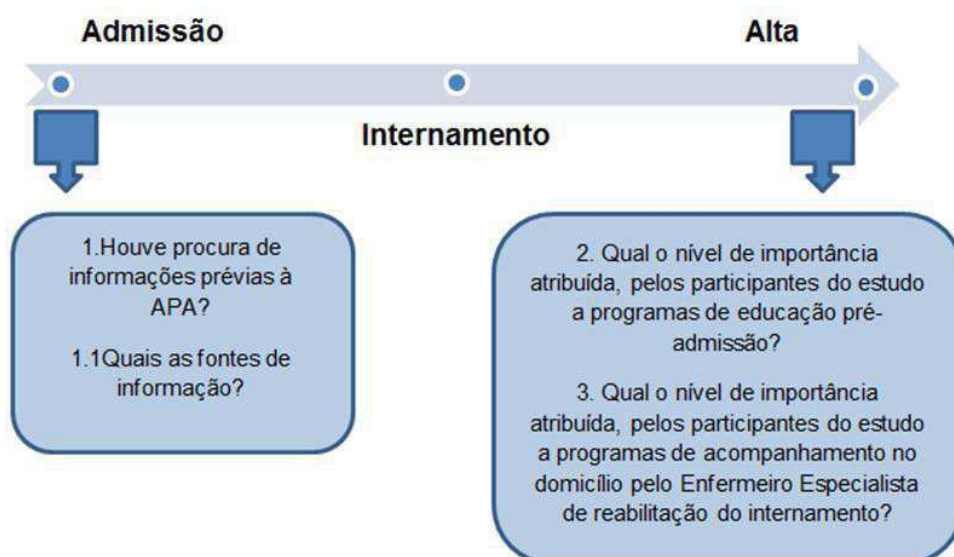


Diagrama 6 – Questões exploratórias nas diferentes fases do estudo

Outra fase deste estudo, contempla a metodologia *quasi-experimental* com um grupo único com duas séries temporais (pré e pós intervenção: T₀ e T₁), como mostra o Diagrama 7. O recurso a duas avaliações, obtidas pré e pós intervenção, permite identificar a evolução no processo de aprendizagem após a implementação do plano de educação para a saúde.

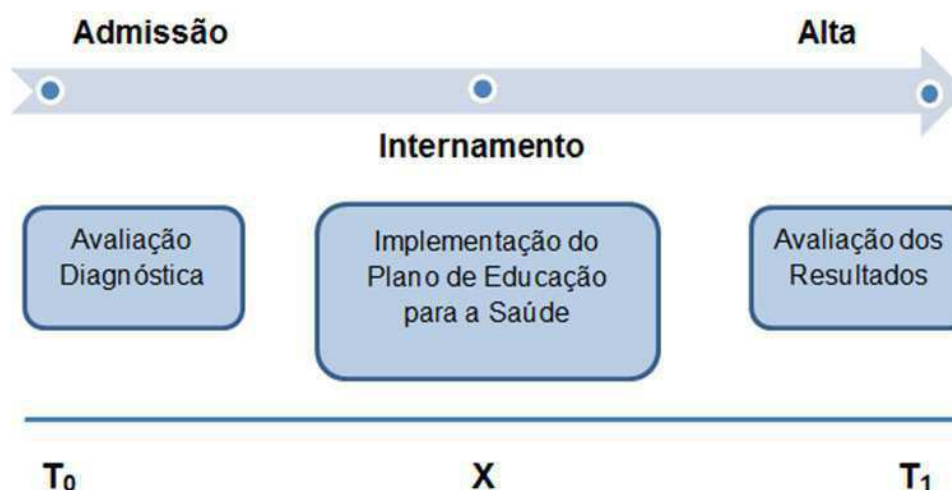


Diagrama 7 – Estrutura da Metodologia Quasi-experimental com grupo único e duas séries temporais

De acordo com Hernández, Fernández & Baptista (2010), os desenhos de investigação *quasi-experimentais* servem como estudos exploratórios. Para Blass (2013, p. 138) servem o propósito de “acercar-nos à teoria e validar hipóteses no campo aplicado”. Estes desenhos caracterizam-se por examinarem relações de causa efeito entre a variável independente e dependente (Sousa, Driessnak & Mendes, 2007).

No caso concreto deste estudo, a variável independente é o plano estruturado de educação, sendo a variável dependente a aprendizagem nos vários domínios ensinados (posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas).

Consideramos que esta metodologia de investigação levanta questões pertinentes que permitem estudos futuros mais profundos e favorece a reflexão para uma futura fundamentação teórica sobre o tema.

Atendendo que o foco em estudo é a mudança do comportamento decorrente da intervenção educativa, é comumente aceite que a tipologia de um estudo *quasi-experimental* com um só grupo é a que melhor se enquadra nesse propósito (Vilelas, 2009; Blass, 2013).

Considerando as ciências humanas o alvo da intervenção, existem muitas questões que devem ser tidas em consideração e que obriga a não considerar a experimentação pura para o desenho metodológico. De acordo com Vilelas (2009, p. 128) “nenhum fim científico justifica realizar acções que possam colocar física ou moralmente em risco o ser humano”.

Neste sentido, o estudo *quasi-experimental* com um grupo único, afigura-se como mais adequado e difere de estudos verdadeiramente experimentais pela ausência do grupo de controlo e pelos participantes não serem distribuídos aleatoriamente na investigação (Vilelas, 2009; Ribeiro, 2007; Blass, 2013; Sousa, Driessnak & Mendes, 2007). Esta metodologia de investigação caracteriza-se por apresentar um baixo nível de controlo, pois é realizado em situações naturais (no caso particular: o serviço de ortopedia), nas quais não se pode realizar um controlo exaustivo das variáveis de contexto e pelos sujeitos da investigação serem pessoas com características próprias de personalidade, crenças e valores que não são possíveis controlar através de técnicas de igualação de grupos (Blass, 2013).

Um dos inconvenientes unanimemente aponte a este tipo de metodologia é o facto de não se poder afirmar com certeza que os efeitos produzidos na variável dependente se devem exclusivamente à variável independente, pelo que os resultados obtidos são sempre discutíveis e deve ser evitada a generalização (Blass, 2013; Sousa, Driessnack & Mendes, 2007).

3.1 Objectivos

Uma vez formulado o problema e posterior questão de partida devem-se definir claramente os objectivos da investigação, de forma a que estes não se distanciem da problemática que se pretende investigar (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Os objectivos de um estudo são definidos como enunciados declarativos que precisam a orientação da investigação, indicando a intenção que o investigador tem no percurso desta. O objectivo geral é um enunciado abrangente, que reflecte o objecto que se pretende estudar e os objectivos específicos revelam os diversos factos que iremos pesquisar para alcançar o geral (Vilelas, 2009).

Objectivo Geral:

- Avaliar a aprendizagem da pessoa submetida a APA durante o internamento do serviço de Ortopedia, após a implementação de um plano de educação para a saúde estruturado.

Objectivos Específicos:

- Avaliar os conhecimentos da pessoa na admissão ao nível do posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas após realizar a APA.
- Identificar as fontes de informação que as pessoas que vão ser submetidas a APA recorrem antes do internamento.
- Avaliar a aprendizagem adquirida da pessoa que realizou APA, aquando a alta hospitalar ao nível do posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas.
- Identificar a importância que a pessoa submetida a APA, atribui à existência de um programa de informação pré-admissão.
- Identificar a importância que a pessoa submetida a APA, atribui ao acompanhamento após a alta no domicílio pelo enfermeiro especialista em reabilitação.

Com base nos resultados obtidos pretendemos retirar algumas ilações sobre como se desenvolve a aprendizagem das pessoas submetidas a artroplastia da anca durante o internamento, pois consideramos que este conhecimento pode contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação do regresso a casa destas pessoas.

3.2 População e Amostra

A população compreende todas as pessoas que partilham características comuns que são definidas por um conjunto de critérios estabelecidos para o

estudo. É importante fazer a distinção entre a população-alvo e a população acessível, uma vez que nem toda a população que o investigador quer estudar está ao seu alcance. A população acessível é a porção da população-alvo que é de fácil acesso ao investigador (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

A população-alvo a que este estudo se reporta são as pessoas submetidas a artroplastia da anca, sendo a população acessível as pessoas submetidas a artroplastia da anca da sub-região do Porto por se encontrarem ao alcance do investigador.

Atendendo à impossibilidade de abordar todos os elementos da população, seleccionamos a amostra do estudo, ou seja, da população seleccionamos um sub-conjunto de sujeitos (pessoas submetidas a artroplastia da anca no serviço de internamento de ortopedia onde se desenrolou o estágio de opção) a participar no estudo.

A maneira adoptada para a selecção dos participantes foi através do método de amostragem não probabilístico acidental. Segundo (Fortin, Côté & Fillion, 2009), a amostragem acidental consiste em escolher indivíduos facilmente acessíveis que estão presentes num determinado local e num preciso momento, e que respondem a critérios de inclusão precisos.

Assim definimos os seguintes critérios de inclusão para uniformizar a amostra do estudo:

- Pessoas submetidos pela primeira vez a artroplastia da anca, que denominamos anteriormente como tendo realizado APA (anulando, desta forma, a possibilidade de existirem experiências prévias que influenciem os conhecimentos iniciais sobre os cuidados a ter com a prótese da anca e toda a aprendizagem ao longo do internamento);
- A artroplastia da anca está previamente programada (possibilitando à pessoa a aquisição prévia de informações acerca da APA, o que não ocorreria no caso da pessoa ser submetida a esta cirurgia com carácter de urgência);
- Pessoas conscientes e orientadas no tempo e no espaço e que não apresentam deficit cognitivo, segundo avaliação na admissão, pela

Mini Mental State Examination (Anexo I) (uma vez que o processo de aprendizagem pressupõe que a pessoa esteja capaz de compreender e integrar a informação que lhe é transmitida);

O tamanho da amostra não foi previamente previsto nem dependeu da nossa definição estratégica, uma vez que a colheita de dados estava circunscrita ao período de tempo em que se desenrolou o estágio (6 de Fevereiro de 2012 a 25 de Maio de 2012).

Incluímos todos os elementos que obedeceram aos critérios de inclusão acima referenciados durante as 15 semanas que se desenrolou o estágio, o que fez na totalidade 20 pessoas.

Consideramos que o tamanho da amostra foi significativo para o tipo de estudo que levamos a cabo, pois como refere Fortin, Côté & Fillion (2009), nos estudos descritivos de natureza quantitativa, cujo objectivo prende-se em desenvolver os conhecimentos num dado domínio, geralmente pequenas amostras são suficientes para obter a informação necessária sobre o fenómeno estudado. Para a componente *quasi-experimental* do estudo, consideramos que o tamanho da amostra também esteve adequado, pois de acordo com Vilelas (2009) o objecto de estudo é constituído por um grupo geralmente reduzido nas experiências em ciências sociais denominadas “antes e depois com um só grupo”.

3.3 Instrumentos de Colheita de Dados

Segundo Fortin, Côté & Fillion (2009) o investigador na ausência de instrumentos de medida apropriados ao estudo das variáveis, deverá construí-los. Neste sentido, para avaliar a aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia da anca durante o internamento de Ortopedia, elaboramos os instrumentos de avaliação, uma vez que não existe na literatura nenhum relativo a esta problemática.

Foram elaborados dois instrumentos de avaliação, um para na admissão avaliar os conhecimentos prévios que as pessoas detinham antes do internamento sobre uma vivência segura com prótese da anca, e outro para

avaliar a aprendizagem adquirida sobre os cuidados a ter com prótese da anca, no dia da alta hospitalar.

Para o dia da admissão, optámos por construir um inquérito por questionário de “administração indirecta” (Anexo II). O inquérito define-se como todo o processo que visa colher dados com o objectivo de determinar a distribuição e a prevalência de certos problemas psicossociais (Fortin, Côté & Filion, 2009). Segundo a definição de Quivy & Campenhoudt (2008, p. 188) um inquérito por questionário de “administração indirecta” significa que “o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido”.

Atendendo que as pessoas que normalmente são submetidas a artroplastia programada da anca têm uma idade avançada, se pretendêssemos um questionário de auto-resposta para a recolha de dados, víamos dificultado todo o processo, pelo que nos pareceu mais pertinente ser o próprio investigador a preencher este instrumento através das respostas fornecidas pelos participantes do estudo.

A estrutura deste instrumento de avaliação contempla a caracterização sociodemográfica da amostra, uma pergunta de escolha múltipla para perceber quais as fontes de informação que as pessoas que vão ser submetidas a artroplastia da anca recorreram antes do internamento e uma *check-list* para avaliação do conhecimento pré-admissão sobre uma vivência segura com prótese da anca.

Para a o dia da alta hospitalar foi elaborado outro instrumento de recolha de dados (Anexo III). Este contém na sua estrutura um guião de observação estruturada e duas questões baseadas numa escala de *Likert* com score de 1 a 5 para perceber o nível de importância que a pessoa atribui a um programa de informação pré-admissão e ao acompanhamento após a alta no domicílio pelo enfermeiro especialista em reabilitação (1- Nada Importante; 2- Pouco Importante; 3- Importante; 4- Muito Importante; 5- MUITÍSSIMO Importante).

Considerando que o domínio psicomotor da aprendizagem deve ser avaliado através da observação do comportamento (Silva, 2007), a técnica para a recolha de dados que nos pareceu mais pertinente para avaliar, no dia

da alta, em que domínios a pessoa submetida a APA apresenta aprendizagem demonstrada foi a observação estruturada.

A observação estruturada caracteriza-se pelo investigador ter um amplo conhecimento dos conceitos em estudo, estar bem familiarizado com o contexto em que se desenrola a investigação e por definir planos específicos de observação que podem assumir uma forma mais aberta ou uma espécie de grelha fechada (Vilelas, 2009). Optámos por definir no nosso estudo, a forma de uma grelha fechada, que se baseia na observação do comportamento e requer que se assinale sob a forma de *check-list*, se este está ou não demonstrado.

Esta técnica de recolha de dados, por apresentar um guião da observação, reduz a influência do observador sobre o que observa, e permite um tratamento simples dos dados, através de recursos estatísticos (Vilelas, 2009).

Antes da utilização destes instrumentos de colheita de dados no estudo, avaliamos a sua eficácia e pertinência, através da realização de um pré-teste a quatro pessoas que reflectiam a diversidade da população visada e foi pedida a opinião de cinco enfermeiros especialistas em reabilitação que trabalham num serviço de internamento de Ortopedia.

Segundo Fortin, Côté & Fillion (2009), a realização de um pré-teste, é fundamental, pois permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas inesperados e verificar a redacção e a ordem das questões.

Consideramos que a opinião de especialistas em reabilitação que trabalham na área de ortopedia podia ser uma mais-valia, pois a experiência é indubitavelmente um aspecto facilitador para a elaboração de novos instrumentos de avaliação. Assim, através do pré-teste e da recolha de opinião dos enfermeiros especialistas, foram reformulados os instrumentos de avaliação previamente elaborados e novamente sujeitos a pré-teste com quatro participantes do estudo. Esta operação revelou que não havia necessidade de fazer mais alterações nos instrumentos de recolha de dados elaborados, e por tal os dados recolhidos a estas quatro pessoas foram incluídos no estudo. Como salienta Vilelas (2009, p. 298), “estes pré-instrumentos de colheita de dados, se não possuem qualquer dificuldade de compreensão ou qualquer

erro na sua construção, poderão ser incluídos na totalidade da amostra do estudo”.

De realçar ainda que durante a aplicação deste instrumento de avaliação conseguimos sempre uma atmosfera de confiança e tivemos sempre o cuidado de formular clara e inequivocamente as perguntas de acordo com o grau de literacia de cada pessoa.

3.4 Aspectos Éticos do Estudo

Uma vez que o alvo da investigação em enfermagem são as pessoas e as suas respostas às várias transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, o desenvolvimento da investigação deve suscitar o interesse pelas questões éticas inerentes à própria condição de ser humano (Martins, 2008).

No decorrer deste estudo, esteve sempre presente o respeito pelos princípios éticos: direito à autodeterminação dos participantes, respeito pelo seu anonimato, direito a um tratamento justo e equitativo, confidencialidade da informação recolhida (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

No direito à autodeterminação está implícito que todos os seres humanos devem ser tratados como seres autónomos, capazes de controlar as suas próprias actividades. Os participantes têm o direito de decidir voluntariamente se participam no estudo, em fazer perguntas, recusar-se a dar informações, ou a interromper a sua participação, pelo que é fundamental que o investigador descreva completamente os direitos dos participantes e a natureza do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004). Neste sentido, foi elaborado um formulário de consentimento para documentar a participação voluntária e consciente dos participantes do estudo (Anexo IV).

De realçar que todos os elementos da amostra deste estudo não puseram qualquer objecção em participar nesta investigação.

Ao longo da investigação assumimos o compromisso de manter no mais absoluto sigilo qualquer informação ou dado fornecido pelos participantes. A colheita de dados foi caracterizada pela procura da verdade, rigor e isenção, pois de acordo com Bogdan & Biklen (1994, p.77), “a característica mais

importante do investigador deve ser a devoção e a fidelidade aos dados que obtém.”

4. Apresentação dos Resultados

Com os dados obtidos neste estudo fizemos a sua análise estatística. De acordo com Fortin, Côté & Fillion (2009) este tipo de análise, permite resumir a informação numérica de uma forma estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra.

A análise estatística foi realizada através do programa informático SPSS® e desta forma usando a capacidade dos meios informáticos, foi possível analisar rapidamente um grande número de variáveis.

Iremos apresentar os resultados deste estudo sob a forma de tabelas e gráficos, pois a como refere Quivy & Campenhoudt (2008), a expressão gráfica dos dados obtidos torna-se possível na análise estatística e contribuiu para qualidade na interpretação dos mesmos, pois torna a sua exposição dos dados mais apelativa ao leitor.

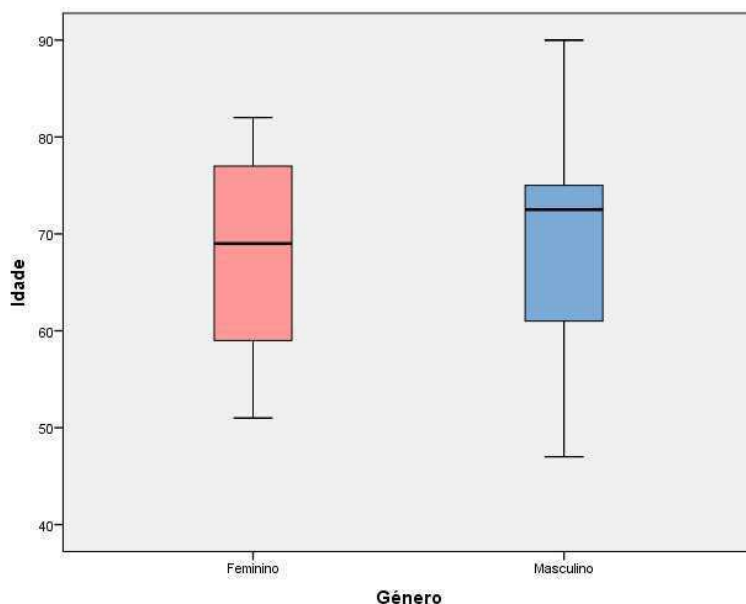
4.1 Caracterização sociodemográfica da Amostra

Das vinte pessoas que constituem a amostra, a média de idade encontra-se nos 68,55 anos, com um desvio padrão em torno da média de 11,114 anos. Pelo menos metade, das pessoas apresentavam idade de 70,5 anos. Um quarto das pessoas, que participaram neste estudo, tem 76,5 anos ou mais. A pessoa com idade máxima apresenta 90 anos e a que tem idade mais baixa apresenta 47 anos, o que significa que a nossa amostra apresenta uma variação de idade de 43 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização Sociodemográfica da amostra: idade

Idade		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		68,55
Median		70,50
Mode		68
Std. Deviation		11,11
Range		43
Minimum		47
Maximum		90
Percentiles	25	59,50
	50	70,50
	75	76,50

Pela análise do gráfico abaixo exposto (Gráfico 1) onde relacionamos o género com a idade, percebemos que há uma maior variação de idade nos indivíduos do género masculino do que do feminino.

**Gráfico 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra: relação género e idade**

A nossa amostra é constituída por 50 % de elementos do género feminino (10 participantes) e 50% de elementos do género masculino (10 participantes), como ilustra o Gráfico 2.

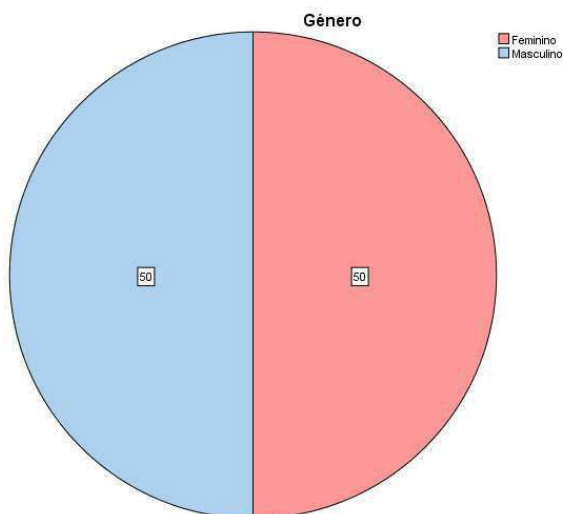


Gráfico 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra: género

No que concerne ao nível de instrução, a amostra deste estudo contempla 5% de analfabetos, 10% das pessoas não completaram o ensino primário, 60% das pessoas têm o ensino primário completo, 20% completou o ensino secundário e 5% apresenta um curso superior (Gráfico 3).

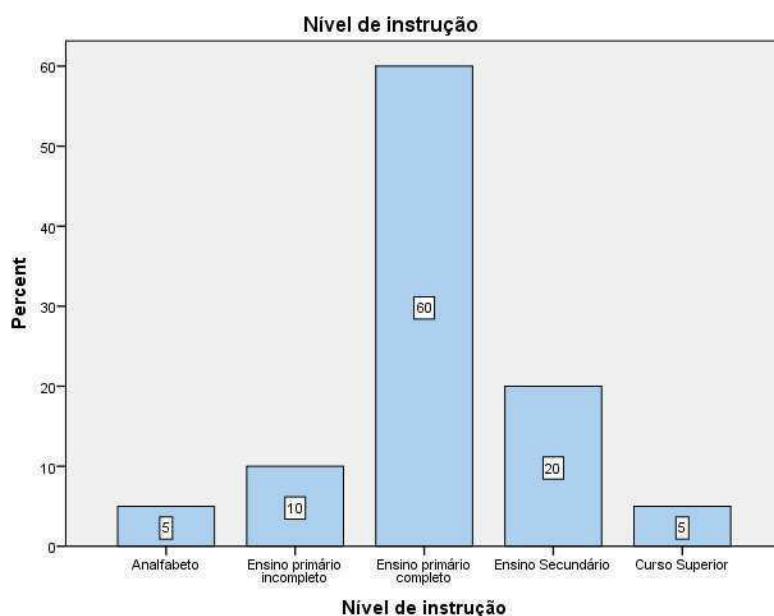


Gráfico 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra: nível de instrução

Relativamente ao estado civil, 65% das pessoas que constituem a nossa amostra são casadas, 20% das pessoas são viúvas, 10% são solteiras e apenas 5% são divorciadas (Gráfico 4).

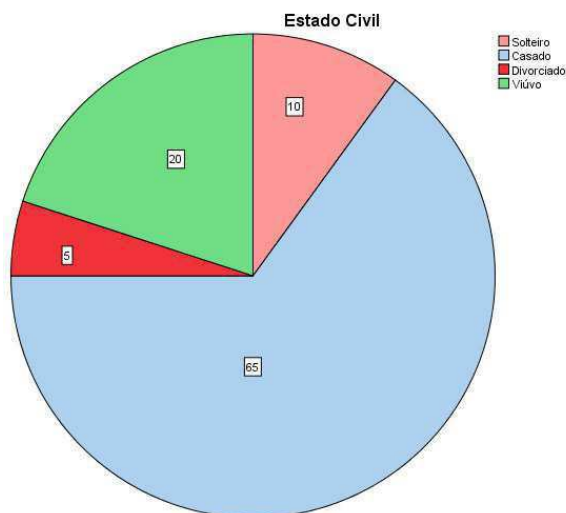


Gráfico 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra: estado civil

Pela análise da tabela abaixo apresentada (Tabela 6), percebemos que maioritariamente as pessoas vivem com os seus cônjuges (65%). Note-se que 10% das pessoas têm como convivente significativo o filho(a), outros 10% revelaram que seriam os amigos os conviventes significativos. Das 20 pessoas que constituem a amostra, 3 pessoas que corresponde a 15%, não tem convivente significativo e revelaram viver sozinhas.

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica da amostra: convivente significativo

		Convivente Significativo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cônjuge	13	65,0	65,0	65,0
	Filho(a)	2	10,0	10,0	75,0
	Amigo	2	10,0	10,0	85,0
	Inexistente	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

No que concerne ao tempo de internamento, verificou-se que a média de permanência no hospital é de 8,05 dias com um desvio padrão em torno da média de 4,548 dias. Pelo menos metade das pessoas permaneceram 6 dias

internadas. Foi também 6 dias o período de tempo de internamento mais frequentemente observado. A pessoa que permaneceu mais tempo internada correspondeu a um tempo de internamento de 21 dias e a que permaneceu menos tempo foi de apenas 4 dias, o que corresponde a uma variação no tempo de internamento de 17 dias (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica da amostra: Tempo de Internamento

Tempo de Internamento		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		8,05
Median		6,00
Mode		6
Std. Deviation		4,548
Range		17
Minimum		4
Maximum		21

4.2 Dados resultantes da aplicação do instrumento de avaliação da aprendizagem da pessoa submetida a APA

Quando as pessoas deste estudo foram inquiridas aquando da admissão no serviço de Ortopedia para perceber se já tinham procurado informação sobre os cuidados a ter após a realização da artroplastia da anca, 45% revelou não ter procurado qualquer informação sobre o assunto e 55% afirmou que já tinha procurado informação sobre esta temática antes do internamento (Gráfico 5).

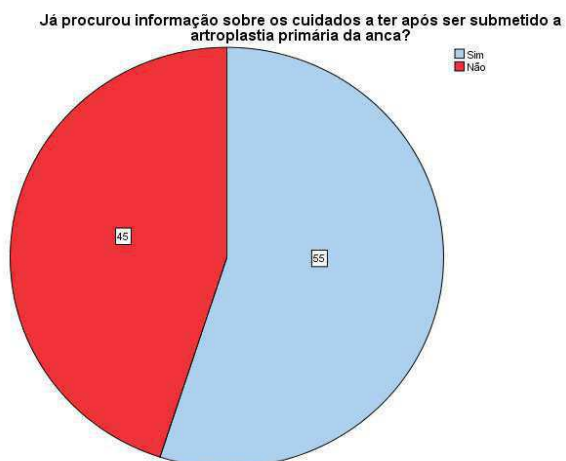


Gráfico 5 – Procura de informação prévia a APA

Das 55% das pessoas que responderam ter procurado informação previamente à cirurgia, 26,3% respondeu que recorreu ao médico, 21,1% recorreu a um vizinho, 10,5% recorreu ao enfermeiro, 10,5% recorreu a um familiar, 26,3% recorreram a amigos e 5,3% recorreu a outras fontes (que denominaram ser a internet), como ilustra a Tabela 8.

Tabela 8 – Fontes de Informação prévia à APA

Fontes de Informação				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
A quem recorreu ^a	Médico	5	26,3%	45,5%
	Vizinho	4	21,1%	36,4%
	Enfermeiro	2	10,5%	18,2%
	Familiar	2	10,5%	18,2%
	Amigos	5	26,3%	45,5%
	Outras fontes	1	5,3%	9,1%
Total		19	100,0%	172,7%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

No domínio do **posicionamento** foi avaliada a aprendizagem sobre a forma como a pessoa deve se movimentar na cama após APA e sobre a utilização do triângulo abdutor.

Na admissão 90% das pessoas inquiridas não demonstravam conhecimento sobre como deveriam movimentar-se na cama após a colocação de prótese da anca, e aquando a alta todas as pessoas sabiam como movimentar-se na cama correctamente (Ilustração 1).

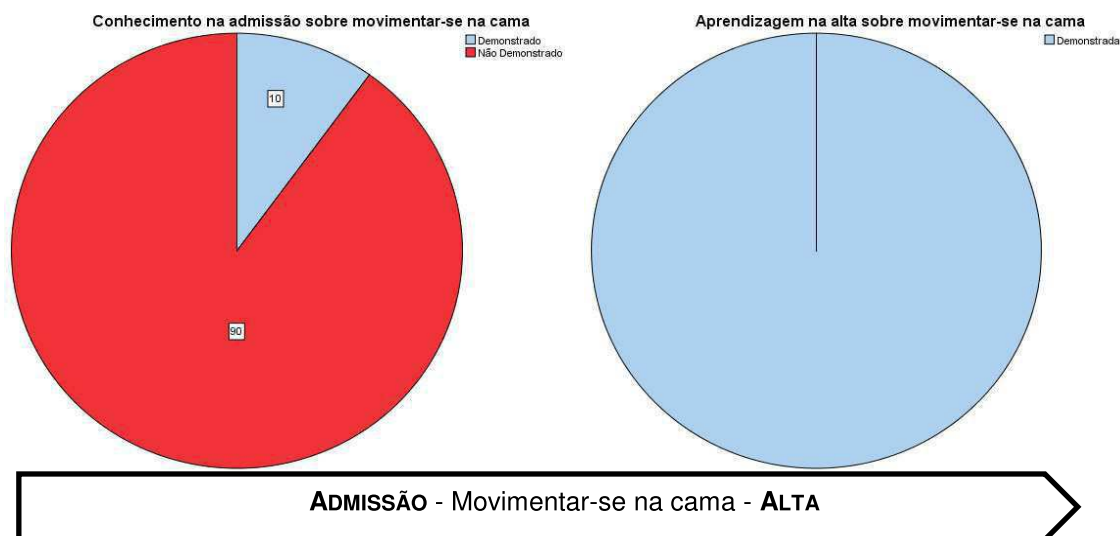


Ilustração 1 - Evolução da Aprendizagem sobre movimentar-se na cama, durante o internamento

Na admissão 85% das pessoas não tinham conhecimento sobre como utilizar o triângulo abdutor ou almofada após realizar a artroplastia da anca, sendo que aquando a alta todas as pessoas demonstraram correctamente como utilizar o triângulo abdutor ou almofada (Ilustração 2).

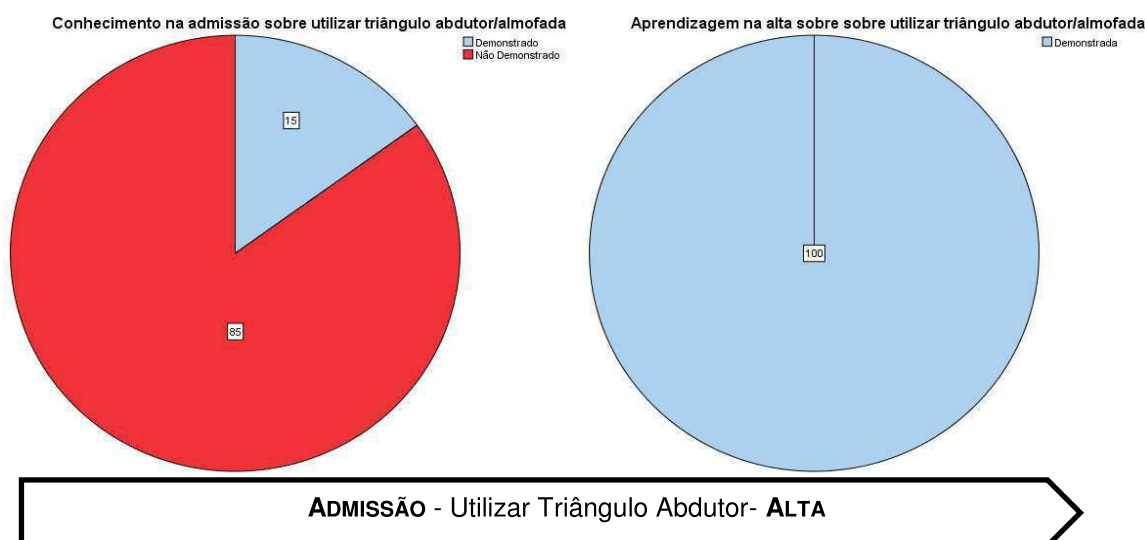


Ilustração 2 - Evolução da Aprendizagem sobre utilização do triângulo abdutor, durante o internamento

No domínio do **levante** avaliou-se a aprendizagem da pessoa submetida a APA nas três fases deste. Aquando da admissão nenhuma das pessoas pertencentes à amostra sabia como realizar a primeira fase do levante (flectir a perna não operada e fazer carga nos cotovelos para aproximar-se do lado da

cama que pretende sair). No dia da alta hospitalar 75% das pessoas demonstraram que sabiam fazer correctamente a primeira fase do levante, contudo 25% das pessoas regressou a casa com a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 3).

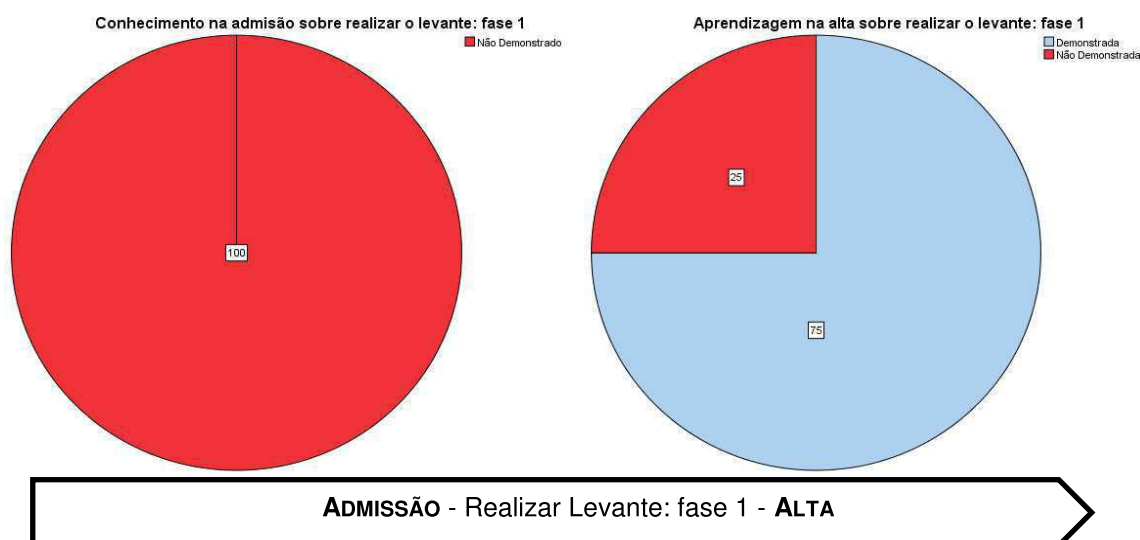


Ilustração 3 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 1) durante o internamento

Na admissão todas as pessoas que constituíam a amostra desconheciam como realizar a fase 2 do levante (sentar na cama rodando os membros inferiores para fora da cama, mantendo sempre a abdução dos membros inferiores). Aquando a alta 95% das pessoas demonstraram correctamente como realizar a fase 2 do levante, contudo 5% das pessoas regressou a casa com aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 4).

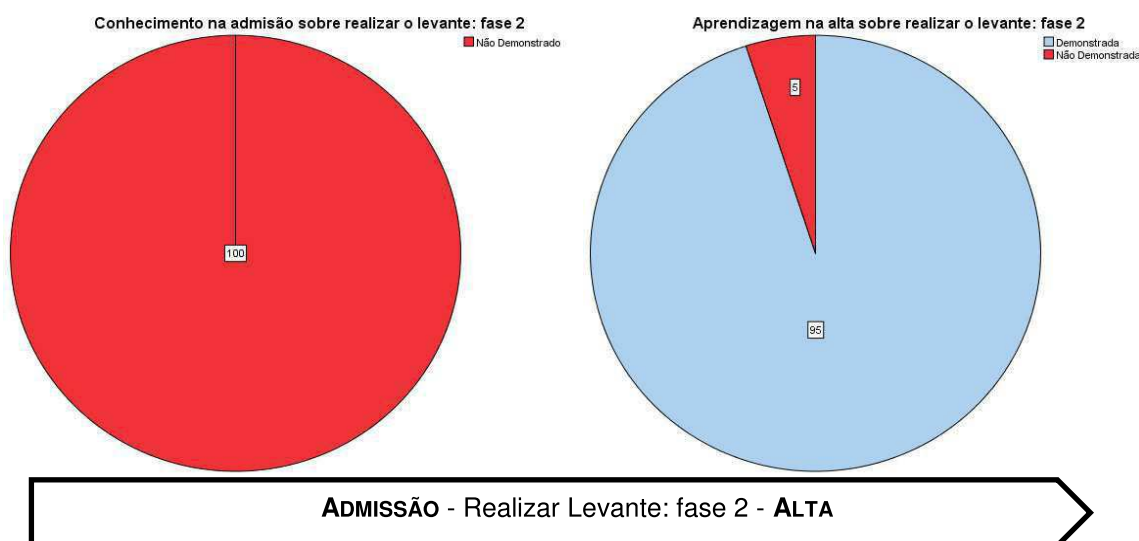


Ilustração 4 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 2) durante o internamento

Na admissão todas as pessoas pertencentes à amostra desconheciam como realizar a fase 3 do levante (iniciar verticalização utilizando a força dos membros superiores e apoiando-se sobre o membro inferior não operado). Aquando a alta 95% das pessoas demonstraram correctamente como realizar a fase 3 do levante, contudo 5% das pessoas regressou a casa com aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 5).

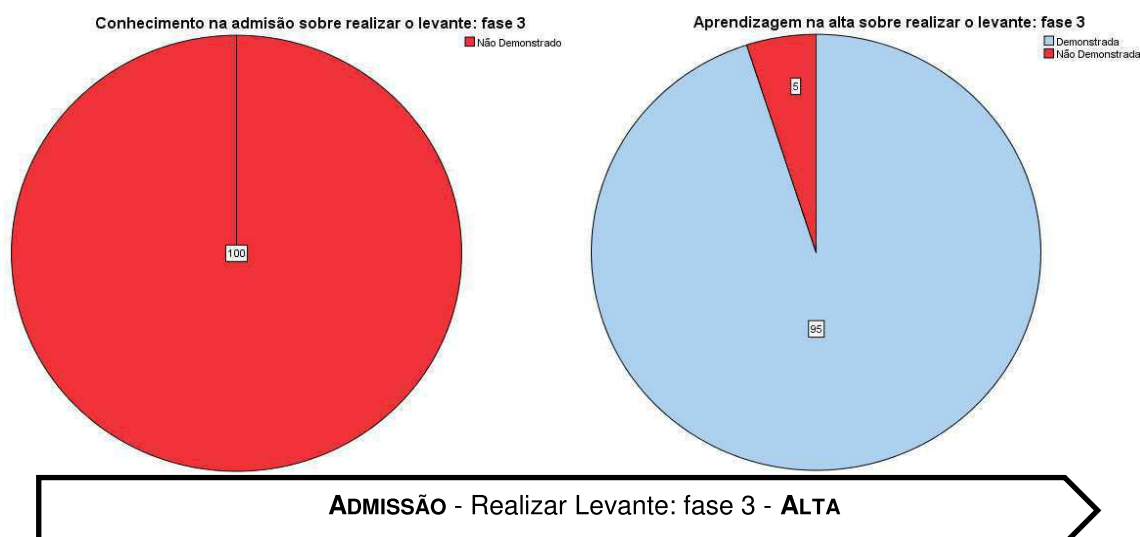


Ilustração 5 - Evolução da Aprendizagem sobre realizar levante (fase 3), durante o internamento

No domínio do **sentar** foi avaliada a aprendizagem da pessoa durante o internamento sobre as superfícies de apoio que não deve sentar, a existência de produtos de apoio facilitadores, a cadeira mais adequada para realizar esta actividade, a técnica de manter a extensão do membro operado, e por fim a técnica modificada para sentar numa cadeira sem apoio de braços.

Aquando da admissão no serviço de Ortopedia, 70% das pessoas inquiridas desconheciam que, após a colocação de prótese da anca não podiam sentar-se em superfícies de apoio baixas, e apenas 30% das pessoas tinham conhecimento desta proibição. No dia da alta verificou-se que 95% das pessoas demonstraram saber que não podiam sentar em superfícies de apoio baixas, mas 5% regressou a casa sem a aprendizagem demonstrada deste parâmetro (Ilustração 6).

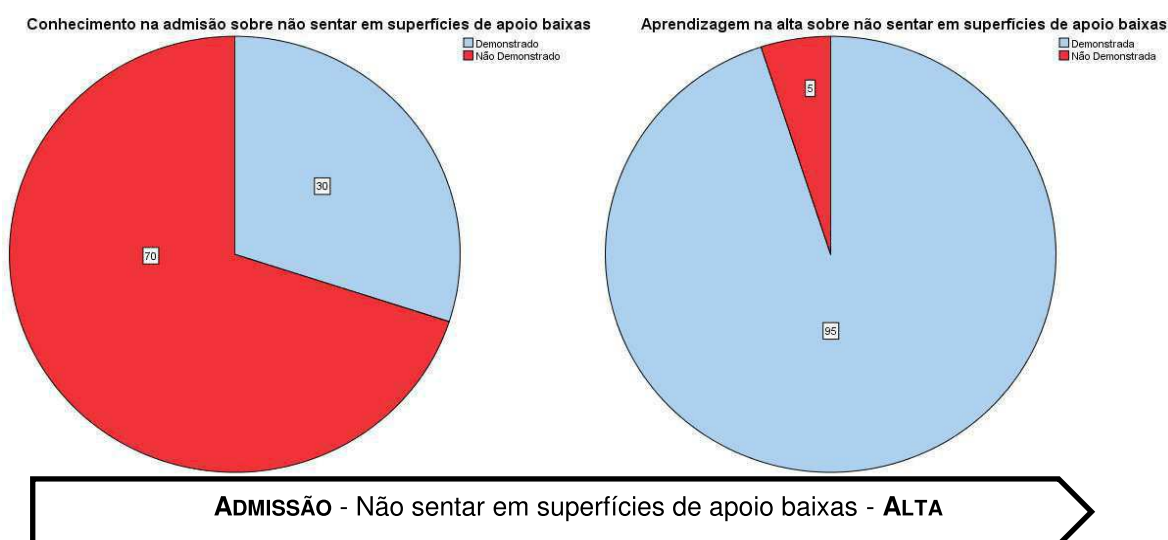


Ilustração 6 - Evolução da Aprendizagem sobre não sentar em superfícies de apoio baixas, durante o internamento

Na admissão 60% das pessoas desconheciam os produtos de apoio necessários para sentar correctamente após a colocação de uma prótese de anca e possibilite realizar as AVD o mais autonomamente possível (como por exemplo o elevador de sanita, banco de chuveiro e cadeira adaptável à banheira). Aquando da alta hospitalar 95% das pessoas pertencentes à amostra demonstraram saber da existência de produtos de apoio para sentar, contudo 5% das pessoas regressaram a casa sem a aprendizagem demonstrada deste parâmetro (Ilustração 7).

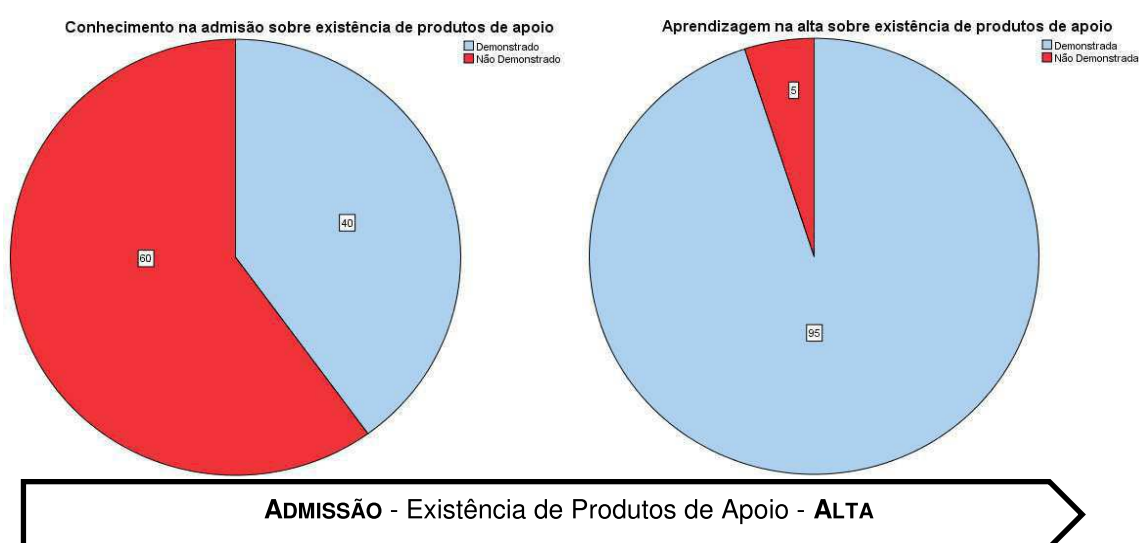


Ilustração 7 - Evolução da Aprendizagem sobre existência de produtos de apoio para sentar, durante o internamento

Na admissão do serviço de ortopedia 90% das pessoas pertencentes da amostra desconhecia qual a cadeira ideal para se sentar após a colocação da prótese da anca (cadeira alta e com apoio de braços). No dia da alta hospitalar todas as pessoas pertencentes à amostra demonstraram saber qual a melhor cadeira para se sentar (Ilustração 8).

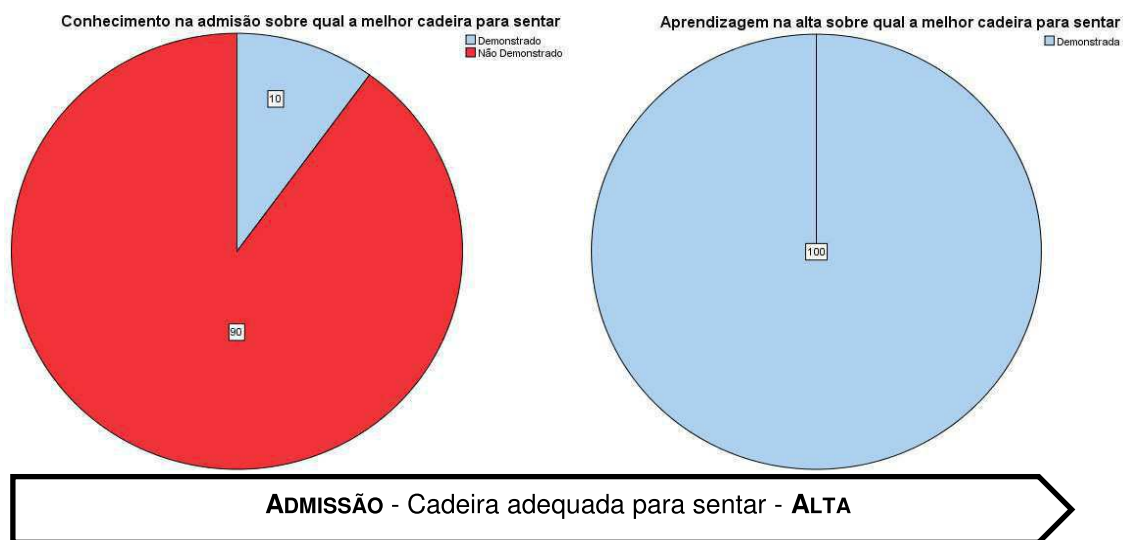


Ilustração 8 - Evolução da Aprendizagem sobre qual a melhor cadeira para sentar, durante o internamento

Aquando da admissão todas as pessoas pertencentes à amostra desconheciam que no momento de sentar deviam manter o membro inferior operado em extensão. No momento da alta hospitalar 90% das pessoas realizava a extensão do membro operado no momento de sentar e 10% das pessoas não demonstraram aprendizagem deste parâmetro (Ilustração 9).

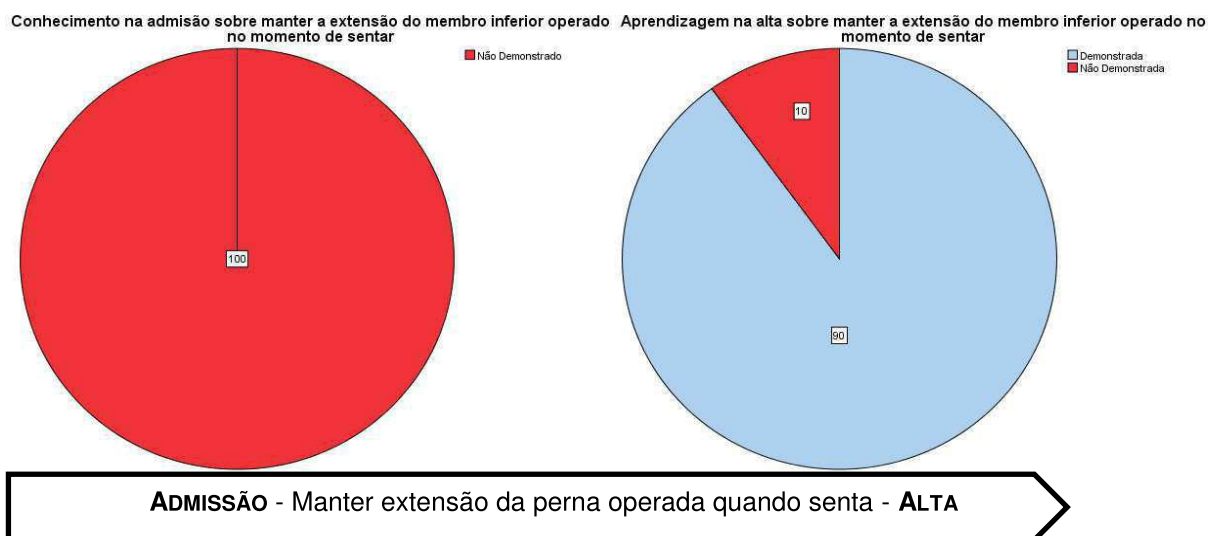


Ilustração 9 - Evolução da Aprendizagem sobre manter a extensão do membro inferior operado, durante o internamento

Na admissão no serviço de Ortopedia todas as pessoas pertencentes à amostra deste estudo desconheciam a técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços. Aquando da alta hospitalar 35% das pessoas realizam correctamente a técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços (sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, após estar sentado rodar o corpo na cadeira até ficar na posição correcta). Note-se porém que 65% das pessoas regressaram a casa com a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 10).



Ilustração 10 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços, durante o internamento

No domínio da **deambulação** avaliou-se a aprendizagem da pessoa sobre: a adaptação do auxiliar de marcha à sua altura, as condições físicas adequadas do auxiliar de marcha para evitar quedas, o calçado adequado para deambular e a técnica de marcha (sequência de marcha a 3 pontos).

Aquando da admissão no serviço de Ortopedia 85% das pessoas pertencentes à amostra desconheciam como adaptar o auxiliar de marcha à sua altura. No dia da alta hospitalar 90% das pessoas demonstraram correctamente como adaptar o auxiliar de marcha à sua altura e apenas 10% da amostra apresentava a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 11).



Ilustração 11 - Evolução da Aprendizagem adaptação do auxiliar de marcha à altura da pessoa, durante o internamento

Na admissão no serviço de Ortopedia 80% das pessoas pertencentes à amostra do estudo desconhecia as condições físicas ideais do auxiliar de marcha para evitar quedas. Aquando da alta hospitalar 90% das pessoas apresentam a aprendizagem demonstrada sobre as condições físicas do auxiliar de marcha, mas 10% das pessoas regressaram a casa com a aprendizagem não demonstrada neste parâmetro (Ilustração 12).

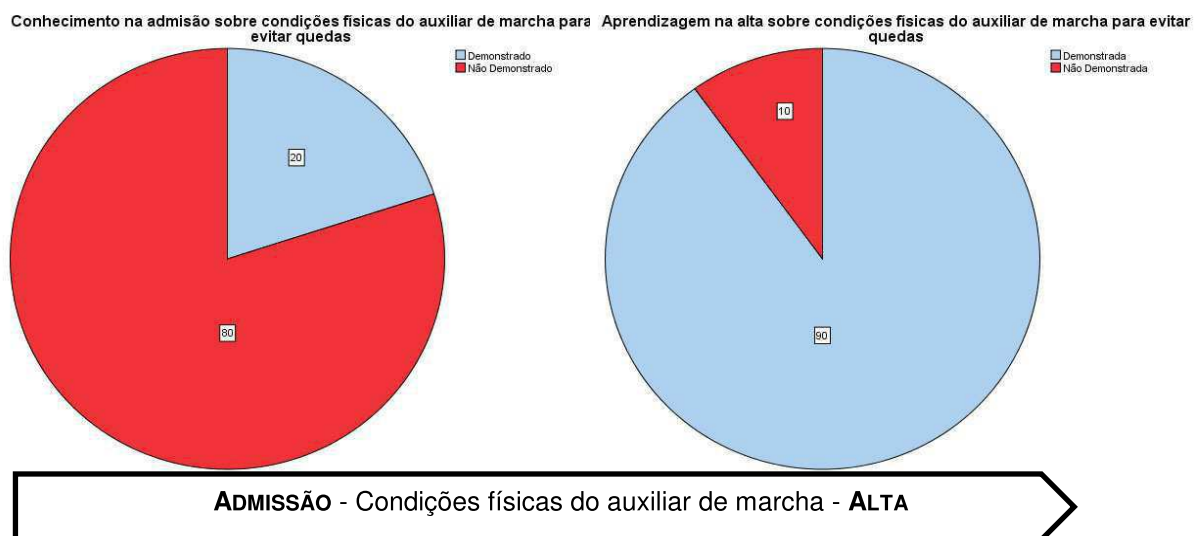


Ilustração 12 - Evolução da Aprendizagem sobre condições físicas adequadas do auxiliar de marcha, durante o internamento

No momento da admissão verificou-se que 90% das pessoas desconheciam que deviam utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes aquando da deambulação. No dia da alta hospitalar verificou-se que 60% das pessoas apresentavam a aprendizagem demonstrada sobre o calçado ideal para prevenir quedas, mas uma percentagem considerável (40%) das pessoas regressou a casa com a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 13).

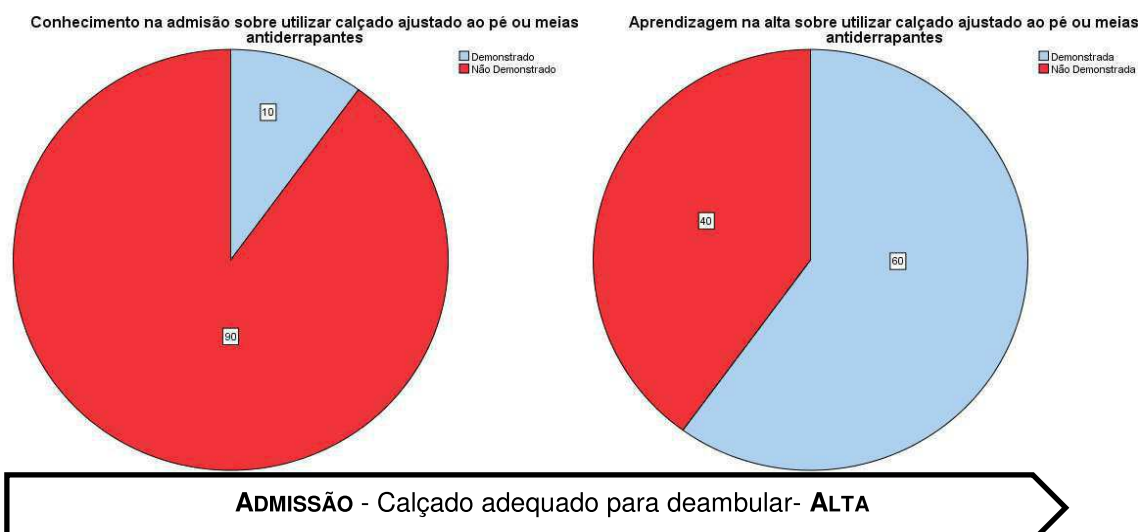


Ilustração 13 - Evolução da Aprendizagem sobre calçado adequado para deambular, durante o internamento

No que concerne à técnica de deambulação a adoptar após colocação de prótese da anca (sequência de marcha a três pontos) no momento da admissão todas as pessoas não demonstraram conhecimento sobre este parâmetro. Aquando da alta hospitalar 90% das pessoas realizava correctamente a sequência de marcha a três pontos, contudo 10% das pessoas regressou a casa com a aprendizagem sobre a técnica de marcha não demonstrada (Ilustração 14).



Ilustração 14 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de marcha a 3 pontos, durante o internamento

No domínio de **subir/descer escadas** foi avaliada a aprendizagem da pessoa em realizar a técnica de subir escadas e a técnica de descer escadas. No momento da admissão no serviço de Ortopedia 100% das pessoas não sabia a técnica para subir escadas após a realização da artroplastia da anca. No momento da alta hospitalar, os resultados revelam que 65% das pessoas pertencentes à amostra apresentam a aprendizagem demonstrada sobre a sequência para subir escadas e 35% das pessoas regressaram a casa com a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 15).



Ilustração 15 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de subir escadas, durante o internamento

Aquando da admissão no serviço de Ortopedia todas as pessoas pertencentes à amostra do estudo desconheciam a técnica para descer escadas após a colocação de prótese da anca. No momento da alta verificou-se que 75% das pessoas realizava correctamente a sequência para descer escadas, contudo 25 % das pessoas regressou a casa com a aprendizagem não demonstrada desta técnica (Ilustração 16).



Ilustração 16 - Evolução da Aprendizagem sobre técnica de descer escadas, durante o internamento

No domínio das **actividades proibidas** avaliou-se se a pessoa sabia que não podia: flectir a anca num ângulo superior a 90º, flectir o tronco na posição de sentado, cruzar as pernas, fazer rotação interna da perna operada, aduzir a perna operada para além da linha média e também avaliou-se se a pessoa sabia que após realizar APA não podia carregar pesos ou realizar outra qualquer actividade que sobrecarregue a anca.

Todas as pessoas pertencentes à amostra do estudo, à data da admissão no serviço de Ortopedia, não sabiam que após a colocação de prótese da anca não podiam fazer flexão da anca acima de 90º. No dia da alta hospitalar 80% das pessoas demonstrou saber que não pode fazer a flexão da anca superior a 90º, mas 20% das pessoas regressaram a casa com a aprendizagem não demonstrada deste parâmetro (Ilustração 17).

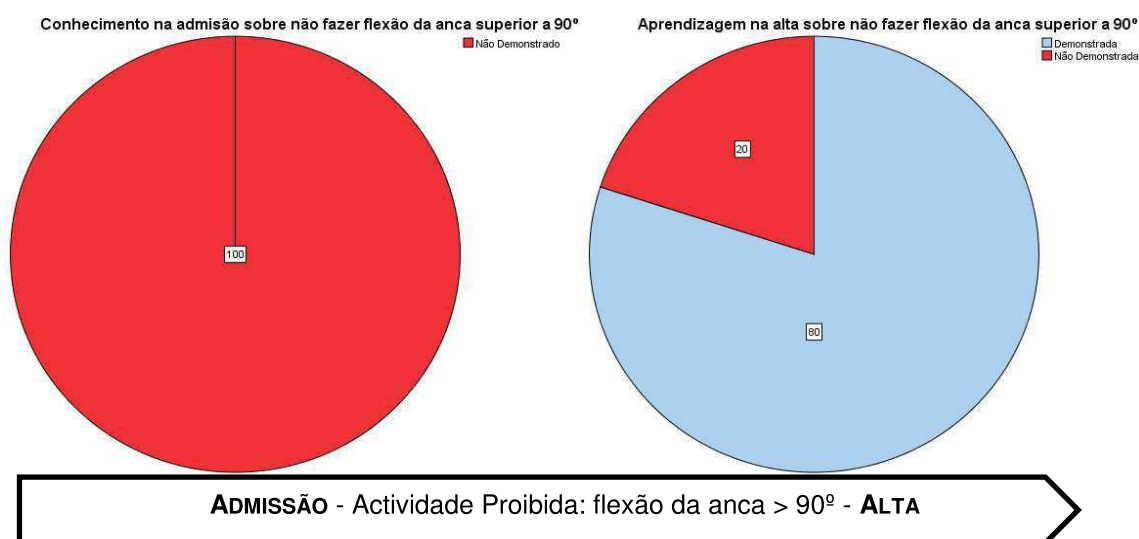


Ilustração 17 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: flexão da anca superior a 90º, durante o internamento

Aquando da admissão, das 20 pessoas inquiridas nenhuma tinha conhecimento que após realizar a artroplastia da anca não podia fazer flexão do tronco na posição de sentado. No momento da alta hospitalar apenas 50 % das pessoas apresentava a aprendizagem demonstrada deste parâmetro (Ilustração 18).

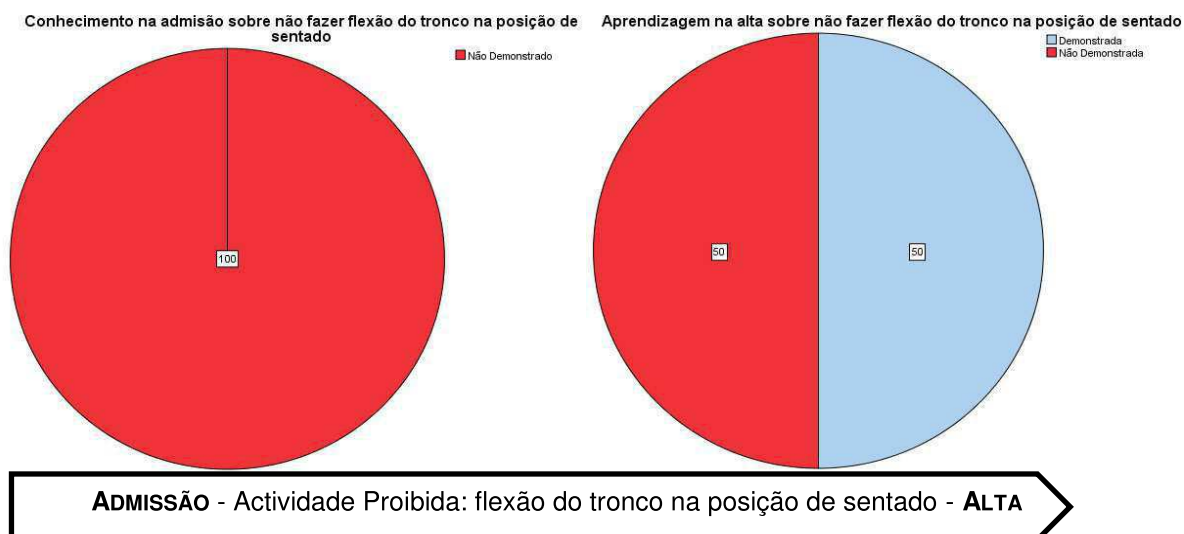


Ilustração 18 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: flexão do tronco na posição de sentado, durante o internamento

No momento da admissão, apenas 5% das pessoas pertencentes à amostra sabiam que após colocar uma prótese da anca não podiam cruzar as pernas. Aquando da alta já 90% das pessoas apresentavam a aprendizagem demonstrada deste parâmetro, contudo 10% das pessoas regressou a casa sem demonstrar aprendizagem acerca desta proibição pós-operatória (Ilustração 19).

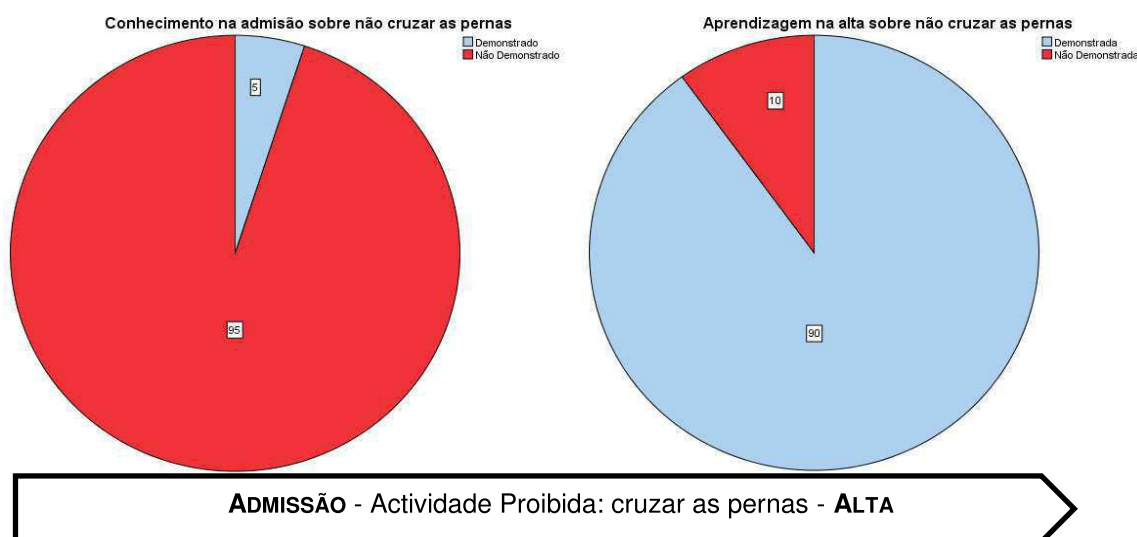


Ilustração 19 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: cruzar as pernas, durante o internamento

No que concerne à proibição pós-operatória de não realizar rotação interna do membro inferior operado, na admissão ninguém tinha conhecimento deste facto e aquando a alta hospitalar apenas 65% das pessoas apresentou a aprendizagem demonstrada deste parâmetro, sendo que uma percentagem considerável (35%) das pessoas regressou a casa não demonstrando saber acerca desta proibição (Ilustração 20).

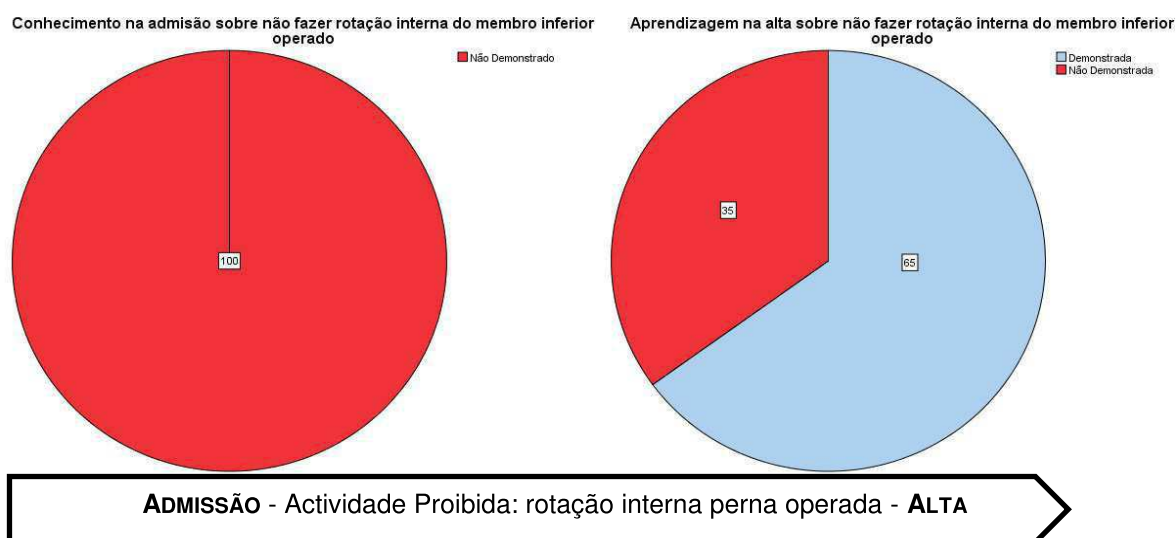


Ilustração 20 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: rotação interna do membro inferior operado, durante o internamento

Aquando da admissão no serviço de Ortopedia, todas as pessoas pertencentes à amostra do estudo desconhecia que após colocação de prótese da anca não era permitido aduzir o membro inferior operado para além da linha média. No momento da alta, verificou-se o cenário oposto, sendo que os resultados indicam que todas as pessoas apresentavam a aprendizagem demonstrada desta proibição (Ilustração 21).

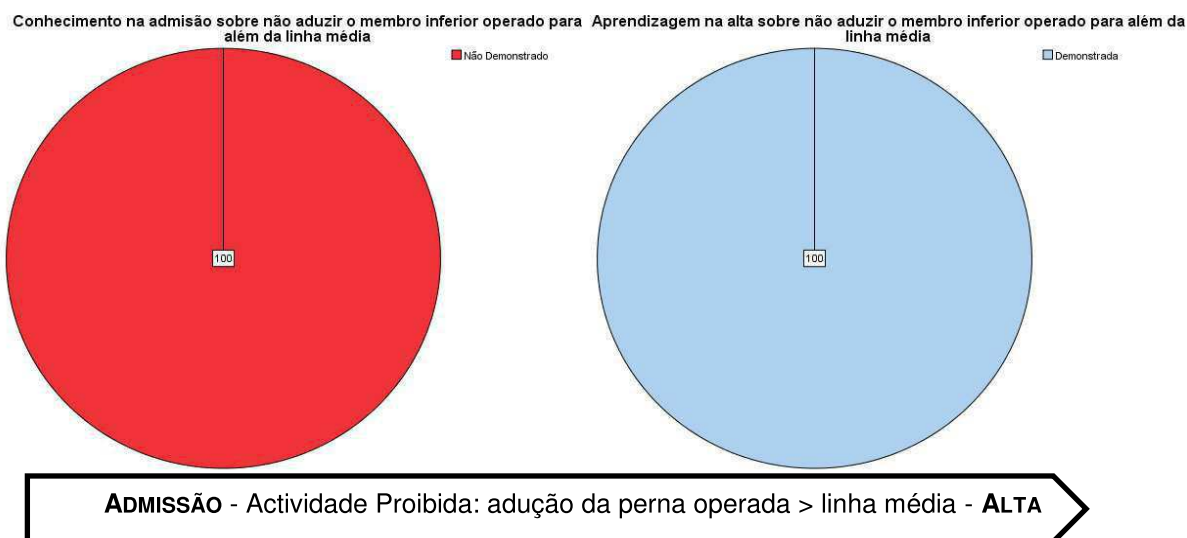


Ilustração 21 - Evolução da Aprendizagem sobre actividade proibida: adução do membro inferior operado para além da linha média, durante o internamento

Quando as pessoas pertencentes à amostra do estudo foram questionadas acerca do nível de importância que atribuem aos ensinamentos prévios ao internamento, verificou-se através de uma escala de Likert de 1 a 5 (1=Nada Importante; 5= Muitíssimo Importante) que os resultados situavam-se entre o nível 4 (Muito Importante) e o nível 5 (Muitíssimo Importante), sendo que este último detém uma percentagem expressiva (90%) das opiniões (Gráfico 6).

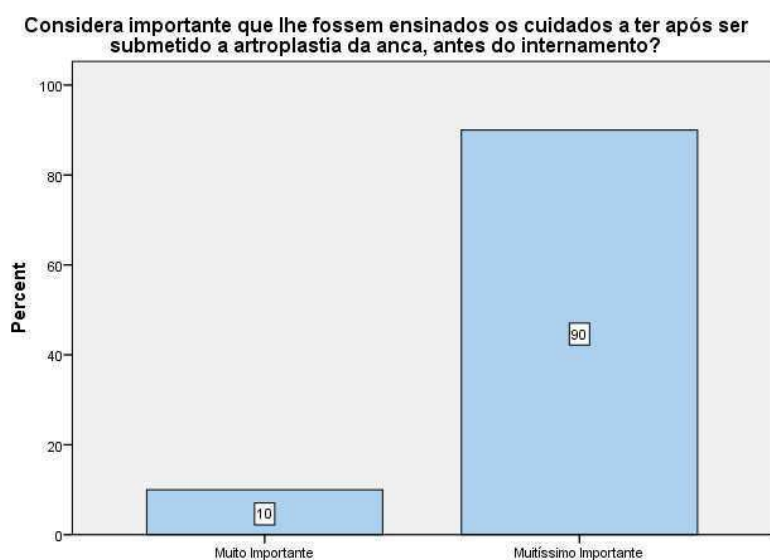


Gráfico 6 – Importância que a pessoa submetida a APA atribui à existência de um programa de informação pré-operatória

Quando as pessoas foram questionadas acerca do nível de importância que atribuem ao acompanhamento após a alta, verificou-se que 20% consideram “Importante”, 30% consideram “Muito Importante” e 50% consideram “Muitíssimo Importante” o acompanhamento após a alta hospitalar pelo enfermeiro especialista em reabilitação (Gráfico 7).

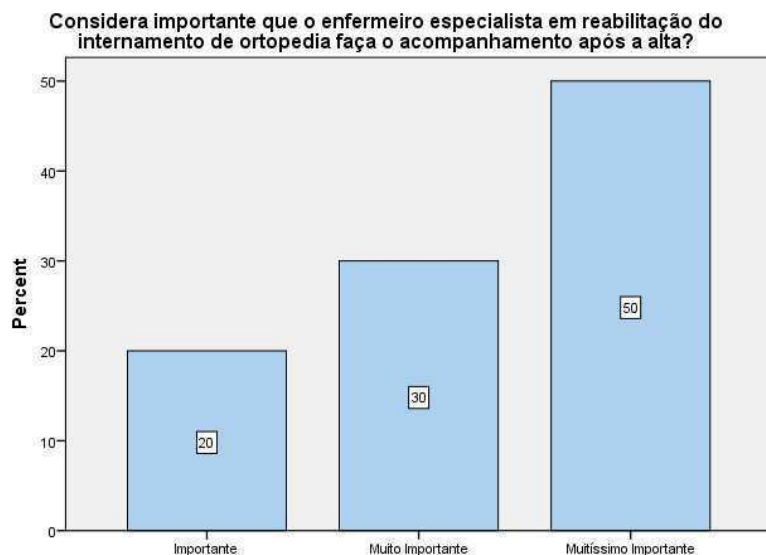


Gráfico 7 – Importância que a pessoa submetida a APA atribui ao acompanhamento após a alta no domicílio pelo enfermeiro especialista em reabilitação.

Através da análise da tabela abaixo apresentada conseguimos facilmente perceber que aquando da admissão as pessoas que vão realizar artroplastia da anca desconhecem quase na totalidade os cuidados que deverão ter após a cirurgia. De entre os conhecimentos avaliados, realçamos que 85% das pessoas desconheciam a pertinência da utilização de triângulo abdutor no pós-operatório, 70% não sabem da proibição de sentar em superfícies de apoio baixas, 60% não conhecem os produtos de apoio existentes e 55% das pessoas revelaram desconhecer que não podem carregar pesos ou realizar actividades que sobrecarreguem a anca (Tabela 9).

Tabela 9 – Conhecimentos não demonstrados na admissão

		Responses	Percent of Cases
		N	
Conhecimento Não Demonstrado Admissão^a	Conhecimento na admissão sobre movimentar-se na cama	18	90,0%
	Conhecimento na admissão sobre utilizar triângulo abdutor/almofada	17	85,0%
	Conhecimento na admissão sobre realizar o levante: fase 1	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre realizar o levante: fase 2	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre realizar o levante: fase 3	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre não sentar em superfícies de apoio baixas	14	70,0%
	Conhecimento na admissão sobre existência de produtos de apoio	12	60,0%
	Conhecimento na admissão sobre qual a melhor cadeira para sentar	18	90,0%
	Conhecimento na admissão sobre manter a extensão do membro inferior operado no momento de sentar	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre adaptação do auxiliar de marcha à altura da pessoa	17	85,0%
	Conhecimento na admissão sobre condições físicas do auxiliar de marcha para evitar quedas	16	80,0%
	Conhecimento na admissão sobre utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes	18	90,0%
Conhecimento na admissão	20	100,0%	

	sobre sequência de marcha a três pontos		
	Conhecimento na admissão sobre sequência para subir escadas	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre sequência para descer escadas	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre não fazer flexão da anca superior a 90º	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre não fazer flexão do tronco na posição de sentado	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre não cruzar as pernas	19	95,0%
	Conhecimento na admissão sobre não fazer rotação interna do membro inferior operado	20	100,0%
	Conhecimento na admissão sobre não aduzir o membro inferior operado para além da linha média	20	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

Aquando da alta hospitalar, verificou-se que muitos parâmetros encontram-se não demonstrados. De entre esses parâmetros abaixo apresentados na Tabela 10, realço os parâmetros:

- Sentar numa cadeira sem apoio de braços - 65% das pessoas apresentavam aprendizagem não demonstrada;
- Não fazer flexão do tronco na posição de sentado - 50% não demonstrou ter aprendido esta proibição;
- Utilização de calçado adequado – 40% das pessoas tiveram alta sem utilizar o calçado adequado para deambular;
- Rotação interna do membro inferior operado – 35% não demonstrou ter aprendido esta proibição;
- Subir/descer escadas – das 20 pessoas pertencentes à nossa amostra 7 pessoas tiveram alta sem demonstrar correctamente a técnica de subir escadas e 5 pessoas não demonstraram aprendizagem na técnica de descer escadas.

Tabela 10 – Aprendizagem não demonstrada na alta

		Responses	Percent of Cases
		N	
Aprendizagem Não Demonstrada Alta^a	Aprendizagem na alta sobre realizar o levante: fase 1	5	25%
	Aprendizagem na alta sobre realizar o levante: fase 2	1	5%
	Aprendizagem na alta sobre realizar o levante: fase 3	1	5%
	Aprendizagem na alta sobre não sentar em superfícies de apoio baixas	1	5%
	Aprendizagem na alta sobre existência de produtos de apoio	1	5%
	Aprendizagem na alta sobre manter a extensão do membro inferior operado no momento de sentar	2	10%
	Aprendizagem na alta sobre técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços	13	65%
	Aprendizagem na alta sobre adaptação do auxiliar de marcha à altura da pessoa	2	10%
	Aprendizagem na alta sobre condições físicas do auxiliar de marcha para evitar quedas	2	10%
	Aprendizagem na alta sobre utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes	8	40%
	Aprendizagem na alta sobre sequência de marcha a três pontos	2	10%
	Aprendizagem na alta sobre sequência para subir escadas	7	35%
	Aprendizagem na alta sobre sequência para descer escadas	5	25%
	Aprendizagem na alta sobre não fazer flexão da anca superior a 90°	4	20%
	Aprendizagem na alta sobre não fazer flexão do tronco na	10	50%

	posição de sentado		
	Aprendizagem na alta sobre não cruzar as pernas	2	10%
	Aprendizagem na alta sobre não fazer rotação interna do membro inferior operado	7	35%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

Na admissão verificou-se que não houve nenhum parâmetro em que todas as pessoas demonstrassem conhecimento *à priori*, contudo na alta verificou-se que nos seguintes parâmetros, se obteve 100% de aprendizagem demonstrada:

- Movimentar-se na cama;
- Utilização do triângulo abductor/almofada;
- Escolha adequada da melhor cadeira para sentar após APA;
- Actividade proibida: adução do membro inferior operado para além da linha média.

Para facilitar a visualização global da evolução da aprendizagem, apresentamos as tabelas seguintes (11 à 16), que apresenta o conhecimento não demonstrado na admissão lado a lado com a aprendizagem não demonstrada na alta e especifica o conteúdo esperado de aprendizagem nos diferentes domínios (posicionamento, levantar, sentar, deambulação, subir/descer escadas e actividades proibidas).

Estas tabelas demonstram que em todos os itens abordados no plano de educação para a saúde implementado, houve uma evolução positiva no âmbito da aprendizagem sobre uma vivência segura com prótese da anca.

Tabela 11 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Posicionamento

		ADMISSÃO	ALTA
POSICIONAMENTO	1. Movimentar-se na cama, alternando entre decúbito dorsal e decúbito lateral sobre o membro inferior não operado.	90 %	0%
	2. Utilizar triângulo abductor ou almofada entre os membros inferiores.	85 %	0%

Tabela 12 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Levante

		ADMISSÃO	ALTA
LEVANTE	1. Flectir a perna não operada e fazer carga nos cotovelos para aproximar-se do lado da cama que pretende sair.	100 %	25%
	2. Sentar na cama rodando os membros inferiores para fora da cama, mantendo sempre a abdução.	100 %	5%
	3. Iniciar verticalização utilizando a força dos membros superiores e apoiando-se sobre o membro inferior não operado.	100 %	5%

Tabela 13 – Evolução da Aprendizagem no âmbito do Sentar

		ADMISSÃO	ALTA
SENTAR	1. Não sentar em superfícies de apoio baixas.	70%	5%
	2. Existência de produtos de apoio que permitem altear as superfícies de apoio necessárias para as AVD's	60%	5%
	3. Idealmente deve sentar-se em cadeiras com apoio de braços, para facilitar o processo.	90%	0%
	4. Manter a extensão do membro inferior operado no momento de sentar.	100 %	10%
	5. Para sentar em cadeiras sem apoio de braços deve-se sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, após estar sentado roda o corpo na cadeira até ficar na posição correcta.	100 %	65%

Tabela 14 – Evolução da Aprendizagem no âmbito da Deambulação

		ADMISSÃO	ALTA
DEAMBULAÇÃO	1. Adaptar o auxiliar de marcha à altura da pessoa (a altura das canadianas deve corresponder a dois dedos abaixo do cotovelo e a pega da mão deverá estar ao nível da crista íliaca).	85%	10%
	2. Devem estar presentes as borrachas anti-derrapantes, e em boas condições, para evitar quedas.	80%	10%
	3. Utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes.	90%	50%
	4. Sequência de marcha a três pontos: - Avança-se com o auxiliar de marcha - De seguida a perna operada - Por fim, a perna não-operada	100 %	10%

Tabela 15 – Evolução da Aprendizagem no âmbito de Subir/Descer Escadas

		ADMISSÃO	ALTA
SUBIR/DESCER ESCADAS	1. Sequência para Subir Escadas: - Perna não operada - Perna operada - Canadianas	100 %	35%
	2. Sequência para Descer Escadas: - Canadianas - Perna operada - Perna não operada	100 %	25%

Tabela 16 – Evolução da Aprendizagem no âmbito das Actividades Proibidas

		ADMISSÃO	ALTA
ACTIVIDADES PROIBIDAS	1. Não fazer flexão da anca superior a 90°.	100 %	25%
	2. Não fazer flexão do tronco na posição de sentado.	100 %	50%
	3. Não cruzar as pernas.	95%	10%
	4. Não fazer rotação interna do membro inferior operado (para evitar a rotação externa da anca e possível luxação).	100 %	35%
	5. Não aduzir o membro inferior operado para além da linha média.	100 %	0%

Legenda:

100% Desconhecimento Total

0% Aprendizagem Total

5. Discussão dos Resultados

Segundo Viñas (2008), a artroplastia da anca está mais indicada para pessoas com idade acima dos 60 anos. Como podemos verificar com este estudo, apesar de serem realizadas também colocações de próteses da anca em pessoas mais novas, na generalidade esta situação foi confirmada no nosso estudo.

De acordo com Tinoco (2009), a incidência da artrose da anca que obriga a pessoa a realizar uma artroplastia da anca é aproximadamente igual nos dois géneros (a amostra deste estudo contempla metade de pessoas do género feminino e metade de pessoas do género masculino), mas os homens são geralmente afectados mais cedo que as mulheres. Este facto descrito na literatura espelhou-se neste estudo, como mostra o Gráfico 1 acima apresentado no capítulo anterior.

Gostaríamos de reflectir sobre o facto de três pessoas das vinte que constituem a nossa amostra referirem não ter convivente significativo ou alguém responsável por o ajudar aquando do regresso a casa. Sabe-se que os atributos fundamentais para a pessoa se sentir preparada para o regresso a casa após uma intervenção cirúrgica, são o suporte familiar e os recursos de apoio existentes na comunidade (Weiss *et al*, 2007). Tratando-se da APA ser programada e de acordo com Martins & Fernandes (2009), saber-se que "... os clientes no momento da alta ainda se encontram dependentes para alguns aspectos funcionais", e necessitam de suporte dado que o nível de independência adquirido durante o internamento não é total para poder fazer face às necessidades de autocuidado sozinho, apraz-nos dizer: Não será lógico antes da pessoa ser submetida a qualquer cirurgia programada, haver a preocupação em arranjar condições de suporte para quando esta tiver alta clínica? Dado o tempo de internamento cada vez mais curto, não seria pertinente tratar destas situações antes da pessoa ser hospitalizada?

Silva (2007) afirma que para que a aprendizagem seja verdadeiramente significativa durante o internamento é preciso considerar as estruturas

cognitivas existentes e os conhecimentos anteriores. Consideramos que uma boa preparação prévia da pessoa favorece todo o processo de reabilitação.

A APA tratando-se de uma cirurgia programada seria expectável que antecipadamente fosse fornecida informação às pessoas antes do internamento e lhes fossem esclarecidas todas as suas dúvidas. Os resultados deste estudo apontam que tal não se verifica, ou seja quase metade da amostra (45%, 9 pessoas) não possuía qualquer informação sobre o procedimento cirúrgico que ia realizar e as implicações que este teria no seu quotidiano.

Das onze pessoas que tinham informação sobre os cuidados a ter após ser submetido a APA, a maioria revelou que foi o médico quem deu as informações que detinham, e apenas duas pessoas revelaram que a fonte de informação foi o profissional de enfermagem. Sendo o enfermeiro um dos educadores em saúde, esta baixa incidência merecerá a nossa atenção e reflexão. No estudo desenvolvido por Demir & Erdil (2013), chegou-se igualmente à conclusão que na admissão o conhecimento sobre os cuidados a ter com a prótese da anca era muito reduzido. Os participantes deste estudo referiram que a sua principal fonte de informação foi também o médico. Referiram que lhes foi explicado o procedimento cirúrgico, contudo consideram que essa informação por si só não era adequada às suas necessidades, pois atribuíam uma maior importância aos aspectos relacionados com a recuperação pós-operatória.

Estudos anteriores (Harwood & Ebrahim 2002; Boutron *et al*, 2003) revelam que após a artroplastia da anca, a pessoa fica dependente nas suas AVD (tais como: subir/descer escadas; deitar-se; entrar e sair de veículos ect...). Segundo a conclusão do estudo desenvolvido por Demir & Erdil (2013) na sexta semana após a alta as pessoas submetidas a artroplastia da anca tornam-se mais independentes. Um estudo alemão levado a cabo por Heisel (2008), constatou que entre a 10^ª-12^ª semana pós-operatória as pessoas conseguem fazer face às suas necessidades de autocuidado de forma independente. Atendendo, que o tempo médio de internamento neste tipo de cirurgia é de oito dias como constatamos neste estudo e é corroborado em outros (Vukomanović *et al*, 2008; Johansson *et al*, 2007) é de esperar que

aquando da alta hospitalar existam muitos parâmetros com uma percentagem significativa de aprendizagem não demonstrada.

Um estudo anterior que espelha a realidade portuguesa revela-nos que a pessoa que realiza artroplastia da anca no momento da alta ainda se encontra dependente em alguns aspectos funcionais (Martins & Fernandes, 2009). Especificando com os resultados emergentes deste estudo, gostaríamos de salientar que aquando da alta hospitalar metade das pessoas que constituíam a nossa amostra não demonstraram saber que não podem fazer flexão do tronco na posição de sentado e 35% das pessoas pertencentes ao estudo não sabiam que não podiam fazer rotação interna do membro inferior operado. Estas duas proibições não aprendidas, bem como o facto de 8 participantes, em 20 que constituem a amostra, ter alta sem utilizar o calçado adequado para deambular, podem comprometer a segurança da pessoa e aumenta o risco de esta sofrer a luxação da prótese ao desempenhar o autocuidado: higiene, vestuário e calçar, que segundos estudos anteriores revelam que são nestes domínios que se verifica maior dependência aquando da alta hospitalar (Martins & Fernandes, 2009).

Um dado que gostaríamos de realçar, é o facto de no dia da alta 65% das pessoas apresentarem, aprendizagem não demonstrada sobre sentar numa cadeira sem apoio de braços. Note-se que grande parte das pessoas regressa a casa de automóvel, e que a técnica de entrar e sair do automóvel é igual a técnica de sentar numa cadeira sem apoio de braços, assim logo no dia da alta o risco de complicações inerentes ao facto da pessoa não ter aprendido este parâmetro é alto. Tendo conhecimento deste facto, consideramos que poderia ser pertinente em futuras intervenções educativas reforçar o ensino e treino de entrar e sair do automóvel no próprio contexto real, e assim com o acompanhamento do enfermeiro especialista em reabilitação torna-se o desempenho desta actividade mais segura, para além de dar uma maior sensação de segurança há pessoa no dia da alta hospitalar.

O conceito de segurança está intimamente ligado à preparação do regresso a casa, pois só se pode afirmar que a pessoa está preparada para regressar a casa quando esta tem um comportamento adequado que não ponha em risco a

sua saúde. Para além disso, é importante considerar se as pessoas que realizam artroplastia da anca estão preparadas para regressar a casa não apenas sob o julgamento clínico, mas atendendo ao ponto de vista do doente. A sensação de segurança pela pessoa no momento da alta é fundamental para que esta consiga dar continuidade ao seu processo de reabilitação (Heine *et al* 2004).

Um planeamento da alta com informações consistentes e precisas é fundamental para o sucesso do processo de preparação do regresso a casa da pessoa que realizou APA. Em estudos anteriores relativos ao processo de preparação do regresso a casa, foi unânime que este processo carece de sistematização, e afirmam que o planeamento da alta hospitalar reflecte apenas intervenções pontuais não uniformizadas (Nogueira, 2003; Petronilho, 2007; Gonçalves, 2008). No estudo que levamos a cabo procuramos sistematizar um plano de intervenção *standard* (que contemplasse as diferentes áreas de interesse educacional para a pessoa que vai realizar a APA) e que dê-se facilmente para adequar ao nível de conhecimento demonstrado por cada participante do estudo, pois consideramos que uma intervenção individualizada, adequada às necessidades de aprendizagem de cada um, é mais poderosa que uma intervenção não sistematizada. De acordo com Weiss *et al* (2007), sobrecarregar o doente com todo o conteúdo educacional que o enfermeiro considera benéfico, pode interferir com a retenção da informação. O mesmo autor no seu estudo afirma que o foco da educação do doente não deve estar centrado no conteúdo em si mas deve ser dado igualmente ênfase à qualidade no fornecimento da informação (atender às crenças e valores pessoais, bem como a disponibilidade/receptividade para a intervenção educativa). McMurray *et al* (2007), corrobora afirmando que toda a intervenção, tendo em vista a preparação do regresso a casa, deve estar adaptadas às necessidades individuais dos doentes.

Os resultados do nosso estudo, revelam claramente que o processo de aprendizagem não está concluído no momento da alta hospitalar. Como verificamos o processo de aprendizagem não se finda com a alta clínica, e para além disso sabe-se que aquando do regresso a casa normalmente verificam-se

retrocessos no processo de reabilitação como corrobora Gonçalves (2008, p. 87), “mesmo quando se consideram os doentes bem informados no momento da alta (...) passados alguns dias há necessidade de mais informação”.

O processo de transição da pessoa que vai realizar uma cirurgia vai para além da hospitalização, ou seja, após a alta a pessoa ainda necessita de se reajustar ao seu contexto real de vida e precisa fazer a adaptação da casa à sua nova condição (Weiss *et al*, 2007). Apesar do nosso estudo não avaliar a pessoa submetida a artroplastia da anca no domicílio, parece-nos importante referir a conclusão de um estudo australiano realizado por Heine *et al* (2004) que fez um acompanhamento posterior ao internamento desta tipologia de doentes e que revelou que ao 15º dia após a alta 5 % das pessoas não tinham adaptado o domicílio à sua nova condição.

Consideramos importante repensar a actuação do enfermeiro especialista em reabilitação na educação para a saúde da pessoa submetida a artroplastia da anca, não só durante o internamento, mas também antes da pessoa ser internada e depois no acompanhamento desta após a alta hospitalar por forma a assegurar a continuidade de cuidados.

Para que no futuro se possam melhorar as estratégias interventivas actuais é importante perceber a opinião das pessoas receptoras de cuidados e perceber o grau de importância que estas atribuem a outras dinâmicas de actuação. O nosso estudo demonstra que os seus participantes atribuem níveis altos de importância à educação pré-operatória (90% das pessoas, ou seja dezoito participantes dos vinte que constituíram a amostra do estudo consideraram muitíssimo importante e ninguém considerou que não seria importante que lhe fossem ensinados os cuidados a ter com a prótese da anca antes de serem internados) e ao acompanhamento após a alta pelo enfermeiro de reabilitação (consideram “Importante” (20%), “Muito Importante” (30%) e “Muitíssimo Importante” (50%)). Achamos pertinente a colocação destas questões pois a atribuição de importância pelos receptores de cuidados de novas possíveis intervenções educativas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em reabilitação, é o primeiro passo na investigação para equacionar mudança dos procedimentos actuais.

Tendo por base os resultados do nosso estudo, que demonstram que as pessoas que vão ser submetidas a APA apresentam um nível grande de desconhecimento sobre os cuidados a ter com a prótese da anca no dia da admissão e identificam níveis altos de importância à educação pré-operatória, é importante que em futuras investigações se estructurem programas de educação pré-operatória que favoreçam o processo de reabilitação.

Vários estudos, apesar de não sabermos se espelham a realidade portuguesa, apontam os benefícios de programas de educação pré-operatória:

- McGregor *et al* (2004), referem que estes programas têm impacto positivo nos custos totais dos cuidados de saúde, pois esta abordagem favorece a preparação precoce da alta e permite períodos de internamento mais reduzidos. Para além disso, no seu estudo experimental com um grupo que foi submetido a um programa pré-operatório e um grupo controle que não contemplava esta abordagem, constatou-se que o primeiro apresentava níveis mais elevados de satisfação com o seu processo de reabilitação (99% no grupo experimental e 80% no grupo controle) e também tinha expectativas mais realistas.
- Lübbecke *et al* (2009), no seu estudo de coorte prospectivo, entre 1998 e 2007, quando introduziu uma sessão de educação pré-operatória constatou que esta tipologia de intervenção pode reduzir o risco de luxação da prótese da anca.
- Vukomonović (2008), na conclusão do seu estudo refere que estes programas de educação pré-operatória aceleram a recuperação da pessoa que foi submetida a artroplastia da anca e promovem o alcance da independência para realizar as AVD mais rapidamente.

O programa de educação pré-operatória pode operacionalizar-se de várias formas, através de adopção de diferentes métodos. O estudo de Johansson *et al* (2007), sugere o método de mapa conceptual. Este método caracteriza-se pelo encontro cerca de duas semanas antes do internamento, entre o enfermeiro e a pessoa que vai ser submetida a artroplastia da anca, que

através da comunicação interactiva discutem o plano de educação que vai ser posto em prática, aferem-se quais os conhecimentos demonstrados e quais os conceitos que a pessoa desconhece para se definir um plano ajustado às necessidades educacionais. Os resultados da avaliação que incluem esta metodologia, indicam que a experiência de aprendizagem dos participantes foi muito positiva comparando quando é utilizado somente o método tradicional de educação *standard* com panfletos e educação oral não sistematizada.

Anos mais tarde os mesmos autores, Johansson *et al* (2010), desenvolveram um estudo diferente onde foi avaliada a eficácia do método de educação pré-admissão por via telefónica ou envio de material escrito de educação na semana precedente à cirurgia, e constatou-se que contactar telefonicamente à pessoa antes da cirurgia é mais eficaz que a distribuição de material escrito educativo. Os participantes neste estudo referiram que a educação por telefone permite uma orientação geral mais adequada e faz diminuir os medos e ansiedade sentida.

Suvà, Lübbecke, Hudelson, Lataillade & Hoffmeyer (2007), apresentam-nos outra solução educacional para a mesma tipologia de doentes que o nosso estudo contempla. Este autor aponta como benéfica a abordagem em grupo através de uma sessão de educação pré-operatória. Os resultados do estudo revelaram que 74% dos participantes acharam essa sessão reconfortante, 96% acharam esclarecedora das suas dúvidas e todos os participantes deste estudo recomendam esta abordagem.

Há uma escassez de pesquisa sobre as melhores intervenções educativas a aplicar em doentes ortopédicos (Johansson *et al*, 2007), sendo que a nível nacional não foi encontrado nenhum estudo que retrata-se esta temática.

Pelos resultados do nosso estudo percebemos que há uma grande receptividade das pessoas para uma intervenção pré-admissão e subsidiando-nos em outros estudos desenvolvidos noutros países sobre os benefícios de programas de educação pré-operatória, sugerimos que se defina claramente para a realidade nacional, um programa de educação pré-operatória e se avalie a sua eficácia. No estudo que levamos a cabo, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação iniciou-se na admissão do doente, a título sugestivo, consideramos que um programa de educação pré-admissão podia

ser realizado nos mesmos moldes com a diferença apenas no *timing* do primeiro contacto enfermeiro-doente (duas semanas antes da cirurgia, por exemplo).

Existem mais evidências dos benefícios da educação pré-operatória e eficácia dos diferentes métodos a aplicar do que do acompanhamento após a alta da pessoa submetida a artroplastia da anca. Contudo existem vários estudos que referenciam os benefícios desta tipologia de intervenção:

- Heine *et al* (2004) refere que o alcance da independência assume um lugar de destaque nas pessoas submetidas a artroplastia da anca, e ciente disso o autor contempla a prática de tarefas que são exigidas em casa (como vestir-se, subir/descer escadas etc...) no programa de reabilitação, durante o internamento. Este estudo aponta a visita domiciliária como estratégia interventiva que evita a desadequação entre os ensinamentos prestados no internamento e as condições habitacionais, segundo as conclusões do autor, a visita domiciliária oferece mais segurança e favorece a independência da pessoa no seu contexto real de vida.
- Heisel (2008), valoriza a reabilitação dos doentes após a hospitalização, e dá ênfase à atenção pós-hospitalar. Neste estudo o acompanhamento no domicílio após a alta da pessoa submetida a artroplastia da anca foi uma realidade, pois é comumente aceite que o treino regular das AVD adaptado às condições de vida, é necessária para que a pessoa consiga alcançar a independência o mais rapidamente possível.
- McMurray *et al* (2007) chegaram à conclusão que todos os participantes do estudo que realizaram gostariam de um acompanhamento após o regresso a casa, através de contacto telefónico.
- Demir & Erdil (2013), concluem que o acompanhamento no domicílio da pessoa após a substituição da anca, através do treino de habilidades das AVD, contribui para o alcance da independência e previne complicações pós-operatórias.

Julgamos que se deve equacionar a possibilidade de se desenvolver programas de acompanhamento pelo enfermeiro especialista em reabilitação após a alta da pessoa que realizou a APA, pois apesar de o nível de importância dos receptores de cuidados / participantes do estudo não ser tão expressivo comparativamente à importância atribuída aos programas de educação pré-admissão, parece-nos fundamental dar continuidade ao programa de reabilitação no contexto real de vida, até que termine o processo de aprendizagem sobre uma vivência segura com prótese da anca, pois os reduzidos períodos de internamento não permitem a completa integração de conhecimentos e competências para fazer face às necessidades de vida diária.

O enfermeiro especialista em reabilitação assume um papel de destaque no planeamento da alta e no processo de reabilitação da pessoa que foi submetida a APA (McMurray *et al*, 2007; Lucas, 2008) ao longo de todo o processo de transição inerente à hospitalização e situação de dependência, pelo que no nosso entender as futuras abordagens interventivas nesta tipologia de doentes devem ser mais abrangentes e não restritivas ao período de internamento.

Sabemos hoje que as políticas de saúde preconizam cada vez mais internamentos curtos, contudo o enfermeiro especialista em reabilitação deve ter um papel activo e voz no seio da equipa interdisciplinar, na decisão da alta hospitalar. Consideramos que é de valorizar a qualidade dos cuidados em detrimento da pressão organizacional para dar alta precocemente às pessoas submetidas a APA. No nosso entender, a pessoa submetida a APA só deve ter alta quando estiverem asseguradas as medidas para a continuidade no processo de reabilitação e educação em saúde, através da referenciação para os cuidados de saúde primários ou cuidados continuados.

Neste sentido, parece-nos pertinente que o enfermeiro especialista de reabilitação do internamento de ortopedia trabalhe em articulação com as unidades de cuidados continuados, as equipas de cuidados continuados domiciliários, e nos casos em que, por falta de suporte ou por necessidade de um processo de reabilitação mais intensivo se promova a referenciação para a rede de cuidados continuados integrados, mais especificamente para as unidades de convalescença (30 dias).

Considerações Finais

A hospitalização inerente ao processo cirúrgico e consequente dependência da pessoa submetida a cirúrgica, desencadeia um processo de transição tanto na própria pessoa submetida à intervenção cirúrgica como na sua família. Assim, ser submetido a APA é um momento sobejamente marcante e que desencadeia uma crise na vida do ser humano e na família, pelo que cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação ajudar na gestão desta transição.

Quando uma pessoa realiza uma artroplastia da anca vê-se obrigada a redefinir a sua forma de estar e de agir, pois a partir do momento em que possui uma prótese da anca necessita de ter uma série de cuidados/precauções para evitar a luxação desta. Estes cuidados básicos como: manter a abdução dos membros inferiores; não fazer rotação interna da perna operada; não aduzir a perna operada para além da linha média; não flectir o tronco na posição de sentado; não cruzar as pernas; sentar em cadeiras altas (etc...), vão forçosamente obrigar a uma alteração nos hábitos de vida e adopção de novas estratégias adaptativas para fazer face às necessidades de autocuidado.

De acordo com TheuerKauf (2000), o objectivo do enfermeiro especialista em reabilitação é essencialmente ajudar a pessoa a conseguir manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades do autocuidado. Para tal, e atendendo que a pessoa submetida a APA atravessa um longo percurso de aprendizagem, cabe ao enfermeiro especialista implementar programas de educação para a saúde estruturados.

Consideramos importante que se personalize o plano de educação, pois apesar de a partir de planos de cuidados padronizados ser mais fácil elaborar os planos de cuidados individuais, não se pode cair no erro de implementar o mesmo plano de educação para a saúde a diferentes pessoas, mesmo em contextos semelhantes pois cada pessoa é única e é da competência do enfermeiro especialista em reabilitação adequar os cuidados de enfermagem à individualidade de cada um (Bastos, 2006; Rodrigues *et al*, 2005).

Na nossa opinião não basta implementar os referidos planos de educação, pois a missão do enfermeiro especialista em reabilitação não termina com a transmissão da informação, é necessário certificar-se que a pessoa captou a mensagem e a compreendeu, ou seja, demonstre aprendizagem. A aprendizagem é muito complexa, e como refere Bastos (2006), só há aprendizagem se existir mudança de comportamento observável, ou seja, só se pode dizer que a pessoa aprendeu se esta for capaz de realizar determinadas competências que até ali não conseguia.

Novak (cit. por Silva, 2007, p.48) afirma que “a aprendizagem altamente significativa, que inclui a resolução de problemas invulgares e a criatividade, só é possível nos domínios do conhecimento em que o formando tem conhecimentos anteriores consideráveis e bem organizados”. Neste sentido, para além de ser a opinião expressa das pessoas pertencentes a este estudo, também consideramos benéfico que a pessoa que irá ser submetida a artroplastia da anca realize previamente um programa de informação pré-operatória estruturado, tendo em vista a que o seu processo de aprendizagem seja verdadeiramente efectivo.

Como refere Gomes (2009, p. 76), “a existência de programas de informação, onde estejam contempladas meticulosamente as principais orientações a serem fornecidas ao utente antes de um acto cirúrgico, está provado que contribui para o sucesso de todas as etapas (...) e diminui o número de doentes insatisfeitos a este nível”.

Este estudo revela um baixo índice de procura de informação prévia à APA (45%) considerando que se trata de uma intervenção cirúrgica prevista, e revela também a baixa incidência do enfermeiro como fonte de informação dentro das pessoas que revelaram ter alguma informação sobre os cuidados a ter após colocação de prótese da anca no momento da admissão.

Aquando da admissão as pessoas que vão realizar artroplastia da anca desconhecem quase na totalidade os cuidados que deverão ter após a cirurgia (não houve nenhum parâmetro em que todas as pessoas demonstrassem conhecimento).

No dia da alta hospitalar, muitas pessoas submetidas a artroplastia da anca apresentam aprendizagem não demonstrada em muitos aspectos (por exemplo, sentar numa cadeira sem apoio de braços, não fazer flexão do tronco na posição de sentado, utilização de calçado adequado e subir/descer escadas) que se tornam fundamentais para a independência nas AVD.

Percebe-se com os dados emergentes deste estudo que o processo ensino/aprendizagem está longe de estar concluído no momento da alta hospitalar. Isto ocorre porque nas instituições hospitalares não há lugar ao completo restabelecimento da pessoa, atendendo aos custos elevados que internamentos longos acarretam (Augusto *et al.*, 2002; Petronilho, 2007). Contudo, apesar de num curto internamento não ser possível uma aprendizagem plena, é urgente repensar outras formas de agir, não descurando a continuidade de cuidados.

As pessoas submetidas a APA atribuem níveis altos de importância ao acompanhamento após a alta no domicílio, pelo enfermeiro especialista em reabilitação. Consideramos importante que seja dada continuidade no domicílio ao plano de reabilitação em educação em saúde implementado durante o internamento, para garantir que a aprendizagem fica demonstrada em todos os domínios traçados como fundamentais para uma vivência segura com prótese da anca.

Consideramos que este estudo vem ajudar a perceber melhor toda a dinâmica da aprendizagem da pessoa submetida a APA e em última análise pode contribuir para a melhoria da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação nesta tipologia de doentes.

Atendendo ao número cada vez maior de idosos em Portugal que sofrem de doença osteoarticular da anca e colocam prótese com o intuito de verem melhorada a sua qualidade de vida, cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação contribuir para a melhoria constante dos cuidados prestados e redefinir estratégias de intervenção não restritas apenas ao tempo de internamento, mas também depois da alta.

Assim, sugerimos que se desenvolvam futuras investigações com os seguintes propósitos:

- Avaliar os ganhos em saúde resultantes de um programa pré-operatório aplicado ao doente submetido a APA;
- Criação pela unidade de internamento de programas de acompanhamento após a alta ao doente submetido a APA, e consequentemente avaliação dos ganhos em saúde resultantes;
- Relacionar os reinternamentos por complicações da APA com os parâmetros de aprendizagem não demonstrada;
- Avaliação do custo-benefício do acompanhamento após alta pela equipa de enfermagem que reabilitou a pessoa submetida a APA durante o internamento;
- Definição de programas de reabilitação à pessoa submetida a APA que inclua a participação do convivente significativo em momentos determinados durante a hospitalização, e avaliação dos ganhos em saúde resultantes

No decorrer deste estudo, deparámo-nos com algumas dificuldades, das quais destacamos a escassez de artigos científicos na área em estudo. Outra limitação percebida foi a desmotivação por vezes sentida, devido à ausência de incentivos e valorização para desenvolver estudos de investigação, aliado ao desgaste pessoal que um trabalho destes induz.

Finalizamos o nosso estudo com a certeza de que este foi apenas um pequeno passo na tentativa de perceber melhor como se desenvolve o processo de aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia num internamento de Ortopedia. Contudo, gostaríamos de realçar que, atendendo à metodologia de investigação adoptada e aos condicionalismos da dimensão da amostra, o estudo não nos permite generalizações, mas somos da opinião que é passo a passo que se faz grandes caminhadas!

Referências Bibliográficas

Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Augusto, B., Rodrigues, C.M., Rodrigues, C.J., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, I., et al (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formasau.

Azevedo, P. (2010). “Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados”. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.

Barreto, H. (2008). “Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional”. Trabalho realizado no âmbito do 2º curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação, apresentado ao Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira, no Funchal.

Bastos, A. (2006). “Saberes e Competências da Pessoa com Ostomia – Preparação do Regresso a Casa”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Blas E. (2013). Desenhos pré-experimentais em psicologia e educação: uma revisão conceitual. *Liberabit*. 19(1), 133-141.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Boutron I., Poiraudeau S., Ravaud J., Baron G., Revel M., Nizard R., Dougados M. & Ravaud P. (2003) Disability in adults with hip and knee arthroplasty: a French national community based survey. *Annals of Rheumatic Diseases*. 62, 748–754.

Campos, M. (2008). “Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado – Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição”. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.

Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

Carvalho, M.; Bértolo, M. & Lanna, C. (2008). *Reumatologia: Diagnóstico e tratamento* (3ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau

Christiansen, C.H. & Ottenbacher, K.J. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática* (3ªed.). São Paulo: Manole.

CIPE (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICN. Ordem dos Enfermeiros 2010.

Conceição, M. & Ramos, P. (2004). Visita de referência cuidados em parceria. *Sinais Vitais*. 56, 56-59.

Correia, S., Cosme, A., Paniagua, D. & Severino, I. (2006). A família do doente internado que papel? Que expectativas?. *Sinais Vitais*. 69, 48-50

Costa, M. (2008). “A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes: A problemática dos comportamentos de risco”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Crowther, C. (2005). *Cuidados primários em Ortopedia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Cunha, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Porto: Lidel – edições técnicas, Lda.

Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In M. K. & B. L. (Eds.) *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência

Demir S. & Erdil F. (2013). Effectiveness of home monitoring according to the Model of Living in hip replacement surgery patients. *Journal of Clinical Nursin*. 22(9-10), 1226-1241.

Direcção Geral de Saúde (DGS), (2004). “Programa Nacional para a saúde da Pessoa Idosa”. Circular Normativa nº 13/DGCG.

Directrizes Assistenciais. Protocolo Gerenciado: Artroplastia Total do Quadril (2009) Hospital Israelita Albert Einstein. Consultado a 7 de Março de 2011, disponível em: <http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/ortopedia/Protocolo-Gerenciado-Equipe-Multi-20090119final.pdf>

Dutra, R. (2009). “Acolhimento de Enfermagem: Vivências do doente idoso”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Elkin, M.; Perry, A. & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Felissíssimo, A., & Sequeira, P. (2007). A família como unidade de intervenção em enfermagem. *Sinais Vitais*, 71, 31-34.

Fonseca, T. (2008). “O Enfermeiro e as Necessidades de saúde do Cuidador de Idoso em Pós-Operatório de Artroplastia Total de Quadril”. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada ao Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gomes, N. (2009). “O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: Da informação recebida às necessidades expressas”. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Gonçalves, D. (2008). “A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada”. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Aberta de Lisboa.

Haak, M., Fange A., Iwarsson, S. & Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people Scandinavian. *Journal of Occupational Therapy*. 14, 16-24

Hall, C. & Brody, L. (2012). *Exercício terapêutico na busca da função* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família – Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Harkess, J. (2006). Artroplastia do quadril. In: C. S. T. (Ed.). *Cirurgia ortopédica de Campbell*. (10ª ed., v.1, cap.7, pp. 315-482). Barueri: Manole.

Harwood R. & Ebrahim S. (2002). The validity, reliability and responsiveness of the Nottingham Extended Activities of Daily Living scale in patients undergoing total hip replacement. *Disability & Rehabilitation*. 24, 371–377.

Heine J., Koch S. & Goldie P. (2004). Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *Aust J Physiother*. 50(4), 227-233.

Heisel J. (2008). Rehabilitation following total hip and knee replacement. *Orthopade*. 37(12), 1217-1232.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.) México: McGraw-Hill/Interamericana editores.

Hoeman, S. (2000). *Enfermeiro de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermeiro de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). Censos 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Johansson K., Hupli M. & Salanterä S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursin*. 11(5), 634-639.

Johansson K., Katajisto J. & Salanterä S. (2010). Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursin*. 19, 21-22.

Johansson K., Salanterä S. & Katajisto J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counseling*. 66(1), 84-91.

Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas* (5ª ed.). São Paulo: Manole LDTA.

Konieczny P., Piechowicz J. & Kotela I. (2010). Nurse care standard of sick people after endoarthoplasty of hip. *Przegl Lek*, 67(5), 389-393.

Leino-Kilpi H., Johansson K., Heikkinen K., Kaljonen A., Virtanen H. & Salanterä S. (2005). Patient education and health-related quality of life: surgical hospital patients as a case in point. *J Nurs Care*. 20(4), 307-318.

Leonardo, V. (2011). “Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Lima, A. (2010). “Condições de vida de pacientes com Artroplastia total primária do quadril (atpq): Sentimentos e Alterações vivenciadas”. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Medicina de Botucatu: departamento de saúde pública.

Louro, M. C. (2009). “Cuidados continuados no domicílio.” Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Lübbecke A., Suvà D., Perneger T. & Hoffmeyer P. (2009). Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. *Arthritis Rheum*. 61(4), 552-558.

Lucas B. (2008). Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*. 17(21), 1346-1351.

Machado, M. (2009). “Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros”, Dissertação de Mestrado em Educação, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Maramba, P., Richards, S., Myers, A., Larrabee, J. (2004). Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *J Nurs Care Qual*. 19(2), 123-129.

Martins, J. (2003). "Programação Da Alta Hospitalar do Idoso: um contributo para a Continuidade de Cuidados", Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Martins, J. (2008) Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2), 62-66

Martins, M. & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de Enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista Referência*. 11, 79-92

Marx, F., Oliveira, L., Bellini, C., & Ribeiro, M. (2006). Tradução e Validação Cultural do Questionário Algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadris para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 46 (4), 253-260

McClelland D., McMurtrie, A. & Graham N. (2009). Patient information booklets in arthroplasty surgery--are they effective? *J Eval Clin Pract*. 15(1), 220-221.

McGregor A., Rylands H., Owen A., Doré C. & Hughes S. (2004). Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? *The Journal of Arthroplasty*. 19(4), 464-468.

McMurray A., Johnson P., Wallis M., Patterson E. & Griffiths S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursin*. 16(9), 1602-1609.

Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances Nursing Sciences*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: development and progress* (3^a ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, M. (2010). “Auto cuidado em doentes com hemiplegia: Cuidados Continuados de Convalescença”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República*, Série I-A, n.º109.

Moniz, J. (2008). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A prática de cuidados como experiência formativa*. Mafra: Lusociência

Monteiro, M. (2010). “Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar – O Início Da Dependência”. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Nilsdotter, A. & Lohmander, L. (2002). Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis. *Rheumatology*. 41, 1261-1267.

Nogueira, M. (2003). “Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Oliveira, A. (2011). “Vivências dos familiares em contexto cirurgia ambulatória: a família como suporte ao cuidar.” Dissertação de Mestrado em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). “Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação”.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros..

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Consultado a 12 de Janeiro de 2011, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto

Pinheira, V. (2009). “Medição De Resultados Dos Cuidados De Fisioterapia Em Indivíduos Submetidos A Artroplastia Total Da Anca: Avaliação de Equilíbrio, Carga, Estado Funcional e Estado de Saúde de dois processos de cuidados.” Trabalho realizado no âmbito do concurso de Provas Públicas para a Área Científica de Fisioterapia, apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ªed.). Porto Alegre: Artmed.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.) Lisboa: Grávida.

Ramos, N. (2005). Relações e Solidariedades Intergeracionais na Família. – Dos avós aos Netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39(1), 195-216.

Rasanen, P., Paavolainen P., Sintonen, H., Koivisto, A., Blom, M., Ryyanen, O. & Roine, R. (2007) Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. *Acta Orthopaedica*. 78, 108-115.

Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Ribeiro P. (2007). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigues, L. (2011). “O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório”, Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Schwartzmann, C.; Boschin, L. (2007). Quadril do adulto. In: H. S., X. R., P. J., A. G. & B. F. T. E. P. (Org.), *Ortopedia e traumatologia: princípios e prática* (3ª ed., cap. 15, pp. 362- 392). Porto Alegre: Artmed.

Serra, M. (2005). *Aprender a ser doente: Processos de Aprendizagem de doentes em internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência.

Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M, Tufik, S. *et al.* (2008). Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Rev Bras Med Esporte*, 14(2), 88-93.

Silva, M. (2007). “Educar para o auto-cuidado num serviço hospitalar”, Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.

Skinner, H. (2005). *Current Ortopedia: Diagnóstico e Tratamento* (3ª ed.). Rio de Janeiro: MC Graw Hill interamericana.

Sousa V., Driessnack M. & Mendes I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-América Enfermagem*. 15(3). Consultado em 2 de Agosto de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf

Sousa, E. (2011). “A Família – Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação”, Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sousa, M. (2008). “Reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca.” Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação apresentada à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluy do Funchal.

Suvà D., Lübbecke A., Hudelson P., Lataillade L. & Hoffmeyer P. (2007). Patient information before hip replacement: positive effects of group-session patient education prior to total hip replacement. *Rev Med Suisse*. 3(138). 2878-2881.

Tamaru, A., Mccoll, M. & Yamasaki, S. (2007). Understanding ‘Independence’: Perspectives of occupational therapists. *Disability and Rehabilitation*. 29(13): 1021-1033

Tavares, J. & Alarcão I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina

Taylor, S. (2004). Teoria do défice do auto cuidado de enfermagem. In A. T. & M. A. (Eds) *Teóricas de Enfermagem e sua Obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Teixeira, J., Meireles, J. & Carvalho, J. (2010). A Teoria das transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, pp 45-52.

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman, Shirley, P. (2ªed.). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (pp.173-207). Loures: Lusociência.

Tinoco, A. (2009). *Enfermagem em Ortotraumatologia*. Coimbra: Formasau.

Vilelas J. (2009). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo

Viñas, G. (2008). “Actuação do fisioterapeuta na sala de recuperação e quarto do hospital nossa senhora da conceição, no pós-operatório imediato de artroplastia total de quadril”. Dissertação para obtenção do grau de bacharel em fisioterapia apresentada à Universidade Do Sul De Santa Catarina de Tubarão.

Vukomanović A., Popović Z., Durović A. & Krstić L. (2008). The effects of short-term preoperative physical therapy and education on early functional recovery of patients younger than 70 undergoing total hip arthroplasty. *Vojnosanit Pregl.* 65(4), 291-297.

Weiss M., Piacentine L., Lokken L., Ancona J., Archer J., Gresser S. *et al.* (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec.* 21(1), 31-42.

Wolf, A. & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization.* 81(9), 646-656.

-ANEXOS-

-ANEXO I-

Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

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 correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"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 correcta.)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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 um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

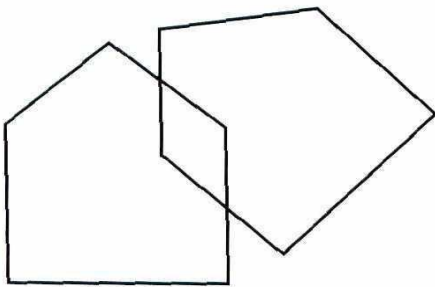
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

-ANEXO II-

Instrumento de colheita de dados
aplicado na Admissão

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS – NA ADMISSÃO

- Inquérito por Questionário de administração indirecta-

CAMA:	IDADE:	SEXO: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
NOME:	ESTADO CIVIL: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
NÍVEL DE INSTRUÇÃO: Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino primário incompleto <input type="checkbox"/> Ensino primário completo <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Curso Superior <input type="checkbox"/>		
CONVIVENTE SIGNIFICATIVO:		TEMPO DE INTERNAMENTO:

1. Já procurou informação sobre os cuidados a ter após ser submetido a artroplastia primária da anca? Sim Não

1.1. Se sim, a quem recorreu? Médico
 Enfermeiro
 Vizinhos
 Amigos
 Outros _____

		CONHECIMENTO ADMISSÃO
POSICIONAMENTO	1. Movimentar-se na cama, alternando entre decúbito dorsal e decúbito lateral sobre o membro inferior não operado.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	2. Utilizar triângulo abductor ou almofada entre os membros inferiores.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

LEVANTE	1. Flectir a perna não operada e fazer carga nos cotovelos para aproximar-se do lado da cama que pretende sair.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	2. Sentar na cama rodando os membros inferiores para fora da cama, mantendo sempre a abdução.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	3. Iniciar verticalização utilizando a força dos membros superiores e apoiando-se sobre o membro inferior não operado.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

SENTAR	1. Não sentar em superfícies de apoio baixas.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	2. Existência de produtos de apoio que permitem altear as superfícies de apoio necessárias para as AVD's (exemplos: elevador de sanita + cadeira adaptável à banheira).	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	3. Idealmente deve sentar-se em cadeiras com apoio de braços, para facilitar o processo.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	4. Manter a extensão do membro inferior operado no momento de sentar.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	5. Para sentar em cadeiras sem apoio de braços deve-se sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, após estar sentado roda o corpo na cadeira até ficar na posição correcta.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

DEAMBULAÇÃO	1. Adaptar o auxiliar de marcha à altura da pessoa (a altura das canadianas deve corresponder a dois dedos abaixo do cotovelo e a pega da mão deverá estar ao nível da crista íliaca).	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	2. Devem estar presentes as borrachas anti-derrapantes, e em boas condições, para evitar quedas.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	3. Utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes.	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

	<p>4. Sequência de marcha a três pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avança-se com o auxiliar de marcha - De seguida a perna operada - Por fim, a perna não-operada 	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
--	---	--

SUBIR/DESCER ESCADAS	<p>1. Sequência para Subir Escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perna não operada - Perna operada - Canadianas 	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	<p>2. Sequência para Descer Escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canadianas - Perna operada - Perna não operada 	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

ACTIVIDADES PROIBIDAS	<p>1. Não fazer flexão da anca superior a 90º.</p>	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	<p>2. Não fazer flexão do tronco na posição de sentado.</p>	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	<p>3. Não cruzar as pernas.</p>	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	<p>4. Não fazer rotação interna do membro inferior operado (para evitar a rotação externa da anca e possível luxação).</p>	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado
	<p>5. Não aduzir o membro inferior operado para além da linha média.</p>	<input type="checkbox"/> Demonstrado <input type="checkbox"/> Não demonstrado

-ANEXO III-

Instrumento de colheita de dados
aplicado na Alta

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM – NA ALTA

- Guião Estruturado da Observação -

		APRENDIZAGEM ALTA
POSICIONAMENTO	1. Movimentar-se na cama, alternando entre decúbito dorsal e decúbito lateral sobre o membro inferior não operado.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Utilizar triângulo abdutor ou almofada entre os membros inferiores.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

LEVANTE	1. Flectir a perna não operada e fazer carga nos cotovelos para aproximar-se do lado da cama que pretende sair.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Sentar na cama rodando os membros inferiores para fora da cama, mantendo sempre a abdução.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	3. Iniciar verticalização utilizando a força dos membros superiores e apoiando-se sobre o membro inferior não operado.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

SENTAR	1. Não sentar em superfícies de apoio baixas.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Existência de produtos de apoio que permitem altear as superfícies de apoio necessárias para as AVD's (exemplos: elevador de sanita + cadeira adaptável à banheira).	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	3. Idealmente deve sentar-se em cadeiras com apoio de braços, para facilitar o processo.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	4. Manter a extensão do membro inferior operado no momento de sentar.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

	5. Para sentar em cadeiras sem apoio de braços deve-se sentar de lado na cadeira, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento, após estar sentado roda o corpo na cadeira até ficar na posição correcta.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
--	--	--

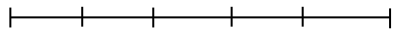
DEAMBULAÇÃO	1. Adaptar o auxiliar de marcha à altura da pessoa (a altura das canadianas deve corresponder a dois dedos abaixo do cotovelo e a pega da mão deverá estar ao nível da crista íliaca).	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Devem estar presentes as borrachas anti-derrapantes, e em boas condições, para evitar quedas.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	3. Utilizar calçado ajustado ao pé ou meias antiderrapantes.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	4. Sequência de marcha a três pontos: - Avança-se com o auxiliar de marcha - De seguida a perna operada - Por fim, a perna não-operada	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

SUBIR/DESCER ESCADAS	1. Sequência para Subir Escadas: - Perna não operada - Perna operada - Canadianas	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Sequência para Descer Escadas: - Canadianas - Perna operada - Perna não operada	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

ACTIVIDADES	1. Não fazer flexão da anca superior a 90º.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	2. Não fazer flexão do tronco na posição de sentado.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

	3. Não cruzar as pernas.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	4. Não fazer rotação interna do membro inferior operado (para evitar a rotação externa da anca e possível luxação).	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada
	5. Não aduzir o membro inferior operado para além da linha média.	<input type="checkbox"/> Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada

2. Considera importante que lhe fossem ensinados os cuidados a ter após ser submetido a artroplastia da anca, antes do internamento?



Nada importante

Muitíssimo Importante

3. Considera importante que o enfermeiro especialista em reabilitação do internamento de ortopedia faça o acompanhamento após a alta?



Nada importante

Muitíssimo Importante

-ANEXO IV-

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____(nome)

concordo em participar neste estudo, que tem como objectivo principal avaliar a aprendizagem da pessoa submetida a artroplastia primária da anca durante o internamento no serviço de ortopedia.

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipa de investigação para fins académicos;
- Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

O PARTICIPANTE: _____

O INVESTIGADOR: _____

DATA / /2012

