

**A PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA.
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Jacinta Maria Pisco Alves Gomes



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**A PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA.
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Jacinta Maria Pisco Alves Gomes



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Jacinta Maria Pisco Alves Gomes

**A PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação
Professora Doutora Clara de Araújo

Coorientação
Mestre Salete Soares

Maio de 2013

RESUMO

A perda da capacidade funcional, da pessoa com Artroplastia Total da Anca (ATA), para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), influencia a participação ativa no meio sociofamiliar, com reflexos na sua qualidade de vida. Preocupadas com esta realidade, realizamos o presente estudo com o objetivo de: determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, no momento da admissão, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio; avaliar o Índice de Qualidade de Vida da pessoa com ATA, no domicílio; conhecer a percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades, no domicílio; conhecer a percepção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação; analisar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD face à percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades no domicílio e verificar a natureza da relação entre as variáveis idade, sexo, IMC, nível escolaridade, patologia associada, nível de dor e enfermeiro de reabilitação com a dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD e a sua qualidade de vida no domicílio. O estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa com ATA, no desempenho das suas ABVD e assim promover a melhoria da qualidade de vida, com ganhos em saúde através da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e correlacional, sendo utilizado como instrumentos de recolha de dados: questionário sociodemográfico e clínico, índice de Barthel, escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor e entrevista. Foram efetuadas análises descritivas e inferenciais no tratamento estatístico dos dados quantitativos e análise de conteúdo, para os depoimentos obtidos pelas entrevistas.

A amostra foi constituída por trinta pessoas com ATA, numa unidade de internamento, do foro ortotraumatológico, da zona norte. Os principais resultados revelam que todas as pessoas registaram maior dependência funcional para as ABVD, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio e percecionaram outras dificuldades nomeadamente na atividade laboral. As pessoas com ATA apresentaram um baixo nível de qualidade de vida em todos os domínios. As pessoas com ATA, com intervenção do enfermeiro de reabilitação, tiveram uma média do nível de independência funcional superior, comparada com o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Palavras-chave: Pessoa; Artroplastia Total da Anca; Atividades Básicas de Vida Diária; Qualidade de Vida

ABSTRACT

The loss of functional capacity of the person with Total Hip Arthroplasty (THA), to the performance of basic activities in daily living (BADL), influences the active participation in social and familiar environment, with consequences in their quality of life. Concerned with this situation, we conducted this study in order to: determine the level of functional dependence of the person with THA, for BADL, on the admission, in the 5th day after surgery and at home; evaluate the Quality Index of Life of the persons with THA, at home; to know the perception of the person with THA over the difficulties and needs, at home: to know the perception of the person with THA relatively to the contribution of the rehabilitation nurse; analyze the level of functional dependence of the person with THA , for BADL given the perception of the person with THA over the difficulties and needs at home and verify the nature of the relationship between age, sex, BMI, educational level, associated pathology, level of pain and rehabilitation nurse with the functional dependence the person with THA, for BADL, and quality of life at home. The study aims to contribute to the improvement of care to the person with THA, in the performance of its BADL and improving their quality of life, health gains through the intervention of the rehabilitation nurse. This is an exploratory, descriptive and correlational study, being used as instruments for collecting data: sociodemographic and clinical questionnaire, Barthel index, scale WHOQOL – BREF, numerical pain scale and interview. Analyzes were carried out in descriptive and inferential statistical of quantitative data and content analysis for the statements obtained by interviews.

The sample consisted by thirty persons with THA, in an internment unit, of orthotraumatology, in the northern area. The main results show that all persons experienced in greater functional dependence for BADL, in the 5th day after surgery and at home and perceived other difficulties particularly in labor activity. People with THA show a low level of quality of life in all areas. People with THA, with the intervention of rehabilitation nurse, had an average level of functional independence higher compared with the group without intervention by the rehabilitation nurse.

Keywords: Person; Arthroplasty of the Hip; Basic Activities of Daily Living, Quality of Life

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Clara Araújo, e Professora Salete Soares, pela orientação, estímulo e amizade, que muito colaboraram no palmilhar deste processo.

À Albertina e Manuela, pela amizade incondicional.

Às pessoas que aceitaram participar no estudo.

À família que é o meu porto seguro.

À Enfermeira Encarnação e Marta Magalhães pela amizade.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	III
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VII
INTRODUÇÃO	13
1. A CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM ATA	16
2. O OBJECTO DE ESTUDO	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. A PESSOA, PARADIGMA DE SIGNIFICAÇÃO	23
2. A PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA	25
3. CUIDAR A PESSOA NO HOSPITAL	28
4. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E O CUIDAR DA PESSOA COM SENTIDO	31
4.1. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO PARCEIRO NO PROCESSO DE (RE) ADAPTAÇÃO	33
5. DAS ATIVIDADES DE VIDA PARA UMA VIDA DE ATIVIDADE	37
6. PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR.DE UM TRAJETO PARA UM PROJETO DE QUALIDADE DE VIDA	42
7. OBJECTIVOS DO ESTUDO	46
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	49
1. TIPO DE ESTUDO	51
2. CONTEXTO DO ESTUDO	52
3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	55
4.VARIÁVEIS DO ESTUDO	57
5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	57
6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	61
7. ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DE DADOS	62
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
1.DESCRICÃO DOS RESULTADOS	67
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	67
1.2. NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA AS ABVD, DA PESSOA COM ATA	71
1.3. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ATA, NO DOMICÍLIO	76
1.4. PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES E DIFICULDADES DA PESSOA COM ATA, NO DOMICÍLIO	78

1.4.1. Dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio	79
1.4.2. Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio	82
1.4.3. Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio	84
1.4.4. Estratégias e recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio	86
1.4.5. Percepção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação	88
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	111
ANEXOS	120
APÊNDICES	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1. Mapa do distrito de Viana do castelo	54
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1. Distribuição das pessoas intervencionadas a ATA por ano	53
Gráfico nº2. Distribuição da amostra por sexo	67
Gráfico nº3. Distribuição da amostra por grupos etários	68
Gráfico nº4. Distribuição da amostra por nível escolaridade	68
Gráfico nº5. Distribuição da amostra por prestador de cuidados	69
Gráfico nº6. Distribuição da amostra por intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	70
Gráfico nº7. Distribuição do nível de dependência nas ABVD na admissão, ao 5º dia e no domicílio	73

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1. Índice de Envelhecimento, população residente e variação populacional da região do Minho-Lima e Portugal (INE, 2012)	55
Quadro nº2. Índice de Envelhecimento, população residente e variação populacional da região do Minho-Lima e Portugal (INE, 2012)	55
Quadro nº3. Distribuição da amostra por IMC	68
Quadro nº4. Distribuição da amostra por patologia associada	69
Quadro nº5. Distribuição da amostra por patologia associada	69
Quadro nº6. Distribuição da amostra por nível de dor na admissão, ao 5º dia após cirurgia e domicílio	70
Quadro nº7. Análise comparativa entre os valores do Índice Barthel e os valores do estudo	71
Quadro nº8. Distribuição da amostra por valores do Índice de Barthel	73
Quadro nº9. Distribuição dos valores médios do nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD	75
Quadro nº10. Distribuição dos valores médios entre a intervenção do ER e o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD	75
Quadro nº11. Análise do coeficiente de correlação do Índice de Barthel na admissão, 5º dia e domicílio	76
Quadro nº12. Distribuição dos valores médios da escala WHOQOL - BREF	77
Quadro nº13. Distribuição dos valores médios da QV face à intervenção do ER	78
Quadro nº14. Matriz de análise das áreas temáticas	79
Quadro nº15. Dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio	80
Quadro nº16. Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio	83
Quadro nº17. Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio	84
Quadro nº18. Estratégias e recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio	86
Quadro nº19. Perceção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do ER	89

INTRODUÇÃO

A osteoartrose afeta 10% da população acima dos 60 anos e é a doença articular com maior prevalência no mundo (Greve, 2007). A articulação da anca, quando comprometida pela osteoartrose evolui para a incapacidade total com indicação cirúrgica.

A artroplastia total da anca (ATA) consiste na substituição da articulação da anca, por uma prótese, cujos objetivos passam por erradicar a dor, aumentar a amplitude do movimento e melhorar o estado funcional (Maxey & Magnusson, 2003) e assim restabelecer a forma da articulação, devolver a estabilidade e a mobilidade da pessoa.

Observamos, no nosso dia-a-dia, no serviço de Ortopedia consequências resultantes do internamento, que, associadas à complexidade da ATA e relacionadas com o risco de luxação da anca, resultam em limitação da força e da amplitude do movimento, alteram a coordenação e o equilíbrio, com consequente alteração da marcha, diminuição da autonomia e com reflexos na realização das atividades de vida diária. No domicílio e após um período de internamento hospitalar, cada pessoa, de forma individual, adapta-se sucessivamente às suas capacidades e padrões de forma a atingir determinado desempenho e/ou resultado mantendo-se ativo, com melhor qualidade de vida e expectativa de vida saudável, contrariando a vulnerabilidade e morbidade muitas vezes associadas a este processo.

Um dos objetivos do enfermeiro de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, resultando num elevado nível de funcionalidade nomeadamente no que se refere às funções do corpo, à atividade e participação da pessoa proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011), no entanto reconhecemos a pertinência de se adequarem estratégias de intervenção às necessidades/dificuldades percebidas pela pessoa com ATA, no domicílio.

Se pensarmos no espaço domiciliário, com todo o suporte sociofamiliar, propício à recuperação da pessoa após o internamento, junto daqueles que lhe são mais significativos, eleva a intervenção do enfermeiro de reabilitação na preparação do regresso a casa, pois é um elemento privilegiado e dinamizador no cuidar e na capacitação da pessoa com ATA.

1. A CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM ATA

O internamento hospitalar pode representar uma série de ameaças, nomeadamente, à vida e à integridade corporal, ao bem-estar, à restrição do movimento e ao isolamento. A inatividade imposta pelo tratamento cirúrgico, durante o período de hospitalização, resulta num aumento de perda funcional, tornando a pessoa menos capaz de regressar ao seu nível de atividade anterior e com maior risco de adquirir problemas físicos adicionais. Em muitos casos a pessoa "... tem alta em piores condições funcionais e psicológicas do que quando entrou no hospital o que, ..., é preditor de má qualidade de vida, de elevado consumo de recursos sociais e de cuidados de saúde e de uma maior morbidade e mortalidade" (Cabete, 2005, p.128).

A perda da capacidade funcional, da pessoa com ATA, para a realização de algumas atividades podem traduzir perda na participação ativa do meio sociofamiliar, mas essencialmente produz reflexos na sua qualidade de vida (QV). Segundo Guedes et al. (2011) esta cirurgia resulta não só em alterações da velocidade da marcha, do tempo e comprimento do passo, bem como na duração das fases de apoio, que resultam num pior desempenho funcional, demonstrando que os participantes não conseguiram regressar à capacidade funcional que apresentavam antes da cirurgia. Também Petronilho, Magalhães, Machado e Miguel (2010), num estudo que teve a finalidade de explorar a (in) capacidade funcional do doente após evento crítico de saúde e o seu impacto no grau de dependência no autocuidado, identificaram quatro fatores determinantes na perda de autonomia destas pessoas, gerador de dependência: a perda de força muscular, dos grupos musculares mais fortes, perda de equilíbrio, perda de capacidade para a realização de movimentos articulares "finos" e perda da capacidade na coordenação dos movimentos. Acrescentam ainda que o autocuidado, integrado no domínio da atividade física, como transferir-se e andar, são focos relevantes que interferem na autonomia da pessoa.

O enfermeiro de reabilitação torna-se um instrumento valioso na recuperação e até reintegração da pessoa no seu meio após a alta, uma vez que com a sua intervenção, a pessoa com ATA, demonstra maior independência funcional (Brito, Gomes, Magalhães & Araújo, 2010). A reabilitação deve ser um processo contínuo, iniciado precocemente, de forma a enfatizar as capacidades remanescentes da pessoa, as suas habilidades, adquirindo o mais alto nível possível de independência e QV.

2. O OBJECTO DE ESTUDO

Diariamente, assistimos ao internamento de pessoas com coxartrose que, após a ATA, se deparam com alterações da mobilidade, associados ao processo cirúrgico que aumentam a sua dificuldade em realizar de forma autónoma as atividades básicas de vida diária (ABVD). Estas ABVD compreendem várias dimensões específicas e integram a capacidade da pessoa para a realização do autocuidado, nomeadamente funções como alimentar-se, tomar banho, vestir-se e transferir-se e contribuem para o processo complexo de vida (Roper, Logan & Tierney, 1995).

Segundo a Direção Geral de Saúde [DGS] (2010) um bom planeamento da alta hospitalar torna-se essencial para assim reduzir o tempo de internamento, o número de readmissões e assegurar sempre que possível o sucesso da reintegração da pessoa e família na comunidade. O mesmo documento sustenta a importância deste planeamento como o culminar de um programa que assenta na melhor prática clínica, que deve assegurar que a dependência e o isolamento social possam ser minimizados devendo ser maximizada a autonomia.

Após uma entrevista com o enfermeiro de reabilitação, de um serviço de ortopedia, podemos reforçar a importância deste profissional na preparação da alta da pessoa com ATA, através do seguinte depoimento "...neste processo é importante a prática do desenvolvimento das atividades de vida diárias, devemos ter a participação da família, ter conhecimento do contexto físico no domicílio, que tipo de habitação ... porque podem existir dificuldades que desconhecemos e podemos prevenir uma série de complicações e dificuldades relacionadas com aquilo que designamos de ABVD e que são fundamentais para um regresso mais precoce e efetivo a uma maior autonomia no regresso a casa".

O enfermeiro de reabilitação, como elemento da equipa multidisciplinar, tem como objetivo cuidar a pessoa na singularidade da sua existência, ajudando esta a criar uma maneira de viver portadora de sentido para si mesma e que seja compatível com a sua condição (Hesbeen, 2003). Um estudo realizado por Meissner, Andolsek, Mears e Fletcher (1989), em que comparam um grupo de controlo de idosos, internados num serviço hospitalar, com um grupo idêntico de idosos internados noutra serviço, no qual foi dado ênfase à manutenção do seu estado funcional, concluíram que, no grupo de controlo o estado funcional diminuiu, no grupo de intervenção houve um aumento das capacidades funcionais quando avaliadas no momento da alta.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação, no pós-operatório da pessoa com ATA, deve ser centrada na pessoa e nas suas necessidades, no entanto, verifica-se não raras

vezes, uma discrepância entre as necessidades e os cuidados prestados pelos enfermeiros. Martins e Fernandes (2009) num estudo cujos objetivos passaram por analisar a congruência dos cuidados de enfermagem a as necessidades expressas pelos clientes submetidos a ATA; descrever as características do contexto do ensino praticado pelos enfermeiros; conhecer o grau de satisfação dos clientes submetidos a ATA, perante os cuidados de enfermagem, prestados ao longo do internamento; identificar os elos de ligação entre os enfermeiros, clientes e acompanhantes numa perspetiva de parceria, concluíram que: não existe uma atitude implícita na preparação da alta, existindo intervenções pontuais e não uniformizadas; tanto as pessoas com ATA, como os enfermeiros, têm conhecimento da alta hospitalar, um ou dois dias antes da mesma, o que resulta em intervenções no âmbito da sua preparação na fase final do internamento; a carta de alta para os cuidados de saúde primários é realizada pontualmente; nos ensinos os aspetos mais focados são o transferir, posicionar e andar; os registos das intervenções relacionados com os ensinos são deficitários; observa-se discrepância entre as necessidades de cuidados e os cuidados documentados e que embora na generalidade as pessoas com ATA refiram estar satisfeitas, esta satisfação não é extensiva à continuidade de cuidados.

Rampazo e D'Elboux, (2010) num estudo, sobre a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais sobre a QV de idosos com ATA, concluíram que, apesar de, mais de 70% estarem satisfeitos com o resultado da cirurgia a capacidade funcional foi a variável que mais influenciou negativamente a sua QV. Também Matos (2006) no seu estudo intitulado "Qualidade de Vida e Reabilitação: Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total do Quadril" concluiu que, dos domínios avaliados pela escala de QV no pós-operatório, a dor, os aspetos emocionais e a capacidade funcional apresentaram maiores variações, com melhoria na sua avaliação, comparando com o pré-operatório. No entanto, da análise das entrevistas, do mesmo estudo, os aspetos que os preocuparam foi a dor, a perceção sobre a limitação para a realização das suas funções diárias, bem como a dependência de familiares. Alguns referem-se, ainda, a sentimentos de frustração para com os resultados obtidos após a cirurgia da anca.

Baseados nestes pressupostos, surgiu-nos a necessidade de realizar um estudo sobre as necessidades e dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio. Pensamos que a intervenção precoce para melhorar a capacidade funcional da pessoa com ATA e conseqüentemente, melhorar a sua participação nas ABVD, são estratégias que o enfermeiro de reabilitação deve desenvolver, para melhorar a autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida. Este estudo foi realizado numa unidade de internamento, de ortopedia, de uma unidade local de saúde da região norte, e no domicílio dos

participantes aquando a alta hospitalar e tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa com ATA, no desempenho das suas ABVD e assim promover a melhoria da qualidade de vida, com ganhos em saúde através da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Este estudo pressupõe vários capítulos estruturantes. O primeiro capítulo centra-se na fundamentação teórica, que resulta de uma pesquisa bibliográfica procurando contextualizar os conceitos chave. Após o enquadramento conceptual serão expostos os objetivos formulados que se tornaram linhas orientadoras do estudo. Num segundo momento, será apresentada a investigação empírica, que abarca o tipo de estudo, o contexto onde este se realizou, os participantes, as variáveis, os instrumentos de recolha de dados bem como os procedimentos de recolha de dados. Por fim serão apresentados os resultados, a discussão dos mesmos e as respetivas conclusões do estudo. Pretendemos dar mais um passo na investigação em enfermagem de reabilitação e assim refletir sobre a importância do enfermeiro de reabilitação como agente do cuidar na melhoria da qualidade de vida da pessoa com ATA.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PESSOA, PARADIGMA DE SIGNIFICAÇÃO

A pessoa ocupa uma posição central face ao mundo, mas ao mesmo tempo denuncia o enraizamento do mundo em si como “...ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.6). Construída a partir de dentro, a pessoa, não deve ser encarada somente como objeto, está integrada num sistema de interações baseadas numa realidade simbólica onde se comunicam e negociam significados, assim, somos o resultado de práticas, normas e valores instituídos, fornecendo trilhos para a interpretação da doença a as ações para a mesma (Langdon, 2003).

Se pensarmos no corpo como expressão da pessoa, a sua representação é uma estrutura basilar, que funciona constantemente, resultando num lugar de linguagem para o exterior e para os outros, influenciado por crenças e atitudes culturalmente determinadas, logo, emersos numa mesma ordem simbólica. Este aparece indissociável da pessoa e a sua ação não obedece à racionalidade de qualquer modelo mecânico, participa em todos os processos psicológicos, interações sociais e fenómenos culturais em que a pessoa se envolve e/ou se vê envolvida, integrado na comunidade e no próprio universo a que pertence. O facto é que, o papel que as pessoas ocupam na sociedade resulta, muitas vezes, em formas de desigualdade e de controlo social, que levam a perceber algumas dificuldades que se colocam à sua inclusão quando se deparam com dependência e handicaps.

Segundo Renaud (2001), a pessoa tem um corpo próprio e um corpo que lhe escapa. O primeiro, é a configuração corpórea, numa dimensão biológica, uma soma de órgãos e estruturas, protegido por um esqueleto e recoberto por derme e epiderme, facilmente limitado e moldado, em que a sua exterioridade atualmente é ultra valorizada. O segundo abarca a relação que estabelecemos com o corpo, que é mediada pela sua história e experiências vividas, pelo que, a satisfação corporal resulta de um somatório de níveis de desempenho em confronto com as expectativas e aspirações pessoais e sociais. Longe de se reduzir a um sistema meramente mecânico, a pessoa, é um território a explorar como fonte de satisfação e ao expor-se ao olhar dos outros é lugar de socialização que escapa ao nosso poder, na medida em que não a dominamos, não nos separamos dela, nem tão pouco conseguimos abolir a sua complexidade interna. É este conjunto de sensações que nos asseguram a consciência de existir, e resultam num processo evolutivo complexo.

A imagem corporal será assim a primeira apresentação do “eu”, pois muitas das vezes através dela depende o relacionamento interpessoal e o desempenho de determinado papel que significa que temos consciência do corpo, mas que pode muitas vezes resultar em avaliações negativas se baseadas em interpretações não reais das mensagens corporais, através do aspeto físico, fisiológico e estético. A capacidade individual de comunicação e de relação com os outros depende da qualidade de relação que estabelecemos com o próprio corpo e a busca da conformidade como modelo, a que muitas vezes sujeitamos a aparência, tendo como objetivo algum retorno que pode ir desde afeição, êxito ou mesmo admiração (Ribeiro, 2003).

Nas últimas décadas, as transformações sociais, políticas e económicas tiveram repercussões no campo da saúde. Se é verdade que estas mudanças de necessidades e interesses aludem ao papel central da pessoa no mundo, também assistimos a um processo segmentar entre aquilo que a sociedade denomina como ser perfeito, integrado numa sociedade que se pretende perfeita e as dificuldades daqueles que perante um processo de doença estreitam um habitual sentimento de vulnerabilidade ao outro.

A saúde deixou de ser apenas considerada a ausência de doença passando a ser percebida como um estado em constante adaptação entre a pessoa e os ambientes físico, biológico, social e cultural. Não obstante este estado subjetivo, que a própria Ordem dos Enfermeiros (OE) define como “...representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2001, p.6), a doença alude a sinais e sintomas que provocam desconforto físico, alterações somáticas, cognitivas ou afetivas e está associada para além dos aspetos biológicos, ao reflexo da combinação de aspetos da experiência pessoal vivida, crenças e representações sociais e culturais (Gameiro, 2004). A doença afeta a nossa identidade e se associada uma prolongada interrupção das atividades de vida diária, a necessidade de alterar os seus comportamentos e as resposta às exigências individuais, familiares e laborais resultam numa desestabilização e uma sensação de perda do “eu” (Ribeiro, 2003). A pessoa vê-se perante um processo de rutura, necessitando de uma reorganização das suas atividades diárias, mediado por um contexto emocional, uma vez que é confrontado com a sua vulnerabilidade e fragilidade e daqui depende essencialmente o bem-estar psicológico, a motivação para os respetivos tratamentos e reabilitação (Gameiro, 2004).

São vários os fatores associados à ameaça de doença: a dor crónica, os danos físicos, as modificações permanentes, a incapacidade funcional, que ameaçam o bem-estar físico, a qualidade de vida, a integridade do corpo; a insegurança e incerteza quanto à evolução do próprio processo de doença, a perda de autonomia, as alterações da

autoimagem como uma ameaça à identidade pessoal, a autoestima que pode resultar na alteração do projeto de vida; a carga emocional envolvida que sugerem elevados níveis de ansiedade, com sentimentos de revolta e raiva que podem originar desequilíbrio emocional e afetivo-relacional; o afastamento da família, o risco da diminuição de apoio social, como a possibilidade de perda do emprego, com dependência por parte de outros ameaça o estatuto socioprofissional, a representação do seu papel na família; e também o risco associado a um possível internamento hospitalar que representa a necessidade de adaptação a um novo meio, com uma organização física e social única (Reis, 1993). O mesmo autor acrescenta, ainda, algumas significações atribuídas ao processo de doença identificadas por Lipowski: um desafio, em que a pessoa entende a doença como uma situação que exige esforço e adaptação a novas tarefas; como inimiga, assume-se com o algo negativo a combater, como invasão de forças do mal; como punição, como penitência por uma falta cometida no passado; uma fraqueza, como sinal de fragilidade e vulnerabilidade; um alívio, alude a dispensa de exigências e problemas que o afetam no quotidiano; perda ou dano irreparável, diminuição e restrição da pessoa; como valor, em que vê este processo como uma possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

Este fenómeno, vivido através de uma experiência de crise desencadeia um processo de significações na pessoa que resultam num estado de sofrimento e ansiedade que acarreta um processo de reorganização do seu mundo, que não se esgota no campo da biologia, aquando por exemplo de um internamento, sujeito aos mais diversos e avançados tratamentos, mas continua na expressão intencional do contexto familiar, social e cultural. O enfermeiro de reabilitação, como profissional de saúde, através de processos de competência, deve pautar a sua intervenção no cuidar da pessoa com ATA, envolvendo o corpo individual, uno e indissociável das suas crenças e valores.

2. A PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

A osteoartrose, como doença articular, tem uma progressão lenta e degenerativa, que se caracteriza pela destruição ou alteração da cartilagem articular com repercussões ósseas. O principal sintoma é a dor, que evolui progressivamente, e não obstante o seu quadro variar de pessoa para pessoa, através da perda de mobilidade, que não raras vezes se caracteriza por marcha claudicante, esta interfere na capacidade funcional para a realização das atividades quotidianas como cuidados de higiene, cuidado pessoal, marcha, padrão do sono, tarefas domésticas, desempenho sexual, profissional e social (Matos & Araújo, 2009). A OMS (2001) acrescenta que cerca de 10% da população

mundial com idade acima dos 60 anos apresenta osteoartrose e dessas 80% tem limitação dos movimentos e 25% apresentam diminuição da capacidade funcional no desempenho das suas atividades de vida diárias.

Na Europa, em 2005, estimou-se uma prevalência pontual de dor de causa músculo-esquelética na população adulta entre 20 e 30%. Em Portugal as doenças músculo-esqueléticas atingem um terço da população, sendo a primeira causa de baixa laboral e de incapacidade transitória e permanente, conferindo um forte impacto negativo na vida do indivíduo (Sociedade Portuguesa Ortopedia, 2008), são a primeira causa de consulta médica nos cuidados de saúde primários e o principal motivo de invalidez, resultando muitas vezes em reformas antecipadas e responsáveis por grandes níveis de absentismo laboral (DGS, 2004). O Observatório Nacional de Doenças Reumáticas (DGS,2010) acrescenta que estas doenças constituem um grupo nosológico, com reflexos nas alterações funcionais do sistema musculoesquelético, dor e incapacidade funcional, que podem determinar disfunções orgânicas, limitações na atividade e restrições na participação. O mesmo documento, apresenta um estudo que abordou a prevalência de doença reumática autodeclarada, que estima que a prevalência de coxartrose foi de 5,5% com maior incidência nas mulheres,7,4%, e 2,2% nos homens.

A articulação da anca é frequentemente comprometida pela osteoartrose, denominada coxartrose. Quando o tratamento conservador não imprime uma melhoria dos sintomas, logo a função e a qualidade de vida da pessoa está comprometida, surge então a resposta cirúrgica, denominada artroplastia total da anca, que é caracterizada pela substituição da articulação da anca (Kisner & Colby, 2009). A implantação da cabeça femoral e componente acetabular para substituir a articulação da anca, tem uma duração de aproximadamente 15 anos, o seu principal objetivo é o alívio da dor, que segundo alguns estudos é atingido em mais de 95% das pessoas, para assim restabelecer a função e melhorar a qualidade de vida (Hall & Brody,2001).

Mais comumente existem duas categorias de prótese para a anca, cimentadas, não cimentadas. Na prótese cimentada, os componentes são interpostos por uma camada de cimento. Este cimento tem um papel expansor da superfície dos mesmos componentes protésicos ao osso, criando uma interface congruente para a transmissão da força entre os mesmos (Serra, 2001). Os implantes não cimentados traduzem-se, para alguns autores, mais caros e mais trabalhosos tecnicamente, no entanto resultam mais facilmente na sua substituição, para posterior revisão protésica, uma vez que preserva mais o osso e são mais bem adaptados na artroplastia de pessoas mais jovens e ativas (Maxey & Magnusson, 2003). A vantagem dos componentes cimentados deve-se ao facto de possibilitar o apoio do peso corporal logo após a cirurgia, enquanto, para alguns

autores, as próteses não cimentadas não devem impor o peso sobre os componentes em pelo menos seis semanas após a cirurgia (Maxey & Magnusson, 2003).

Permanecem algumas controvérsias sobre o tipo de abordagem nesta cirurgia, relativamente ao tempo cirúrgico, a menor perda sanguínea e a maior ou menor frequência de deslocamento pós-operatório. No entanto apraz referir que da escolha dos componentes e do tipo de abordagem resultam diferentes intervenções na reabilitação pós-operatória.

Após o procedimento cirúrgico e com uma neoarticulação, que tem como principal objetivo a redução da dor e a melhoria da mobilidade próxima do normal, a pessoa enfrenta um período de reabilitação pois não é restituída a força, a resistência e a capacidade para andar, que fica afetada, uma vez que se trata de um procedimento cirúrgico agressivo, que impõe um nível de imobilidade e pelo risco associado a luxação da anca, conduz a algumas restrições (Hall & Brody, 2001) de acordo com o tipo de abordagem cirúrgica. As precauções no pós-operatório, diretamente relacionadas com a abordagem cirúrgica, devem ser enfatizadas o mais precocemente possível, de forma a evitar a luxação da anca. A abordagem póstero-lateral é usada mais comumente, resultando em algumas restrições na amplitude do movimento, como: não efetuar flexão da articulação da anca superior a 90°, manter os membros inferiores em abdução e evitar a rotação medial dos mesmos, que definem algumas precauções na realização das ABVD. A pessoa deve por isso conhecer as precauções para os respetivos movimentos funcionais, que passam por cuidados com as transferências (cama/cadeira), sentar-se/levantar-se, optar por locais altos, colocar/remover calçado e/ou meias, precauções estas relacionadas com a flexão da anca, que não deve exceder os 90° (Hall & Brody, 2001).

A mobilidade descreve a capacidade de movimento, como sendo uma das essenciais e mais importantes atividades humanas. A capacidade para movimentar o corpo é vista como um mecanismo normal, pois permite empurrar, puxar, levantar, andar, correr, manter posição, mas quando esta fica afetada, pode resultar numa dificuldade para o normal exercício das ABVD, bem como para as relações interpessoais. São vários os aspetos, que incapacitam a pessoa de obter a máxima independência, que vão desde aspetos físicos, psicológicos incapacidade e/ou deficiência fisiológica, acidentes, alterações patológicas, degenerativas e até o meio social (Hoeman, 2011). A relação da mobilidade com todas as outras atividades de vida é patente pois todas elas envolvem movimento.

O impacto da cirurgia resulta da combinação entre “elevada imobilidade” e “baixa capacidade funcional” que determinam uma prevalência de necessidades de aprendizagem das funções do membro inferior, bem como a aquisição de capacidade para realizar ABVD com autonomia e segurança satisfatória. A incapacidade associada resulta num grande impacto na saúde e na qualidade de vida da pessoa e também dela resultam elevados custos diretos, indiretos e intangíveis quer para a pessoa, quer para o sistema de saúde e, num contexto mais lato, para a sociedade.

A enfermagem de reabilitação surge em parceria no cuidar, afirmando plenamente a sua identidade na preocupação, na valorização social e na importância das necessidades da pessoa, que perante um internamento hospitalar se pode deparar com várias ameaças à manutenção da qualidade de vida.

3. CUIDAR A PESSOA NO HOSPITAL

A pessoa é o interlocutor de uma enigmática abertura ao que o rodeia, onde não raras vezes, é exigido que aprenda a adotar recursos suficientes para ser capaz de gerir, de forma mais ou menos eficaz, qualquer papel que lhe possa ser atribuído. Níveis elevados de saúde e bem-estar constituem a base de felicidade e autonomia, sendo essencialmente vista como “ausência de doença” (Hesbeen, 2000). Uma vez que a doença, interfere na qualidade de vida da pessoa, exige tratamento, avultados gastos na gestão dos sistemas de saúde e baixa de produtividade, a ciência deu resposta a este desafio nos últimos anos e dotou-se de instrumentos e meios técnicos, humanos e químicos, para assim evitar o sofrimento e promover a qualidade de vida das pessoa, família e comunidade.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem como objetivo promover o acesso e uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível e o hospital possibilita e integra os recursos necessários, quer um nível de especialização dos serviços, quer a aglomeração de uma prática tecnológica avançada, que tem tentado integrar uma política de saúde também orientada para a promoção da saúde para obter a maximização da obtenção de ganhos em saúde, de forma sustentável (DGS, 2010). Este dirige as suas atenções para a pessoa doente e tem como funções a prevenção, tratamento, reabilitação, docência e investigação quer em regime de internamento quer em ambulatório, trata-se de “...um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde vinte e quatro horas por dia...”. (DGS, 1998, p.3).

O novo conceito de hospital deve estar centrado no cliente, através de mudanças conceptuais e normativas que implicarão reformas na vocação, no papel, nas funções, nas ações destas instituições (DGS, 1998, p.105) e assumir-se como parte integrante de um sistema único de cuidados e não componentes isolados e autossuficientes, sendo avaliados pela contribuição para obtenção do melhor estado de saúde possível para todos. Este é definido como "... estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica" (DGS, 2012, p.10).

Nenhuma instituição de saúde pode ter um plano de gestão, por mais racional e tecnologicamente perfeito que possa ser, executado com eficiência sem ter em conta a humanização e a qualidade em saúde. As unidades de cuidados de saúde hospitalares (CSH) são classificadas em função da capacidade de intervenção técnica, das áreas de patologia e da entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral, especializado, hospital oficial bem como hospital particular.

O PNS (2011-2016) apresenta linhas orientadoras para "...melhorar o estado de saúde das populações e reorientar o sistema prestador para atingir níveis mais satisfatórios de acesso, equidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade" (DGS, 2010, p.2). O mesmo documento adverte para a responsabilidade dos CSH, que passa pela melhoria contínua da qualidade dos serviços que prestam acautelando elevados padrões de qualidade, e auferindo de um ambiente de excelência dos cuidados clínicos ou seja elegem a qualidade e segurança da pessoa como áreas de eleição. Também a equidade e a acessibilidade devem representar um direito da pessoa, para poderem obter a prestação de cuidados em tempo útil de "... cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e uma resposta pronta e eficiente, suscetível de proporcionar o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento" (DGS, 2010, p.32) não esquecendo a importância da participação dos utilizadores nas decisões para visarem a satisfação das suas necessidades.

Nos serviços de internamento a taxa de ocupação tem vindo a diminuir nos últimos anos, no que se refere ao número de dias e à demora média de internamento, que passou de 7,9 dias em 1995 para 6,8 dias em 2007 (Organization for Economic Co-operation and Development, [OECD], 2009). No entanto as listas de espera para as cirurgias, aumentaram nos últimos anos, excedendo o clinicamente aceitável. Acresce que quatro patologias (anca, varizes, hérnias e cataratas) foram responsáveis por cerca de 2/3 dos casos de lista de espera, e assim foi necessária a implementação de um Programa de

Promoção do Acesso. O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), está implementado desde 2004 e tem como principal objetivo "...minimizar o período entre o momento em que um doente é encaminhado para a cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível, em função da respetiva patologia" (DGS, 2010, p.21).

O financiamento da saúde em Portugal é em grande parte absorvido pelos hospitais. A atual conjuntura económica alude a medidas de controlo da despesa pública, ao qual os CSH não ficam alheios. Para garantir a sustentabilidade deste setor, espera-se uma maior eficiência na prestação de cuidados, para se obter uma menor taxa da despesa das instituições. O atual PNS sugere um maior investimento nos CSP e espera obter "melhorias dos SI e referenciação no seio do SNS, um alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em favor da redução de camas de agudos, a revisão da rede hospitalar, tendo em atenção o seu impacto no modelo de prestação de cuidados de saúde, o desenvolvimento de um sistema nacional de acreditação da qualidade e a sua ligação aos pagamentos realizados às instituições prestadoras de cuidados, a revisão do sistema de convenções, o investimento progressivo e efetivo na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças..." (DGS, 2010, p.36).

À perspetiva da qualidade e eficiência dos cuidados prestados, passando pela sustentabilidade das instituições, não podemos deixar de aludir, também, a uma eficaz coordenação entre as diferentes unidades de saúde de forma a evitar quebras na prestação de cuidados no sentido de ir de encontro às necessidades das pessoas. As Unidades Locais de Saúde (ULS) vieram dar resposta a uma eficiente continuidade de cuidados, uma vez que integram "...cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, assegurando, ainda, as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida" (DGS, 2010, pp.27,28).

Segundo os últimos dados da DGS, a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos, com conseqüente consumo de cuidados superiores aos da população em geral, com necessidades de apoio nas atividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (Costa, 2009). Reiteramos a posição de Hesbeen (2000) quando afirma que "(...) para um sistema de cuidados mais atento à pessoa do beneficiário e aos seus familiares, muita esperança se pode fundar na Enfermagem" (p.54). Esta realidade comporta uma oportunidade para a enfermagem,

tornando possível a demonstração de competências em diversas áreas, que interpela e orienta o seu cuidado no internamento hospitalar, frente à pessoa com ATA.

4. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E O CUIDAR DA PESSOA COM SENTIDO

A hospitalização, como um recurso, pode ser vista como uma ameaça e um desafio, que dependendo das mudanças operadas e dos fatores envolvidos, das vivências anteriores, das próprias representações de saúde/doença e da capacidade de adaptação de cada pessoa podem ser experienciadas e sentidas de formas diferentes.

Tal como se verifica noutros domínios no campo da saúde a enfermagem também vivencia mutações importantes nomeadamente relacionada com o aumento da complexidade dos problemas de saúde da sociedade atual, da sofisticação tecnológica que exige preparação especializada, do aumento da produção e acessibilidade no âmbito da saúde, que impõe maior exigência na prestação dos cuidados e maior exigência nas unidades de saúde. O desenvolvimento de novos modelos organizacionais, para os hospitais, contempla não só as questões de humanização, das necessidades da pessoa, das condições físicas, materiais e até orçamentais da instituição, mas assume interesse pelas relações interpessoais que acompanham os profissionais de saúde para um cuidado holístico à pessoa.

Os enfermeiros, como cuidadores, orientam a sua ajuda à pessoa com necessidades, de acordo com as diferentes fases da vida, as capacidades e *handicaps*, dando igual destaque às condições socioeconómicas e ao meio sociocultural. Estes cuidados “...representam todos os recursos de engenho, de criatividade, que se desdobram para permitir ultrapassar as passagens determinantes, a fim de assegurar a continuidade da vida...” (Collière, 2003, p.176). Tal como advogou Florence Nightingale, cuidar é “ajudar a viver” e proporcionar formas de viver, situando a pessoa num contexto que lhe dá sentido, centrada na saúde e bem-estar, procurando obter um máximo de potencial ou aproveitando ao máximo as suas capacidade funcionais. Esta interação com a pessoa assume a preocupação do enfermeiro nas diferentes dimensões do cuidar assente no desenvolvimento de perícia e competências profissionais que compõe implícita e explicitamente o cuidar.

O cuidar em enfermagem está intrinsecamente relacionado com a resposta humana intersubjetiva, as condições de saúde e doença, bem como a interação existente entre a pessoa e o ambiente, é “...uma obra comum mas única, uma arte cujo resultado para a pessoa só pode ser o fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis, a seu tempo, ao processo empreendido” (Hesbeen, 2000, p.4). Este cuidar deve ser

entendido como uma atenção particular de si próprio ao outro, não se resumindo a uma escuta, não devendo ser preestabelecida, programável ou repetida de pessoa para pessoa. Não raras vezes, existe uma dificuldade acrescida uma vez que se torna mais fácil racionalizar, identificar qualquer causa que relacionamos com determinado efeito observado, sendo dissecado e delimitado num só diagnóstico. Esta percepção mecanizada no atual contexto socioeconómico deve ser substituído por um agir sensato, respeitador e com preocupação centrada na pessoa, com delicadeza, benevolência, simplicidade, sensibilidade e doçura (Hesbeen, 2006) e que "...testemunham a grande atenção prestada ao outro, ou que, mais amplamente, testemunha a maneira de ocupar um lugar, uma função, de marcar presença numa determinada situação" (Hesbeen, 2006, p.7). O mesmo autor acrescenta que o objetivo dos enfermeiros não deverá ser a restituição à pessoa do seu estado normal ou adaptá-la aos seus saberes técnicos e teóricos mas "...tentar ajudar a pessoa a criar uma forma de viver portadora de sentido para ela mesma e compatível com a sua situação" (p.50).

A enfermagem como uma profissão que contempla a dimensão social, de ajuda, que mobiliza saberes organizados e sistematizados, responsáveis, pelas competências que o caracterizam, deve orientar a sua prática para um modelo de cuidados mais consentâneo, holístico, onde reconheça a pessoa no seu todo, na promoção da saúde, tendo em vista o seu crescimento e desenvolvimento (Collière, 2003).

Os enfermeiros são reconhecidos pelo estado português como "...uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem." (OE, 2003, p.3). É com a percepção de que os cuidados devem centrar-se na pessoa, não devendo ser esgotados em atitudes isoladas de prestação de atos técnicos, pressupondo o empenho de todos os atores, que se deve "... prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente, através de processos de aprendizagem do cliente ..." (OE, 2001, p.8,9).

Esta responsabilidade atribuída aos enfermeiros, como grupo profissional, exige dinâmica e expansão de ação, imbuída de exigência, responsabilidade e saberes, com funções bem definidas para o exercício profissional, das quais destacamos: adoção de conduta responsável e ética, através dos direitos e interesses da pessoa; promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social (OE, 2003). As suas intervenções, devem ser autónomas e interdependentes e devem participar em vários

domínios, nomeadamente, nas áreas de gestão investigação, docência, formação e assessoria sustentada a fim de contribuir para uma melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem (OE, 2003).

A crescente complexidade dos cuidados, tal como refere a OE, abarca a busca de especificidade na enfermagem, como modelo assente numa prática com autonomia para que os contributos pessoais, sociais e económicos dos enfermeiros sejam relevantes para a pessoa, o que contribui para a diversificação e até transformação da sua identidade que, através de sólidos conhecimentos científicos e técnicos e um conjunto de competências específicas, permitem, desempenhar em pleno o exercício profissional. No âmbito da disciplina de enfermagem, a especialização em enfermagem de reabilitação, dotada de um constructo teórico, fomenta e favorece a sua intervenção no contexto de atuação multiprofissional e surge assim como uma componente essencial na melhoria da qualidade de vida das pessoas com um internamento hospitalar, dando resposta às necessidades motoras, cognitivas, emocionais, comportamentais e até mesmo informativas.

4.1. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO PARCEIRO NO PROCESSO DE (RE) ADAPTAÇÃO

O enfermeiro especialista partilha um grupo de competências especializadas, através de um "... conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011, p.8648).

O enfermeiro de reabilitação "cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010, p.2). Como elemento de uma equipa multidisciplinar, que agrega a prestação de cuidados holísticos, estes atuam como agentes fulcrais na obtenção de ganhos em saúde, e tem necessidade de reunir um corpo de conhecimentos especializados, baseando-se no respeito pelas motivações e necessidades individuais da pessoa e família.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), o enfermeiro de reabilitação tem como missão a promoção de ações na prevenção e

tratamento da doença, de processos de readaptação ao longo do ciclo vital da pessoa, para poder manter as capacidades funcionais, otimizar a qualidade de vida da pessoa, família e comunidade, bem como a sua socialização e dignidade (2010).

A configuração de um novo paradigma, sobretudo na forma como se vivencia a diferença, handicap e sua singularidade, evitando que esta se transforme em desigualdade, pressupõe um suporte no acompanhamento do seu processo de adaptação e de recuperação que pressagia uma intervenção de enfermagem de reabilitação holística, capaz de avaliar as situações de cuidados em toda a sua complexidade e o seu impacto na sua vida futura da pessoa e na dos que o rodeiam. Será necessário vaticinar que o enfermeiro de reabilitação seja capaz de promover um trabalho interprofissional dirigido não só à prevenção e limitação de sequelas, à preservação do seu máximo potencial mas também à promoção da melhoria da qualidade de vida dos intervenientes ajudando-os a realizar os seus projetos de vida.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE constituem-se como uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação em qualquer contexto de ação e consolidam trajetos sustentados para o seu aprofundamento e disseminação no sentido de evoluir através da implementação de estratégias de qualidade em duas perspetivas, a coletiva e a individual, nos contextos onde exercem a sua atividade (OE, 2011).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, são um instrumento fundamental no desenvolvimento de percursos para a qualidade, tendo subjacente a experiência de um percurso em desenvolvimento através de contributos efetivos. Este périplo tem a sua génese em desígnios fundamentais que passam por promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população para neste sentido “promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração da funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades; promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade; promover a capacidade para o auto-cuidado da pessoa com necessidades especiais e deficiência” (OE, 2011,p.5).

Esta área de enfermagem, de intervenção especializada, revelou-se, desde logo, uma nova etapa consubstanciada por um projeto de intervenção sustentado na procura permanente da excelência no exercício profissional para que o enfermeiro especialista de reabilitação consiga: perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; ajudar os clientes a alcançarem o máximo de potencial de saúde; prevenir complicações para a saúde; maximizar o bem-estar e suplementar/complementar as atividades de vida em que

seja dependente; desenvolver processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde; desenvolver processos de reeducação funcional almejando a qualidade de vida e a sua reintegração e participação na sociedade; desenvolver processo de promoção e inclusão social; bem como contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e assim contribuir para implementação e desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e da qualidade dos cuidados (OE, 2011).

Neste sentido a prática de enfermagem de reabilitação não deve supor a aplicação de conhecimentos gerais, não se restringindo à soma das intervenções de cada utente, mas a apropriação de aptidões e saberes, inscrevendo-se num projeto de cuidados baseado em processos de competência e aperfeiçoamento. Através de um "...processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida." (Stryker, cit. por Hoeman, 2000, p.3), a enfermagem de reabilitação deve integrar ações convergentes e sinérgicas, seguindo uma estratégia, exprimindo a necessidade de agir para que a "cronicidade" do indivíduo não se traduza numa real desvantagem, "handicap", e por fim "o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo..." (Hesbeen, 2003, p.33).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para ganhos em saúde, adicionais, que vão desde a "diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência; diminuição do número de episódios de internamento; diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, como úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular; diminuição do consumo de medicamentos; aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social; diminuição da morbilidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adequação do ambiente, habilitação, com menor dependência socioeconómica e otimização da reintegração do utente no seio familiar e social" (APER, 2010, p.4).

O cuidar em reabilitação não poderá ser programável, pré estabelecido ou repetido de utente para utente, deve ser imbuído de um processo de crescimento, de desenvolvimento constante e com o poder de conduzir à transformação. Segundo Hesbeen (2000), este conceito não deve ser confundido com a expressão popular "tomar

conta de”, integrando-se assim num campo mais reducionista e desresponsabilizador, mas deve ser ostentado como forma de valor e não de verdade científica, ser acessível a toda a gente, dando lugar ao ser humano, enquanto sujeito singular, aberto ao conhecimento e com espaço de liberdade para a reflexão e para a ação sobre o outro.

Com o aumento de pessoas com osteoartrose e conseqüente cirurgia, ATA, surge a necessidade de cuidados através de alternativas à “desospitalização”, auspiciando programas que possam reabilitar para assim maximizar a funcionalidade, a independência física, emocional e social, dirigindo a sua ação para a prevenção e tratamento, contextualizando a pessoa, a família e a comunidade numa perspectiva mais social e menos biológica. Tendo em conta as limitações que se poderão ou não constatar, será necessário estabelecer a motivação e a conseqüente satisfação, traduzido em resultados observados, em ser capaz de realizar as ações nos seus hábitos de vida de modo que a pessoa possa reintegrar e (re) encontrar o equilíbrio face aos novos desafios que poderão surgir. É a tomada de consciência deste papel, que permite que os intervenientes possam cumprir cada um a sua missão, através de uma complementaridade salutar e tranquila.

Um programa de reabilitação deverá ser iniciado com uma avaliação global da pessoa, para que o mesmo seja adequado e personalizado. Esta avaliação deve ser realizada ao longo de todo o processo e são determinantes para assegurar uma maior independência e melhor qualidade. O programa de reabilitação da pessoa com ATA deverá integrar dois momentos distintos: pré-operatório e pós-operatório. Compreendem os cuidados nos primeiros cinco dias pós cirurgia, e tem como objetivos: prevenir complicações, reduzir a dor e o edema, promover amplitude de movimento, restaurar segurança e independência. No período pré – operatório o enfermeiro deve informar e esclarecer sobre o procedimento cirúrgico e sobre os cuidados e precauções a serem realizados no pós-operatório com a finalidade de capacitar a pessoa e iniciar a preparação da alta para o domicílio. No pós-operatório o programa pode ser iniciado no dia da cirurgia ou no dia seguinte. A sua execução depende da tolerância da pessoa à dor. Os exercícios a realizar incluem: exercícios isométricos dos quadríceps, dos glúteos; flexão ativa da anca, com manutenção da amplitude do movimento dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica; exercícios da articulação tibiotársica e abdução isométrica da anca. Ao segundo dia pós-operatório deve ser realizado o ensino e treino da mobilidade no leito e transferência que deve progredir para o treino de marcha com dispositivo auxiliar (entre o segundo e terceiro dia). A técnica do treino de marcha (técnica a três pontos) pode incluir descarga do membro operado se a prótese não for cimentada e progredir posteriormente para o treino de subir e descer escadas, transferência para

carro, ensino e treino de exercícios para dar continuidade no domicílio e o ensino e treino das restantes ABVD. O envolvimento do prestador informal de cuidados em todo o processo deve ser iniciado precocemente (Kisner & Kosby, 2009).

No momento da alta a pessoa deve demonstrar conhecimento sobre as precauções a ter com a mobilização do membro afetado uma vez que não deve: realizar a flexão da anca acima dos 90°, a adução além da linha média do corpo, bem como a rotação medial da anca, e ainda, conhecimento sobre os posicionamentos para uma mobilidade funcional adequada, nomeadamente a posição para dormir e para adotar a posição de sentado e conhecimento sobre a adequação da técnica de posicionamento para a realização das atividades de vida diárias. Deve ser independente nas transferências e no programa de exercícios de fortalecimento muscular, na marcha e no uso de dispositivos/produtos de apoio; (Maxey & Magnusson, 2003).

O enfermeiro de reabilitação, como elemento da equipa multidisciplinar, tem como objetivo cuidar a pessoa na singularidade da sua existência, ajudando-a a criar uma maneira de viver portadora de sentido para si mesma e que seja compatível com a sua condição (Hesbeen, 2003). As atuais premissas das organizações no âmbito da saúde, nomeadamente os CSH, integram os cuidados de enfermagem de reabilitação, para que seja possível alcançar a maximização da capacidade da pessoa na realização das atividades de vida diária, traduzindo ganhos em saúde, de forma sustentável, cujo objetivo último é a qualidade de vida.

5. DAS ATIVIDADES DE VIDA PARA UMA VIDA DE ATIVIDADE

A capacitação para a realização das ABVD, torna-se um desafio para a pessoa com ATA, durante o internamento hospitalar. A intervenção do ER deverá centrar-se no aproveitamento máximo do potencial da pessoa, através de um processo de cuidados, para dar resposta às suas dificuldades e necessidades. De acordo com Collière (2003) o processo de cuidados, representa por essência, o campo de competência da enfermagem e deve partir de um trabalho construído de acordo com a/as finalidades a que se propõe atingir, para desencadear ações que possam satisfazer ou compensar a pessoa.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são indispensáveis para o resgate das capacidades das pessoas, das suas funções orgânicas e motoras e deve envolver componentes atitudinais, psico-espirituais, económicos e políticos. A sua capacidade deve abranger uma perceção conducente com uma parceria de cuidados assertiva, uma vez que podem ser influenciados por fatores externos à pessoa, que passam pelo

contexto sociocultural, engloba o campo de competências e saberes bem como os obstáculos consagrados pelos serviços e também fatores específicos ou internos da pessoa (Nunes, 2008).

A pessoa poderá vivenciar um processo contínuo de dependência/independência, sendo esta determinada pela capacidade para realizar funções de vida diária, ou seja, a capacidade que se tem para satisfazer as necessidades humanas básicas sem a ajuda de outrem. Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), a capacidade é definida como uma aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou uma ação. Este constructo declara o nível máximo provável de funcionalidade que se pode atingir em determinado domínio e num dado momento (OMS, 2003). Podemos acrescentar que um estado de funcionalidade num domínio específico revela-se uma interação ou relação complexa que abarca a condição de saúde e respetivos fatores contextuais (ambientais e pessoais), que através de uma interação dinâmica podem resultar em modificação numa ou nas várias dimensões da pessoa (OMS, 2003). Esta correlação entre funcionalidade e handicap resulta num "...somatório das funções orgânicas (designadamente das funções fisiológicas dos sistemas orgânico e psicológico), das estruturas anatómicas (designadamente das partes anatómicas do corpo, como os órgãos e os membros), das incapacidades (designadamente dos problemas na função orgânica), da atividade (designadamente da sua execução) e da participação (designadamente na capacidade de implicação numa situação da vida real)" (Diniz, 2002, p.29).

A capacidade de adaptação consiste na forma como a pessoa é capaz de superar as crises e incapacidades, manter uma autonomia de vida e evolução do seu estado funcional, sendo fundamental a avaliação clínica associada a uma correta avaliação funcional (Cabete, 2005). Segundo Lawton e Brody citados pela mesma autora, o estado funcional traduz-se na "...interação entre dois conjuntos de variáveis: as variáveis individuais, ou competências, e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente) ..." (2005, p.15), que traduz a capacidade de se manter autónomo e ativo num determinado ambiente. As limitações funcionais são denominadas restrições na realização de ações físicas e operações mentais fundamentais para a vida diária (Pereira & Gomes, 2004).

Com o objetivo de exercer plenamente as ABVD e manter-se independente, a pessoa necessita de um bom desempenho funcional. A avaliação funcional traduz-se por um método "...de descrever as competências e limitações a fim de medir o uso individual de várias capacidades que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária,

atividades de lazer, objetivos vocacionais, interações sociais e outros comportamentos necessários” (Granger, 1987 cit. por Hoeman, 2000:165).

A autonomia como um status de auto-governança e auto-orientação abarca o direito da pessoa em ser “autônomo, independente, ter autocontrole e estar orientado” (INC, 2005, p.95) dando ênfase a um cuidado especializado de reabilitação baseado num modelo de atenção à pessoa e tudo o que a rodeia. Do consenso sobre a importância da intervenção do ER na pessoa hospitalizada derivam preposições mais pragmáticas sobre os fundamentos e razões que se revelam em ganhos em saúde e que se mostram norteadores de uma preocupação direta na readaptação baseado num status sociocultural dos atores envolvidos. Estas mudanças portadoras de sentido sustentam-se na responsabilização da própria pessoa e família para um cuidado pessoal em relação às atividades de vida diária (ABVD) através de processos de promoção ensino e motivação para a autonomia. As ABVD são um conjunto de tarefas executadas diariamente e contribuem para a construção de uma identidade, uma apresentação do eu, no meio onde cada pessoa se insere, permite a aceitação de si próprio com resultados diretos na autoestima (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Hoeman (2000) define o autocuidado como um processo que permite à pessoa e família uma primeira oportunidade para desenvolver a capacidade de funcionar o mais eficazmente possível após acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais. Segundo o Internacional Nursing Council (INC) o autocuidado é, também, entendido como uma “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (INC, 2005, p.46).

Estas atividades incluem um conjunto de tarefas comuns que se esperam que sejam desempenhadas da forma mais autônoma, de rotina no dia-a-dia e podem ser subdivididas em dois grupos: atividades básicas de vida diárias (ABVD) ou cuidado pessoal e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) ou atividades domésticas ou comunitárias (OE, 2011).

As funções de manter ou recuperar a independência e minimizar o impacto das incapacidades observáveis, nas ABVD, reportam-se às funções e estruturas do corpo na participação e execução de atividades como: higiene pessoal, que inclui o uso do chuveiro, banheira, o ato de lavar o corpo, higiene oral, bem como, o arranjo pessoal; controlo da eliminação vesical e intestinal, o uso do sanitário, que passa pelo ato autocontrolado de mictar ou defecar, o uso do sanitário para a eliminação e sua

higienização; vestuário, que inclui a atividade de ir buscar roupas ao armário e a capacidade para as vestir (roupas íntimas, roupas externas, apertar botões fechos e cintos bem como calçar meias e sapatos); alimentação que inclui o uso dos talheres, fragmentar os alimentos no prato e dirigir a comida do prato (ou análogo) à boca; locomoção que passa por deslocar-se autonomamente; transferência que inclui sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa ou transferir-se de uma cadeira para outra, para a banheira, sanita ou qualquer outra superfície (OE, 2011).

A capacitação para a realização destas atividades, ou cuidados pessoais diários, podem tornar-se desafios singulares para a pessoa que apresente uma incapacidade ou handicap, mas também conduz para a intervenção do ER no aproveitamento máximo do seu potencial para a satisfação das suas necessidades básicas diária através da: aprendizagem de capacidades, quer da pessoa quer da família, relativamente à promoção do autocuidado e prevenção das respetivas complicações, bem como através da identificação e aprendizagem da capacidade para o uso e utilização de dispositivos de compensação, na melhor gestão para ultrapassar as barreiras arquitetónicas e até apoio e aconselhamento social (Hoeman, 2011).

Este processo baseado na adoção de estratégias de intervenção centradas nas necessidades da pessoa resulta numa interação entre os diferentes atores, que se elucidam mutuamente e embora tenham diferentes competências, complementam-se. Como resultado desta relação entre prestador de cuidados/utilizador de cuidados emergem métodos e instrumentos de planeamento e organização do trabalho, denominados modelos teóricos sobre os cuidados de enfermagem (Amendoeira, 2000). Um modelo é “um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique...” (Riehl & Roy cit. Roper, Logan & Tierney, 1995, p.13).

Para além da conceptualização do cuidado de enfermagem, estes modelos convertem-se numa linha norteadora uma vez que “oferecem uma primeira articulação do que é a enfermagem e do que os enfermeiros fazem; proporcionam a conceptualização de como ajudar as pessoas no conforto, como realizar os tratamentos com o menor risco e como aumentar o bem-estar; oferecem uma linguagem comum de base e de acordo acerca de quem são os clientes; os clientes respondem ao cuidado de uma forma global; o cliente do cuidado é o membro de um grupo de referência e as intervenções só tem significado se o todo for considerado” (Amendoeira, 2000, p.5). Baseados nestes pressupostos pensamos que o modelo de enfermagem de atividades de vida de Nancy Roper oferece

uma estrutura que valoriza a saúde como um processo social dinâmico, dependente de múltiplas variáveis multidimensionais que sustenta e valoriza a ideia de que todas as pessoas estão envolvidas em atividades ao longo da sua vida e que estas se situam entre dois polos dependência versus independência. Roper, Logan e Tierney (2001) sustentam este modelo num modelo de vida, que abraça um grande campo de atuação da enfermagem quer a nível da manutenção e promoção da saúde, da prevenção da doença, da promoção da reabilitação quer no domínio do ensino. São cinco os conceitos, que segundo os mesmos autores estão na base da conceção deste modelo:

Atividades de vida correspondem doze atividades (higiene pessoal, respirar, controlar a temperatura do corpo, comer e beber, eliminar, mover-se, trabalhar e divertir-se, comunicar, dormir, manter um ambiente seguro, expressar a sexualidade e morrer) que inserem várias dimensões e contribuem coletivamente para o processo complexo de vida de cada pessoa, em que uma atividade geral é composta por várias atividades específicas;

Etapas de vida aludem ao processo de crescimento da pessoa desde o nascimento até à morte, que através de conjunturas (físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais ou até mesmo político-económicas) inerentes à pessoa ou exteriores à mesma imprimem mudanças contínuas que designam a complexa condição do processo de vida;

Grau de dependência/independência que está intimamente ligado às etapas e as atividades de vida diárias. Independentemente da etapa de vida que cada pessoa se encontre experencia um determinado estado de dependência/independência para cada uma das atividades desempenhadas. Este estado permanente situa-se entre a dependência total e independência total;

Fatores que influenciam as atividades de vida são preponderantes na capacidade para o desempenho destas ações ao longo das várias etapas da vida. Os fatores físicos agregam a capacidade física do corpo que difere de acordo com a idade e resultam em diferentes estádios de dependência/independência; os fatores psicológicos influenciam o desenvolvimento intelectual e emocional, interferindo com a capacidade para o desempenho na execução das respetivas atividades, influenciando a sua independência; os fatores socioculturais, estão fortemente relacionados com todos os outros fatores, e abrange também aspetos da vida espirituais, religiosos e éticos; os fatores ambientais também têm um peso importante no nível de dependência/independência e está relacionado com o que é, fisicamente, externo à pessoa; e os fatores político-económicos abarcam aspetos de vida que resulta da ação e pressão económica e social, que se refletem na legislação, logo tem uma vínculo legal que podem também influenciar e

modificar as atividades de vida. Todos os fatores acima mencionados estão intimamente ligados à dimensão de pessoa e tudo o que nela encerra.

Individualidade da vida ilustra a forma como cada pessoa individualmente vivencia e desempenha cada uma das atividades. Esta individualidade pode manifestar-se: na forma como cada pessoa efetua a atividade, quantas vezes esta é efetuada, onde são efetuadas, quando a executa, porque é que a efetua, o que é que a pessoa sabe sobre a mesma, o que é que a pessoa acredita e qual a atitude em relação à atividade de vida (Roper, Logan & Tierney, 1995).

Todas as atividades diárias contribuem para o processo complexo de vida, que apesar de compreenderem várias dimensões específicas, estão intimamente relacionadas. A saúde, ou a perceção desta, não passa pela medição da presença ou não de doença e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional, uma vez que, a maioria das pessoas, se consideram saudáveis independentemente de determinados problemas associados. Quando por fatores diversos associados ao processo de vida e/ou a processos de morbilidade, como procedimentos cirúrgicos, que resultam em períodos mais ou menos longos de internamento hospitalar, a capacidade funcional para a realização destas ABVD, fundamentais e para reintegração da pessoa no seu meio sociofamiliar pode ficar comprometida. Para o enfermeiro de reabilitação a independência ou a capacitação para obter um máximo de funcionalidade possível, nas ABVD, devem ter como ponto de partida a multiplicidade das realidades e transações humanas e o desafio que ocorre neste âmbito, perspetivam a pessoa situada na família e no seu meio, com o objectivo de maximizar as suas funções físicas e intelectuais a fim de desenvolver as habilidades necessárias para alcançar uma melhor qualidade de vida.

6. PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR. DE UM TRAJETO PARA UM PROJETO DE QUALIDADE DE VIDA

O principal objetivo do SNS passa por garantir a prestação dos cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada pessoa devendo, ainda, definir os tempos máximos de resposta garantidos e o direito de informação sobre essa atividade (DGS, 2010). O espaço hospitalar evoluiu significativamente ao longo dos anos e hoje assistimos a uma maior necessidade de cuidados especializados, como resultado de um aumento da longevidade e das doenças crónico-degenerativas, para os quais estas instituições de saúde estão preparadas através de cuidados altamente técnicos, diferenciados e medicalizados.

A hospitalização pode ser vivenciada de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as representações de saúde e de doença, as experiências anteriores, não só porque impõe à pessoa um ambiente próprio, impessoal e institucional, que lhe é estranho, mas também porque altera não raras vezes as suas referências existenciais (Gonçalves, 2008). Este manancial de ameaças é vivenciado como "...ameaça à vida e à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição dos outros face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e dependência dos outros para o bem-estar" (Cabete, 2005, p.19). Costa (2002) acrescenta que os internamentos hospitalares sujeitam a pessoa a um isolamento em relação ao seu mundo, e impõe uma série de regulamentos e normas que orientam o quotidiano através de comportamentos baseados na ideologia centrada na doença. Não raras vezes a pessoa "...não sabe quase nada sobre a doença, não conhece o diagnóstico e não é informado sobre os procedimentos; muitas vezes nem as questões que coloca lhe são respondidas" (Cabete, 2005, p.21).

É fundamental ter a noção da perceção da pessoa, em relação ao internamento, pois esta significação premeia o conhecimento do que é estar hospitalizado, através dos sentidos ou de acontecimentos humanos e permite perceber e compreender o que se sente e a forma como esta nova situação é vivenciada. Pode dizer-se que a perceção, é a forma de perceber, e compreender aquilo que o utente sente, em relação à hospitalização, e à forma como vivencia a nova situação (Nunes, 2008).

Para além do stress que o acompanha, pela própria doença, também o procedimento cirúrgico, desde a preparação pré-operatória até ao momento da alta, pode resultar em distúrbios fisiopatológicos, que se podem manifestar física e psicologicamente. A ideia que norteia as questões da saúde diz respeito à manutenção de vida autónoma e independente, expressa pela capacidade de autodeterminação e execução das atividades de vida diária sem necessidade de ajuda após a alta. Após um período de internamento a reabilitação da pessoa tem a sua continuidade no domicílio, para uma rápida e sadia reintegração da pessoa na comunidade, com um máximo de autonomia e independência funcional. A importância acrescida na preparação da alta compreende "uma série de procedimentos que permitem a saída do hospital, com a mobilização de recursos que garantam a satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa dependente (Nunes, 2008). O mesmo autor acrescenta que a elaboração de um plano de alta encerra um processo de antecipação e planeamento à medida que a pessoa passa pelas várias fases de cuidados, para dar resposta às alterações e necessidades

personais. Este processo deve implicar uma colaboração multidisciplinar, devendo envolver a pessoa, a família e as pessoas significativas.

Mais do que uma transferência do hospital para a comunidade, o planeamento da alta deve ter início na admissão, ser contínuo, onde o enfermeiro, como principal parceiro, deverá basear-se nas seguintes premissas: o internamento engloba uma série de eventos com impacto na pessoa e família, destacando-se, a própria doença e os respetivos tratamentos, que geram sentimentos de receio, onde até mesmo os gestos habituais de cuidar de si lhe parecem complicados e repletos de estranheza; torna-se pertinente analisar com a pessoa/família as dificuldades para assegurar as necessidades do quotidiano relacionado com a sua condição de vida e como a resolver, uma vez que este processo pode resultar em perda de autonomia; o profissional deverá proporcionar à pessoa e família um processo de cuidados que permita mobilizar as capacidades, para ajudar a ultrapassar as limitações impostas pela doença através de uma adaptação assertiva de meios ao seu alcance; deve estar com o doente/família e compreender, segundo o seu quadro de referência e projetos de vida, o modo como está a lidar com a situação, para obter uma melhoria na qualidade de vida; se conhecer a estruturação do pensamento, da pessoa, em torno do que significa as relações com a vida, com a saúde, a doença, integrando nele a sua experiência e subjetividade, ajuda o profissional a fundamentar tanto as suas ações, como antecipar os benefícios esperados; a informação, como outros meios, só terá sentido se articulada com um processo relacional onde a participação estabelecida da pessoa/família seja uma realidade; (Gomes, Almeida & Rebelo, 2000).

A DGS (2004) menciona que um bom planeamento de alta é essencial "...não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar a sucesso de reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade ...é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia" (p.2).

Um dos desafios que se coloca ao enfermeiro de reabilitação é a prevenção e tratamento da incapacidade funcional, pois este assume-se como parceiro privilegiado de um projeto que exige cuidados de qualidade na saúde da pessoa, como sujeito de cuidados, de modo a compreender e ultrapassar as barreiras interpessoais, comportamentais e sociais e garantir o mais rápido regresso a casa. A par das expectativas e das exigências sociais assiste-se ao despoletar de uma estratégia global e integrada para o desenvolvimento contínuo da qualidade de vida da pessoa aquando um processo de doença e/ou conseqüente internamento hospitalar.

Torna-se fundamental a identificação do prestador informal de cuidados ainda durante o internamento hospitalar, no sentido de o incluir em todo o processo e projeto de preparação da alta onde a pessoa através do apoio social, familiar e de amigos consegue obter maior qualidade de vida. A qualidade é um conceito evolutivo determinado por um conjunto de características, em função de critérios próprios, com objectivo de “...atingir uma vida plena de manutenção do seu funcionamento e de bem-estar, considerando que a cura para a maior parte das patologias e a sobrevivência associada são importantes mas, o que realça ainda mais esta importância é a qualidade com que se vive esta sobrevida...” (Vieira, 2003, p.62). Também Soares (2006) alude à complexidade deste conceito, na medida em que esta significação resulta de múltiplas conceções em função de cada pessoa, que abrange valores, aspetos culturais e de ordem económica.

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) deve ser compreendida numa perspetiva multidimensional, uma vez que engloba aspetos físicos, mentais e sociais, associados a sintomas, limitações e incapacidades resultantes de processo de doença (Seidl & Zannon, 2004). A qualidade de vida pode, assim, ser definida como “... um juízo subjectivo do grau de satisfação e bem-estar pessoal, associado a indicadores objectivos biológicos, psicológicos e comportamentais, mas que traduzam a percepção dos próprios doentes (...) estado de saúde das pessoas nas dimensões biológica, psicológica e social, percebidas pelas próprias” (Soares, 2006, p.49).

A noção de bem-estar como uma “...imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.” (INC, 2005, p.95), assenta na percepção individual da pessoa, no seu contexto, sistema cultural e de valores, relacionado com objectivos de vida, expectativas, normas, preocupações, incluindo a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, relações sociais, crenças, convicções e relação individual com aspectos do meio ambiente (OMS, 2001). A promoção do bem-estar físico é atribuída ao bom funcionamento do corpo, isto é, normalidade biológica, boa forma física, e capacidade de realização de tarefas. O bem-estar social abrange as relações interpessoais e questões sociais como: satisfação material, empregabilidade e envolvimento comunitário. Por fim, o bem-estar mental integra a auto-eficácia, o bem-estar subjectivo bem como a competência social e a robustez psicológica (Laverack, 2008).

O regresso a casa, após uma boa integração baseada nas capacidades remanescentes da pessoa e nas competências dos que os acompanham, deverá promover e assegurar a integração nesta nova fase de adaptação ao meio sociofamiliar. Ao pôr em prática os aspetos ensinados, ajuda quem cuida e é cuidado, permitindo uma continuidade do

ensino iniciado a montante consolidando, validando, reintegrando e instilando maior autonomia neste processo. Poderemos perceber a importância deste regresso e reintegração no seu meio, e de que forma é que esta vivência influencia toda a experiência de vida da pessoa, se pensarmos que maior grau de satisfação, permite associar mais energia para efectuar as actividades de vida diária de forma mais independente e durante mais tempo no meio que a rodeia.

7. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O facto de estar num hospital e se submeter a um internamento, acarreta ansiedade e medo, pela adaptação a um novo ambiente repleto de sentimentos e com influência negativa a nível funcional e psicológica de quem dele sofre. O enfermeiro de reabilitação ajuda a pessoa com ATA a gerir este processo, cujo objetivo último é a sua adaptação às limitações, minimizar a incapacidade e assim promover a autonomia na realização das actividades de vida diárias, com melhoria e reflexos na qualidade de vida. São os cuidados sistematizados e individualizados, resultantes de um processo de elaboração, execução e avaliação, tendo em conta a história de vida da pessoa cuidada, que o Enfermeiro reabilita o ser humano na sua magnitude física, emocional e social, fortemente afetados pela gestão de quantidade em detrimento da gestão com base na qualidade.

Confrontados com a observação diária de pessoa com ATA, temos a percepção do nível de dependência que esta cirurgia e conseqüente internamento impõem, que resultam em processos complexos de incapacidade funcional. Assim, perante esta percepção e à luz dos pressupostos supramencionados, emergiu a necessidade de um olhar atento sobre as necessidades e dificuldades da pessoa com ATA, e a sua qualidade de vida no domicílio.

A consciência desta realidade e no sentido de melhor orientar o nosso percurso foram definidos os seguintes objetivos:

- Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, no momento da admissão no internamento hospitalar;
- Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, após a cirurgia;
- Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, no domicílio;
- Avaliar o Índice de Qualidade de Vida da pessoa com ATA no domicílio;

- Conhecer a percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades, no domicílio;
- Conhecer a percepção da pessoa com ATA sobre as necessidades, no domicílio;
- Conhecer a percepção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação;
- Analisar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD face à percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades no domicílio;
- Verificar a natureza da relação entre as variáveis idade, sexo, IMC, nível escolaridade, patologia associada, nível de dor e enfermeiro de reabilitação com a dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD e a sua qualidade de vida no domicílio.

A investigação em Enfermagem de Reabilitação proporciona novos caminhos à profissão que resultam num cuidar de qualidade para a pessoa com ATA. Trata-se de um processo resultante de múltiplos questionamentos que decorrem da práxis (Hoeman, 2011), assim, segundo a mesma autora, a investigação é um elemento essencial para a melhoria dos cuidados em enfermagem reabilitação. Deste modo, a construção da disciplina e profissão de enfermagem e conseqüentemente, o papel da investigação, neste processo, transporta-nos para um outro patamar desta discussão. O próximo capítulo, compreende etapas que se efetuaram de forma interativa e representam uma conceção daquilo que realizamos na fase empírica.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO

A enfermagem de reabilitação tem identidade própria, e a investigação faz parte do seu dia-a-dia, apresentando-se como um meio e não o fim da produção do saber, através da incorporação, aplicação, disseminação e validação da natureza dos fenómenos com que se depara. A Ordem dos Enfermeiros afirma que a investigação em enfermagem é um “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena” (2006:1).

Nesta perspetiva, e no sentido de dar resposta aos objetivos traçados, optamos por delinear um plano metodológico que através das opções adotadas, originaram o percurso e desenvolvimento do estudo. A metodologia condutora de todo o percurso foi efetuada de forma ordenada, progressiva, detalhada, apropriada à natureza e contornos da problemática. Foi estruturada matricialmente uma linha de investigação, que se configura numa opção para se obter uma compreensão mais holística do fenómeno em estudo.

Em consonância com os objetivos traçados optámos por uma abordagem quantitativa e qualitativa, tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e correlacional. Foi um estudo longitudinal, uma vez que a recolha de dados foi efetuada em vários momentos do período de estudo (Ribeiro, 2008).

A investigação quantitativa traduz-se num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que através de um plano ordenado se percorre uma série de etapas, obtém-se resultados que se baseiam em características como objetividade, predição, controlo e se possível generalização. Esta objetividade assenta em compostos de medida, em que a pessoa encerra características fisiológicas, sociais e psicológicas que poderão ser controladas e medidas, com total abstração do mundo que as rodeia (Fortin, 2009).

O paradigma qualitativo preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno, integra uma conceção holística da pessoa, agrega realidades e crenças que resultam da perceção dos atores envolvidos, que orientam todo o processo e que são mutáveis com o tempo. Os resultados são únicos e imprevisíveis, são resultado do sentido e da significação que o fenómeno tem para a pessoa e está orientado para a compreensão total do mesmo (Fortin, 2009).

Baseados nestes pressupostos, tentámos adaptar o estudo ao corpo de conhecimentos estudado que se inscreve nas ameaças e nos desafios que são vivenciados pela pessoa com artroplastia total da anca, como resultado de diferentes fatores e a influência que a intervenção do enfermeiro de reabilitação impõe na promoção da independência e autonomia para as ABVD, que se reflete na qualidade de vida no domicílio.

Um estudo exploratório, descritivo alude a uma descrição, descoberta de fatores, caracterização e nomeação de um fenómeno, situação ou acontecimento, tornando-o conhecido e o estudo correlacional permite explorar e descrever relações entre variáveis, bem como analisar a associação entre as mesmas e assim circunscrever e descobrir os fatores ligados ao fenómeno (Fortin, 2009).

Neste caminho metodológico e após definir e delinear o tipo de estudo, sustentado nos objetivos a montante enunciados, ascendemos a outro estadio do processo, que engloba a caracterização do contexto onde se desenvolveu o presente estudo.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Toda a investigação tem um ponto de partida, e cada etapa é paulatinamente trabalhada e superada em conformidade com os objetivos do estudo, permitindo por isso definir o contexto onde se efetuou a pesquisa. Tendo por base os objetivos definidos, o estudo foi desenvolvido em dois contextos distintos, o primeiro foi numa unidade de internamento (serviço de ortopedia) numa unidade local de saúde da zona norte e posteriormente no domicílio dos participantes (no distrito de Viana do Castelo).

Primeiramente, apresentamos a unidade de saúde, que serviu de cenário para a primeira fase do nosso estudo e esta opção resultou do facto de se tratar de um serviço cirúrgico do foro ortotraumatológico, onde estão internadas as pessoas com ATA, para assim dar resposta aos objetivos deste estudo.

O contexto onde se realizou a pesquisa refere-se a uma unidade do tipo E.P.E, da zona norte, que tem como objetivos a obtenção de maiores ganhos de saúde para a população residente e o aumento da acessibilidade, a expectativa de excelência desta integração. A sua missão é atender e tratar, em tempo útil, com eficiência e qualidade, em parceria com a rede dos centros de saúde e dos hospitais do SNS, a custos socialmente comportáveis, os doentes necessitados de cuidados hospitalares (DGS, 2010). Esta instituição de saúde agrega a prestação de cuidados em regimes de internamento, ambulatório e meios complementares de diagnóstico e outros serviços de apoio, integra valências básicas e intermédias. Quanto à capacidade, dispõe de 26 especialidades, tem uma lotação de 499

camas, das quais 54 são destinadas ao internamento de utentes do foro ortotraumatológico.

O terreno de pesquisa onde se desenvolveu o estudo foi num serviço de ortopedia, que integra o departamento de cirurgia, possui uma lotação de 25 camas no total. Os utentes provêm da consulta externa, bloco operatório, serviço de urgência, outras unidades/instituições de tratamento. Este serviço realiza uma grande diversidade de cirurgias, quer do foro traumatológico, cirurgia proveniente do serviço de urgência, quer do foro ortopédico, cirurgia programada, como podemos verificar pelo quadro nº1, que descreve o movimento cirúrgico desde 2005, das pessoas com coxartrose que foram intervencionadas a artroplastia total da anca (dados fornecidos pelo gabinete de estatística, da instituição onde se realizou o estudo).

Gráfico nº 1. Distribuição das pessoas intervencionadas a ATA por ano



Podemos constatar, o grande volume de pessoas que são submetidas a ATA anual, que é um grupo de pessoas que deve ter especial atenção do enfermeiro de reabilitação.

Quanto aos recursos humanos este serviço é constituído por uma equipa de enfermagem (17 enfermeiros), com um enfermeiro de reabilitação no serviço. O enfermeiro de reabilitação "...conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde" (OE, 2001, p.14). Na procura permanente da otimização do cuidar em enfermagem de reabilitação, torna-se imprescindível adequar produtos de apoio existentes neste serviço, nomeadamente para melhor desenvolver os processos de capacitação e adaptação, nomeadamente a nível das atividades de vida diária, para preparar precocemente a alta da pessoa após a cirurgia. Esta unidade de cuidados têm por objetivo prestar cuidados médicos/ cirúrgicos e de enfermagem geral e especializada a indivíduos que apresentem patologias do foro ortotraumatológico.

O segundo momento da recolha de dados foi desenvolvido no domicílio dos participantes, duas semanas após a alta hospitalar. Os trinta participantes residiam no distrito de Viana do Castelo.

Figura nº1. Mapa do distrito de Viana do castelo



Este distrito é composto por dez concelhos, que ocupam mais de 60% da área do Alto Minho, duzentas e noventa freguesias, treze vilas e uma cidade, com uma população residente de 244836, pelo que se observou nos últimos censos, uma taxa negativa de crescimento efetivo de -0.47% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

É um distrito essencialmente rural, a densidade populacional é ligeiramente inferior à de Portugal, reflexo da desertificação e acentuado envelhecimento da população, principalmente nos concelhos do interior (Arcos de Valdevez, Paredes de Coura, Monção e Melgaço). O índice de dependência dos idosos é ligeiramente superior ao da região norte e ao do país, o índice de dependência dos jovens é inferior o que significa que os jovens do distrito iniciam a uma vida ativa mais cedo em prejuízo da continuidade da formação académica. Segundo os últimos índices demográficos apurados em Portugal estamos perante um envelhecimento acelerado da população, aspeto já evidenciado na década passada, como podemos verificar pelo quadro seguinte.

Quadro nº1. Índice de Envelhecimento, população residente e variação populacional da região do Minho-Lima e Portugal

Local de residência	Período de referência dos dados	Índice de envelhecimento	População residente (N.º)	Variação populacional
Portugal	2010	120,1	10636979	-734
	2001	104,2	10329340	72682
Minho-Lima	2010	164,4	249312	-1078
	2001	135,9	248392	1060

Fonte: INE, 2012

Também o distrito de Viana do Castelo acompanha este crescimento da população idosa, não só pelo aumento da esperança de vida mas também pelo declínio da fecundidade. Relacionando com os dados de 2001, a população residente teve um decréscimo e verifica-se um aumento do índice de envelhecimento. Como podemos observar pelo quadro seguinte, apesar de uma maior percentagem populacional se verificar no grupo etário dos 25-64 anos, verifica-se elevado número de pessoas com mais de 65 anos. No Alto Minho existe maior percentagem de pessoas do sexo feminino, sendo também a este grupo que corresponde o maior número de pessoa idosas (INE, 2012).

Quadro nº2. Índice de Envelhecimento, população residente e variação populacional da região do Minho-Lima e Portugal

População residente (N.º) por Local de residência (MINHO-LIMA), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)/ 2011														
Sexo														
Homem/Mulher					Homem					Mulher				
Total	0-14	15-24	25-64	> 65	Total	0-14	15-24	25-64	>65	Total	0-14	15-24	25-64	>65
249312	32210	27513	136644	52945	117685	16546	14198	66143	20798	131627	15664	13315	70501	32147

Fonte: INE, 2012

Através do conhecimento dos dois contextos, pensamos ter alicerçado os pressupostos que nos levaram à sua escolha, e assim passamos para a apresentação dos participantes deste estudo.

3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na investigação que nos propusemos realizar, a população tornou-se a primeira etapa do processo de amostragem e permitiu um conhecimento generalizado das pessoas a serem estudadas. Os participantes deste estudo foram pessoas admitidas numa unidade de internamento, do foro ortotraumatológico, do distrito de Viana do Castelo, com diagnóstico de coxartrose (artrose primária), para serem submetidas a ATA e que tiveram alta hospitalar para o domicílio.

Segundo os últimos dados do Registo Português de Artroplastias (2011), a artrose primária prevalece entre os 61 e os 80 anos e foram contabilizadas 234 ATA, em 2011, na unidade de internamento do foro ortotraumatológico, de um hospital da zona norte, onde se realizou o estudo.

Os participantes foram selecionados tendo em conta os critérios definidos pelo investigador, que no sentido de, obter uma amostra o mais homogênea possível, considerou os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas com diagnóstico de coxartrose, com artrose primária internadas numa unidade de internamento do foro ortotraumatológico, de um hospital da zona norte;
- Pessoas com ATA (prótese primária), com próteses não cimentadas;
- Pessoas orientadas, ouvintes com capacidade em comunicar verbalmente, para ser possível a compreensão dos depoimentos.

Optámos por incluir pessoas com artroplastia total da anca, não cimentada, por serem cirurgias incapacitantes que maiores exigências colocam à pessoa, nas suas ABVD e apelam à intervenção do enfermeiro de reabilitação. Os participantes do nosso estudo são pessoas internadas durante o período da recolha de dados. A escolha de apenas um serviço (do foro ortotraumatológico) teve como objetivo homogeneizar a população. Tratou-se de uma amostra acidental ou de conveniência uma vez que foram escolhidas pessoas que estavam no local certo e no momento certo, passando a ser “constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p.321).

Para obter o tamanho mínimo da amostra, baseamo-nos em critérios procedentes de análises estatísticas. Para Fortin (2009) os fatores relacionados com tamanho da amostra devem ser essencialmente “... o objetivo e a natureza do estudo, a homogeneidade da população, o número de variáveis, o nível de significância, a potência do teste e a amplitude do efeito esperado” (p.327).

Foi necessário estimar o tamanho mínimo da amostra de modo a posteriormente ser possível efetuar uma análise estatística dos dados. Segundo Pestana e Gageiro (2005), o tamanho mínimo deverá ser de 30 participantes. A amostra foi constituída por 30 pessoas com ATA, através da qual aplicámos duas escalas. Uma vez que também era nossa pretensão descrever e explorar o fenómeno foi realizada uma entrevista em que a amostra foi obtida quando se verificou a saturação dos dados colhidos dos depoimentos das pessoas com ATA, dos trinta participantes foram entrevistadas 10 pessoas.

Depois de selecionada a população e determinada a amostra e apesar de esta ser, por definição e excelência, o âmago de estudo, esta encerra uma multiplicidade de variáveis que permitirão conhecer e explicar o fenómeno a investigar.

4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis consistem naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos. Uma variável independente influencia, determina ou afeta outra variável, é por isso "...fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência; é o fator manipulado (geralmente) pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do fator com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado..." (Lakatos & Marconi, 2003, p.138). A variável dependente é aquela que mais altera num estudo, como consequência da interação da variável independente, consiste "... naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados ... é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente..." (Lakatos & Marconi, 2003, p. 138).

No nosso estudo a variável independente é a intervenção do enfermeiro de reabilitação e as variáveis dependentes são: ABVD (evacuar, urinar, higiene pessoal, ir à casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, escadas, tomar banho) e qualidade de vida. As variáveis de atributo são características, que servem para traçar o perfil dos participantes de um estudo (Fortin, 2009). Neste trabalho, optamos por variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, sexo, IMC, peso, altura, nível de escolaridade e apoio domiciliário, prestador de cuidados, patologia associada e dor. Esta escolha foi baseada num estudo que identificou fatores predisponentes ao declínio funcional da pessoa idosa (Pinho, Almeida, Palma, Moniz, & Silva, 2006) e que nos permitiu englobar as características que para além de um processo de reabilitação podem influenciar a sua capacidade funcional. As variáveis revestem-se de grande importância no processo de investigação, e permitem construir e definir os instrumentos de colheitas de dados para dar resposta aos objetivos do estudo.

5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para dar resposta aos objetivos do nosso estudo optamos por aplicar os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico, índice de Barthel, escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor e entrevista.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Foi aplicado um questionário (apêndice I), construído pelo investigador para o efeito. Foi aplicado no momento da admissão numa unidade de internamento (do foro ortotraumatológico). O questionário foi composto por oito questões fechadas sobre: idade, sexo, IMC, nível escolaridade, apoio domiciliário, prestador de cuidados, patologia

associada, intervenção enfermeiro de reabilitação, nível de dor. Este instrumento teve como objetivo colher informação factual e assim caracterizar as pessoas com ATA, obedeceu a uma apresentação uniformizada, com ordem análoga, promoveu a fiabilidade, facilitou a comparação entre os mesmos e foi anónimo.

Índice de Barthel

Optámos por aplicar o Índice de Barthel (Anexo I), que avalia o nível de dependência das pessoas para a realização de dez ABVD: Evacuar, urinar, higiene pessoal, ir casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, escadas e tomar banho (Sequeira, 2007).

Desde a publicação original deste instrumento, por Mahoney e Barthel em 1965, têm sido desenvolvidas algumas versões, que se caracterizaram quer pelo aumento ou diminuição das atividades avaliadas quer por alteração do sistema de pontuação. Wade e Collin em 1988, desenvolveram uma versão modificada, propondo uma pontuação dos itens de 0,1,2 ou 3, obtendo um escore total da escala entre 0 e 20 que difere da pontuação da versão original (0-100). No nosso estudo foi aplicada esta versão modificada do índice de Barthel, que é composta por 10 itens em que cada uma das atividades, que integra, expõe entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a pontuação de 1 a 3 corresponde a independência (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Este instrumento foi validado para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007. Os mesmos autores concluíram, no seu estudo, que se trata de um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alpha de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$.

Tornou-se necessário verificar a consistência interna desta escala no nosso estudo. Foi utilizado o teste Chronbach's Alpha. Trata-se de uma medida para "... verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica..." (Pestana, Gageiro, 2005, p.526). Os resultados obtidos permitem-nos referir que para a escala, aplicada no dia de admissão no internamento, o valor de alpha foi de 0,92. Para a escala, aplicada ao 5º dia após a cirurgia, o valor de alpha foi de 0,84, e para a escala aplicada no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, o valor de Alpha foi 0,70.

Escala WHOQOL - BREF (avaliação do índice de qualidade de vida)

Utilizámos neste estudo a versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Vaz Serra, et. al, 2006; WHOQOL-BREF, 2009), designada por brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Anexo II). Este instrumento foi desenvolvido em 1991 pelo

Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde e expõe uma perspetiva multidimensional, de autorrelato, com o objetivo de avaliar a forma como cada pessoa se sente em relação à qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Este grupo realçou também a natureza subjetiva com que cada pessoa avalia a sua qualidade de vida, a contextualiza no meio físico, social e até cultural, pretendendo-se obter “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28).

O WHOQOL- BREF, surgiu da necessidade em desenvolver um instrumento de rápida aplicação e mostrou-se uma alternativa à versão longa, principalmente em estudos com múltiplos instrumentos de avaliação. Pode ser utilizado em pessoas, com qualquer tipo de patologia, assim como em pessoas da população em geral, que não refiram nenhum tipo de doença. Este instrumento integra, na sua estrutura, 26 itens distribuídos por uma faceta sobre a qualidade de vida geral (composta por dois itens) e quatro domínios de Qualidade de Vida (24 itens): *físico (7 itens)*, *psicológico (6 itens)*, *relações sociais (3 itens)*, e *ambiente (8 itens)*. As respostas estão organizadas em escalas de resposta do tipo Likert de cinco pontos e correspondem a quatro dimensões de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) (Vaz Serra, et. al, 2006).

Segundo o Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, os resultados são transformados numa escala de 0 a 100, obtidos pelas pontuações resultantes dos quatro domínios, não existindo uma pontuação total do instrumento, os valores mais elevados são atribuídos a uma melhor qualidade de vida da pessoa (Canavarro, 2010).

Segundo a mesma autora, o WHOQOL-Bref, apresenta um bom índice de consistência interna. Foram avaliados os coeficientes de fidelidade para os 26 itens que a compõe, sendo o valor de alpha de Cronbach's de 0.92. No nosso estudo também foi necessário verificar a consistência interna desta escala cujo valor de alpha foi de 0.62.

Escala Numérica da Dor

A dor, considerada como um sintoma, constitui um sinal de alerta biológico e está associada quer ao fenómeno artrósico, quer aos procedimentos cirúrgicos com repercussões e grande impacto no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Marques, 2007). Consideramos essencial monitorizar o nível de dor da pessoa com ATA, através da utilização de uma escala unidimensional, denominada escala numérica da dor. Segundo a DGS (2003) a sua aplicação deve ser considerada como norma de boa prática para mensuração da intensidade da dor e consiste numa régua, que divide em 11

partes simétricas, que se encontram numeradas de 0 a 10, em que o zero corresponde uma classificação “sem dor” e o valor dez corresponde a uma “dor máxima”, ou seja uma dor de intensidade máxima imaginável. O valor numérico indicado pela pessoa deverá ser assinalada e registado. O registo da intensidade da dor, da pessoa com ATA, foi efetuado em três momentos (no momento de admissão na unidade de internamento, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar), e deu resposta à oitava pergunta do questionário.

Entrevista

Para dar resposta aos objetivos propostos, optámos pela entrevista como fonte de informação por se tratar “de um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador recolhe os dados e um respondente que fornece a informação” (Fortin, 2009,p.375).

Este instrumento permite maior contacto com a experiência individual de cada participante; a possibilidade de colher informações sobre temas ou assuntos mais complexos; obter respostas mais detalhadas, com uma taxa de resposta mais elevada. No entanto, o seu custo elevado, o tempo necessário para a sua concretização, bem como a dificuldade com a codificação e análises dos dados são apontados como inconvenientes da entrevista (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora esta integra três funções: permite examinar conceitos bem como compreender a perceção do participante sobre o sentido do fenómeno em estudo; serve como instrumento de medida e opera como complemento a outros métodos de colheita de dados.

No nosso estudo foi utilizada a entrevista semiestruturada, aplicada individualmente a cada participante, realizada pelo investigador. Dos trinta participantes foi realizada a entrevista a dez pessoas, no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar com o objetivo de conhecer a perceção da pessoa com ATA, sobre as necessidades e dificuldades no domicílio; e conhecer a perceção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação durante o internamento hospitalar.

Para facilitar a condução da entrevista, foi elaborado um guião, alicerçado pelo enquadramento teórico e baseado quer na questão de investigação, quer nos objetivos do estudo.

O primeiro esboço do guião da entrevista foi submetido a discussão para a elaboração deste instrumento, com o objetivo de corrigir algumas lacunas, para poder aplicar o pré-teste. Foram efetuadas duas entrevistas exploratórias para testar o guião, foram aplicadas a duas pessoas com ATA, não incluídos no grupo de participantes do estudo, para validar a compreensão e o tipo de respostas às questões aplicadas. Posteriormente,

após análise do resultado do pré-teste e não havendo alteração, o guião da entrevista, foi considerado definitivo (Apêndice II), sendo composto por duas questões direcionadas para o fenómeno em estudo.

6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A eleição do instrumento de colheita de dados resulta do tipo e características da metodologia de investigação utilizadas. No entanto, torna-se essencial descrever os respetivos procedimentos adotados para cada instrumento bem como a análise efetuada aos dados colhidos. O primeiro contacto com os participantes foi efetuado aquando a admissão no internamento, após informar os objetivos do estudo, foram recolhidos dados como a morada e contacto telefónico, para, aquando a alta, marcar ou confirmar a visita domiciliária. Aquando a alta hospitalar, na primeira semana, foi efetuado um segundo contacto por telefone e agendado o dia para a realização da entrevista, para a aplicação do terceiro momento do índice de Barthel, e para aplicação da escala de qualidade de vida.

O **questionário sociodemográfico e clínico** foi aplicado aos trinta participantes. Foi preenchido pelo investigador em que os participantes se limitaram a responder, estando condicionados às perguntas formuladas, permitindo maior controlo de enviesamentos, requereu menos habilidade, tempo e energia na sua aplicação. Este instrumento foi aplicado no momento da admissão da pessoa, na unidade de internamento, do foro ortotraumatológico, para todas as questões. No entanto, e uma vez que, a **escala numérica da dor**, foi aplicada no momento de admissão, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, o resultado foi obtido através do autorrelato, sendo o seu registo efetuado no questionário dando resposta à última pergunta. O questionário ficou assim concluído no domicílio.

O **Índice de Barthel** foi também aplicado às trinta pessoas com ATA, em três momentos distintos: aquando a admissão da pessoa com ATA, na unidade de internamento (do foro ortotraumatológico), ao 5º dia após a cirurgia (ATA), e finalmente no domicílio (duas semanas após a alta). Esta avaliação permitiu obter informação a partir da pontuação total e das pontuações parciais para cada uma das 10 atividades avaliadas para cada pessoa, para permitir ao enfermeiro de reabilitação adequar os cuidados às necessidades. Foi preenchido através da observação direta, pelo próprio investigador.

A **escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)** foi aplicada aos trinta participantes pelo próprio investigador, no domicílio, duas semanas após a alta da pessoa com ATA. Primeiramente foi explicado ao participante o objetivo de finalidade da sua aplicação,

foram esclarecidas dúvidas e posteriormente foram lidas as instruções, as perguntas, os descritores das escala e foram assinaladas as respostas no questionário dados por cada um dos participantes.

Efetuámos **entrevista** a dez pessoas, dos trinta participantes, sendo este número definido quando se verificou a saturação dos dados, quando os depoimentos começaram a apresentar repetições e não acrescentaram nada de novo ao estudo. As entrevistas foram realizadas no domicílio de cada um dos participantes, duas semanas após a alta hospitalar. A escolha do dia, e do local da casa onde se realizaram as entrevistas foram escolhidos pelos participantes. Foram colocadas as questões em voz alta e os participantes responderam oralmente, transformando-se num diálogo que permitiu, sempre que necessário, o desdobramento da pergunta de forma natural, quer para esclarecer, quer para proporcionar o relato mais efetivo das perceções e vivências. As entrevistas foram efetuadas com recurso a gravação áudio dos depoimentos, com autorização dos participantes. A entrevista foi, de imediato, transcrita pessoalmente, para obter uma anotação mais fidedigna uma vez que, a observação através da memória visual, pode ser um auxiliar na transcrição dos relatos. Foram efetuadas 10 entrevistas, que decorreram ao longo de dois meses, entre Outubro e Dezembro de 2012, com uma média de duração de 20 minutos.

A recolha de dados dos quatro instrumentos aplicados foi efetuada entre Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013. Foi nossa preocupação manter o anonimato e a segurança dos participantes, respeitando os princípios éticos da investigação. Foi explicado a cada participante de forma simples e clara os objetivos do estudo. Elaborámos um consentimento informado (Apêndice III), que depois de lido e explicado os participantes tiveram a oportunidade de escolha de integrar ou não o estudo. Também foi necessário efetuar um pedido formal ao Conselho de Administração da unidade de saúde onde se realizou o estudo e após a autorização foi iniciada a recolha de dados não esquecendo as normas que regem a ética relativa à investigação.

7. ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DE DADOS

O tratamento e análise dos dados, das escalas (Índice de Barthel e Escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor) e do questionário, foi efetuado após codificação de forma a permitir o seu tratamento estatístico. Este foi efetuado com recurso ao programa SPSS 20 for Windows (Statistical Package for Social Sciences) no qual foi construída uma base de dados e foram efetuadas as provas estatísticas consideradas adequadas que se iniciaram em Outubro de 2012.

Foram efetuadas análises descritivas (média, moda, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão) e inferenciais onde se utilizaram testes estatísticos de acordo com o tipo de dados. Atendendo a que a amostra foi subdividida em pequenos grupos, no que se refere às variáveis: sexo, nível de escolaridade, patologia associada e intervenção do enfermeiro de reabilitação, realizamos o teste de Shapiro-Wilk, para verificar a normalidade de distribuição, requisito essencial para definir a escolha de testes a aplicar. Da análise dos resultados podemos demonstrar que há evidência estatística que indica, com 95% de confiança que, para as variáveis sexo ($p=0,000$), nível de escolaridade ($p=0,000$), patologia associada ($p=0,000$), e intervenção do enfermeiro de reabilitação ($p=0,000$), não se verificou normalidade de distribuição. Para as variáveis idade, IMC e nível de dor (Admissão, 5º dia e domicílio) aplicámos o teste Anova; para as variáveis sexo, nível escolaridade, patologia associada e intervenção do enfermeiro de reabilitação foi utilizado o teste χ^2 . Para análise das médias do nível de dependência funcional para as ABVD na admissão, 5º dia, domicílio e domínios da QV, utilizámos o teste *t* student. Para estimar a consistência interna das escalas, foi utilizada o coeficiente Alfa de Cronbach. O limite de significância admitido em todas as situações foi de $p < 0.05$, um intervalo de confiança de 95%.

Na análise às entrevistas, utilizamos o referencial de análise de conteúdo de Hernandez Sampieri, Fernández Collado, e Baptista Lucio (2006), que se configura num conjunto de técnicas de análise dos depoimentos para, através de procedimentos sistemáticos, descrição do conteúdo das mensagens e indicadores permitirem a inferência de conhecimentos relativos às mensagens. No nosso estudo, após a recolha dos depoimentos, foi atribuído a cada uma das entrevistas um código alfanumérico para facilitar o seu manuseamento. Posteriormente, após uma breve leitura de todas as transcrições, foi obtido uma perceção global do corpus de análise e assim elaborámos um primeiro esquiço, no qual se alicerçou a matriz principal desta análise. Partindo dos objetivos emanados para este estudo, foram efetuadas novas leituras dos depoimentos, onde se assinalaram as frases significativas atribuídas a ideias chave, que foram anotadas na parte lateral do texto. Após nova análise, estas frases e trechos do texto deram origem às unidades de registo. Foi efetuada a categorização, que se consubstanciou nas respetivas áreas temáticas, categoria e subcategorias. Estas foram definidas do geral para o particular à medida que foram agrupadas as unidades de registo. Esta categorização foi acompanhada pela sua organização em quadros provisórios, que após uma apreciação final resultou numa estruturação definitiva do resultado da análise de conteúdo.

Um dos papéis do investigador neste processo, é transformar os dados adquiridos e transporta-los para outro patamar do estudo, tendo subjacente a base paradigmática que o alicerçou, isto é tendo por base os objetivos definidos para assim obter um constructo de investigação sustentado. Posteriormente serão apresentados os resultados do estudo.

CAPÍTULO III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

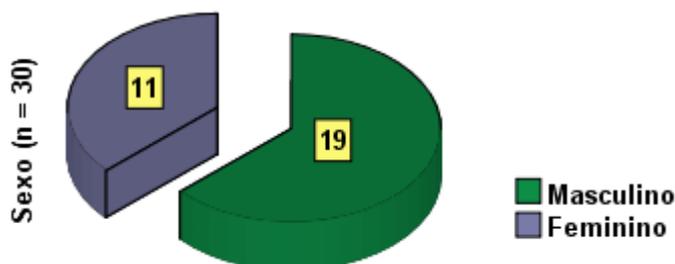
Serão apresentados, seguidamente, os resultados obtidos através do questionário e das escalas aplicadas (Índice de Barthel, escala numérica da dor e Escala WHOQOL - BREF) e da entrevista. Expomos os resultados com uma organização, análise e interpretação dos dados empíricos através de indicadores numéricos, quadros e gráficos. Estes indicadores resultaram da abordagem quantitativa, através de frequências absolutas (aplicação do questionário e escalas a trinta pessoas com ATA) e de uma abordagem qualitativa para a apresentação dos resultados da entrevista efetuada a 10 pessoas com ATA, dos trinta participantes.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No sentido de caracterizar a amostra apresentamos os resultados do questionário sociodemográfico. A amostra deste estudo foi constituída por trinta pessoas, com ATA, que deram entrada numa unidade de internamento do foro ortotraumatológico de uma unidade hospitalar da zona norte.

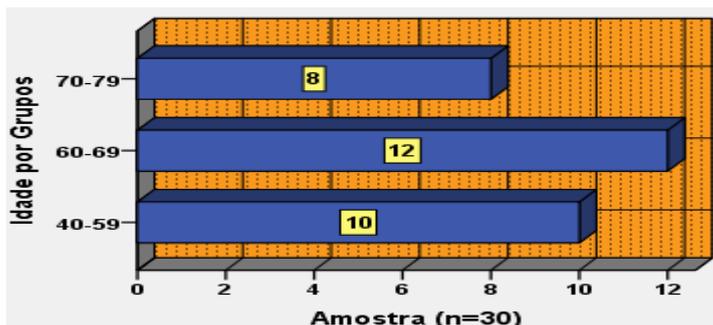
Da análise efetuada a partir do gráfico nº 1, constatámos que o grupo de participantes distribui-se de forma desigual quanto ao género, 19 são do sexo masculino e 11 do sexo feminino, que corresponde a 63,3 % e 36,7% respetivamente.

Gráfico nº 2. Distribuição da amostra por sexo



As idades variam entre 41 e 77 anos, sendo que a média é de 63,07 em que a mediana é de 66,50, que não é coincidente com a moda 69 (por existirem múltiplos valores, foi selecionado o valor mais baixo). Devido à heterogeneidade da distribuição das idades da amostra, procedeu-se à recodificação da variável, sendo que, 10 pessoas (33,3%) com ATA tem menos de 59 anos, 12 (40%) tem entre 60 e 69 anos e 8 (26,7%) tem mais de 70 anos.

Gráfico nº3. Distribuição da amostra por grupos etários



Relativamente ao peso, verificamos que os participantes, pesam entre 39 e 105 Kg, sendo a média 72,8 Kg. Avaliamos também a altura das pessoas, cuja média é de 1,65m, a pessoa mais baixa media 1,30m e a mais alta media 1,90m, no entanto foi nossa intenção relacionar as variáveis (peso e altura) para assim obter o IMC.

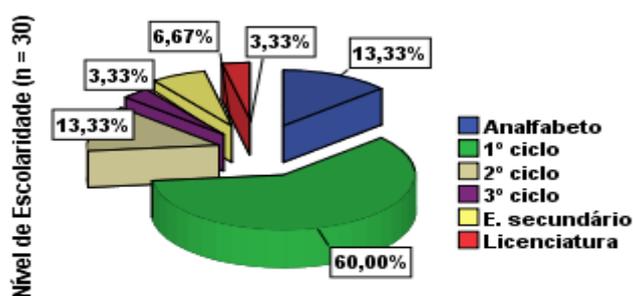
Quadro nº 3. Distribuição da amostra por IMC

IMC	Frequência (ni)	Frequência relativa (%)
>18,5 <24,9 (peso normal)	12	40,0
>25,0 <29,9 (acima peso ideal)	12	40,0
>30,0 <34,9 (obesidade grau I)	4	13,3
>35,0 <39,9 (obesidade grau II)	2	6,7
Total	30	100,0

Verificamos que dos 30 participantes, 12 (40%) apresentavam um peso normal, o mesmo número de pessoas apresentavam o seu peso acima do ideal, enquanto 6 (20%) apresentavam obesidade.

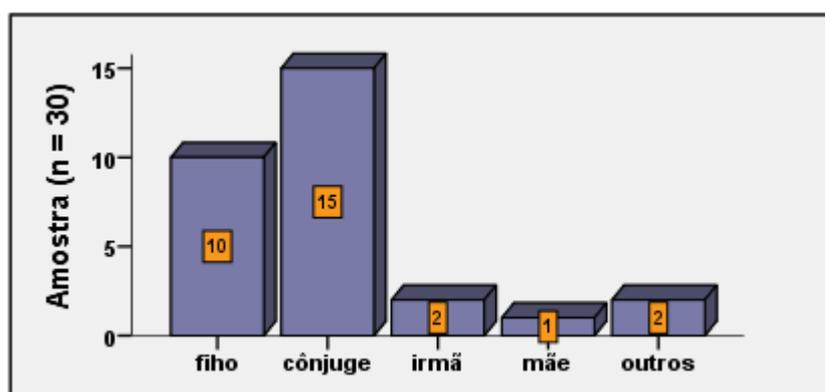
No que se refere ao nível de escolaridade verificamos que 60,0% (18), dos participantes, frequentaram o ensino básico (primeiro ciclo), 13,3% (4) eram analfabetos, 16,6% (5) frequentaram o 2º e 3º ciclo do ensino básico, 6,7% (2) frequentaram o ensino secundário e 3,3%, apenas uma pessoa tinha um curso superior. Pelos resultados apresentados podemos acrescentar que 89,9% dos participantes não tem a escolaridade obrigatória, e tem um nível de literacia baixo.

Gráfico nº 4. Distribuição da amostra por nível escolaridade



Todas as pessoas com ATA tinham apoio no domicílio, e quando questionados sobre o prestador de cuidados, 50% (15) das pessoas referiram ter apoio do cônjuge, 33,3% (10) atribuíram os cuidados no domicílio aos filhos, 6,7% (2) referiram apoio da irmã, 3,3% (1) referenciou a mãe, e restantes 6,7% (2) mencionaram outros conviventes significativos.

Gráfico nº 5. Distribuição da amostra por prestador de cuidados



Verificamos que 19 pessoas (63,3%) com ATA apresentavam patologia associada e 11 (36,7%) não referiram qualquer patologia associada.

Quadro nº 4. Distribuição da amostra por patologia associada

Patologia Associada	Frequência (ni)	Frequência relativa (%)
Sim	19	63,3
Não	11	36,7
Total	30	100,0

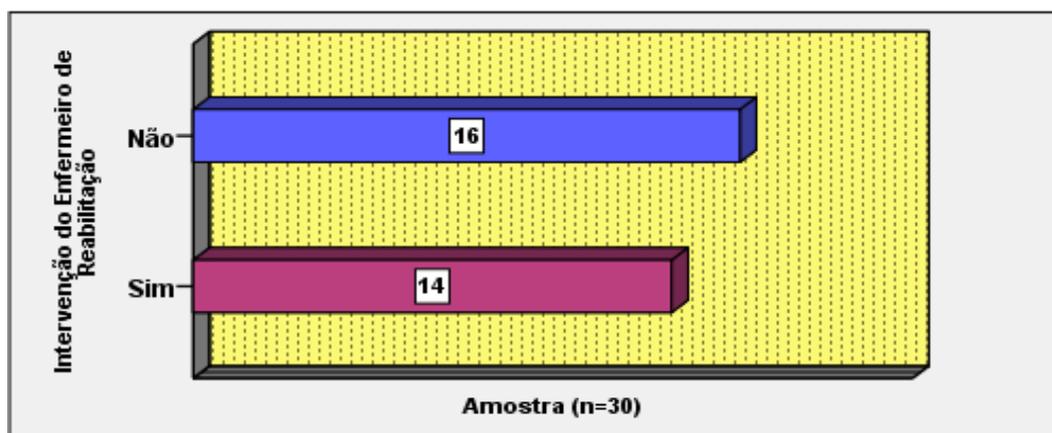
Sete participantes referiram várias patologias associadas, quando recodificada a variável por grupos do sistema corporal, observamos que 14 das 19 pessoas referiram uma patologia do sistema cardiovascular, a hipertensão arterial. As restantes patologias distribuíram-se pelos sistemas urinário (4), nervoso (3), musculoesquelético (2), respiratório (1), gastrointestinal (1) e sistema reprodutor feminino (1).

Quadro nº 5. Distribuição da amostra por patologia associada

Patologia Associada (n = 19)	Frequência (ni)
Sistema Cardiovascular	14
Sistema Urinário	4
Sistema Nervoso	3
Sistema Musculoesquelético	2
Sistema Respiratório	1
Sistema Gastrointestinal	1
Sistema Reprodutor Feminino	1

Observamos também que dos trinta participantes, no momento da alta 14 pessoas tinham tido intervenção do enfermeiro de reabilitação e as restantes 16 não referiram a intervenção do mesmo profissional.

Gráfico nº 6. Distribuição da amostra por intervenção do Enfermeiro de Reabilitação



Da análise quantitativa que emergiu da escala numérica do nível de dor, podemos observar, que no momento da admissão, as pessoas com ATA, apresentaram uma média de 3,6 do nível de dor. O nível mínimo foi 0 e referiram um máximo de 9 na escala numérica da dor. Ao 5º dia, após a cirurgia, a média de dor foi de 4,67, com um valor mínimo de 3 e máximo de 7. No domicílio verificou-se uma média de dor de 2,4 na escala numérica da dor, com um mínimo de 0 e 4 de máximo de dor, como podemos conferir no quadro seguinte.

Quadro nº 6. Distribuição da amostra por nível de dor na admissão, ao 5º dia após cirurgia e domicílio

Nível de dor na admissão dia, 5º dia e domicílio (n = 30)						
Dor	Admissão		5º dia		Domicílio	
	F (ni)	Fr (%)	F (ni)	Fr (%)	F (ni)	Fr (%)
0	12	40,0	0	0	6	20,0
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	4	13,3
3	2	6,7	5	16,7	16	53,3
4	1	3,3	8	26,7	4	13,3
5	5	16,7	10	33,3	0	0
6	1	3,3	6	20,0	0	0
7	5	16,7	1	3,3	0	0
8	3	10,0	0	0	0	0
9	1	3,3	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0
Total	30	100,0	30	100	30	100

No momento da admissão, que corresponde ao primeiro dia de internamento, 12 pessoas (40%), não referiram dor, 8 avaliaram a dor no intervalo de 3 a 5 e 10 pessoas avaliaram o nível de dor entre 6 e 9. Ao 5º dia, após a cirurgia, todas as pessoas referiram algum nível de dor, sendo que 33,3% (10) dos participantes referiram um nível de dor 5 e 23,3% (7) referiram dor superior a 5. No domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, 6

participantes (20%) não apresentava nenhum nível de dor, 16 referiram um nível de dor 3 e é de salientar que não foi referido nenhum valor superior a 5, na escala numérica da dor.

1.2. NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA AS ABVD, DA PESSOA COM ATA

Com o objetivo de avaliar o nível de dependência das pessoas com ATA para a realização de dez atividades básicas de vida diária, procedeu-se à aplicação do Índice de Barthel no momento da admissão, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar.

Verifica-se pela análise do seguinte quadro, que os valores do Índice de Barthel, no momento da admissão na unidade de internamento do foro ortotraumatológico variam entre 13 e 20, tem uma média de 19,07, mediana 20 e um desvio padrão de 1,9; ao 5º dia após a cirurgia os valores variam entre 8 e 15, apresentaram uma média de 12,23, mediana de 12,5 e um desvio padrão de 2,03; e no domicílio as pessoa apresentaram valores entre 10 e 19, com uma média de 14,73, mediana de 14 e desvio padrão de 2,64.

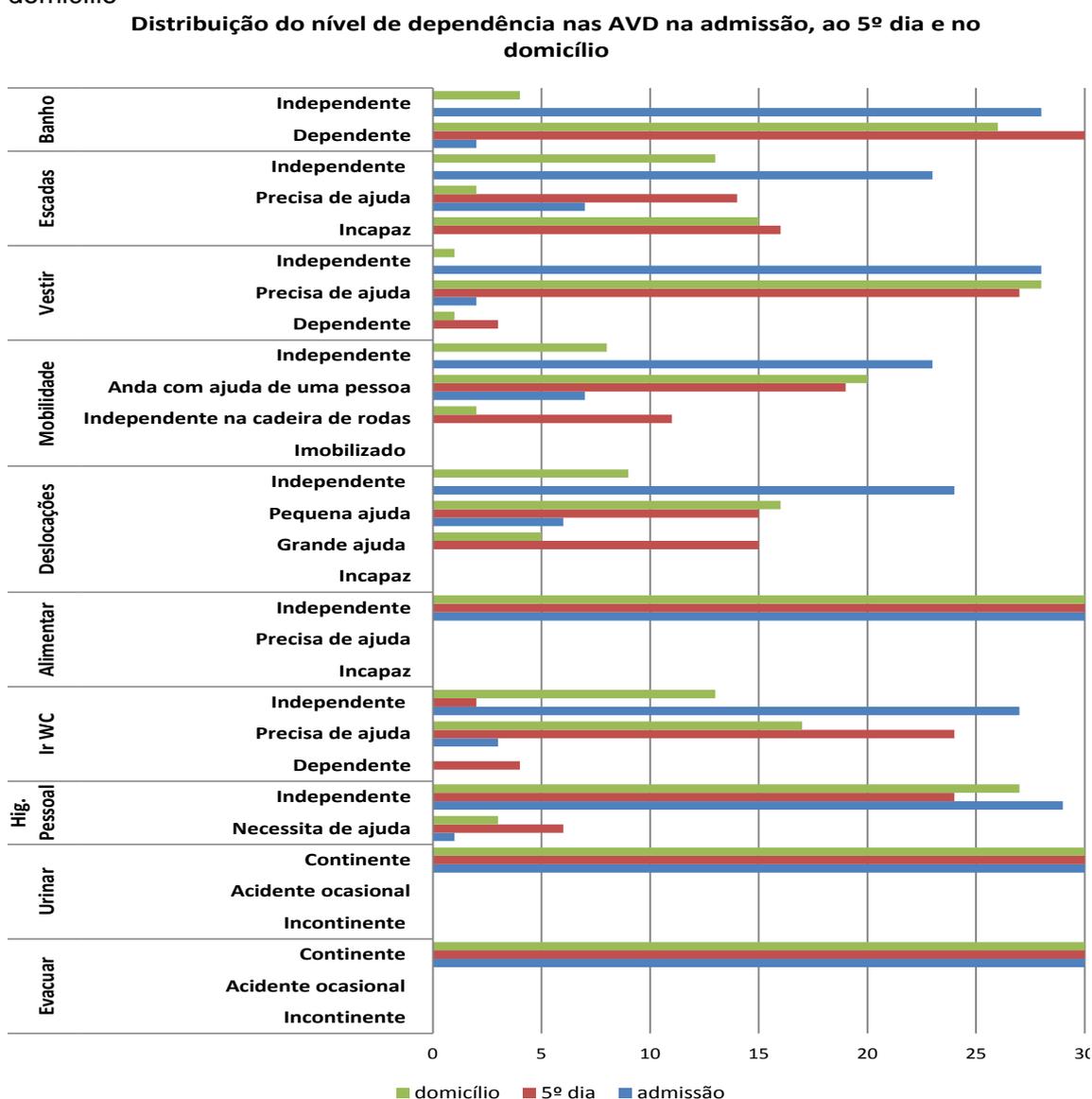
Quadro nº 7. Análise comparativa entre os valores do Índice Barthel e os valores do estudo

	Índice Barthel		Índice Barthel - Do Estudo				
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D. Padrão
Admissão	0	20	13	20	19,07	20	1,91
5º Dia	0	20	8	15	12,23	12,5	2,03
Domicílio	0	20	10	19	14,73	14	2,64

Quando analisados os resultados obtidos pelo Índice de Barthel no momento da admissão, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, verificamos que três ABVD (evacuar, urinar e alimentar-se) não se alteraram nos três momentos de avaliação. As pessoas com ATA apresentaram a atividade evacuar e urinar com a classificação de “contínente”. Na atividade higiene pessoal (cuidado pessoal de barbear, dentes, rosto e cabelo), 96,7% dos participantes no momento da admissão eram independentes, após a cirurgia, ao 5º dia, 80% (24) eram independentes e 20% (6) apresentavam necessidade de ajuda. Nas deslocações, 80% (24) das pessoas eram independentes e 20% (6) necessitavam de pequena ajuda, no entanto aquando a cirurgia, no segundo momento de avaliação metade da amostra necessitavam de pequena ajuda e os outros 15 de grande ajuda. No domicílio apenas 16,7% (5) necessitavam de grande ajuda, 53,3% (16) de pequena ajuda e restantes 30% (9) eram independentes nas deslocações. Na avaliação da mobilidade verificamos que 76,7% (23)

eram independentes no momento da admissão e 23,3% (7) andavam com ajuda de uma pessoa (verbal ou física), ao 5º dia todos os participantes tinham algum grau de dependência, uma vez que 63,3% (19) andavam com ajuda e 36,7% (11) eram independente na cadeira de rodas. No domicílio apenas 6,7% (2) eram mais dependentes no andar, logo eram independentes na cadeira de rodas, 66,7% (20) necessitavam de ajuda de uma pessoa e 26,7% (8) eram independentes nesta atividade. Para vestir-se 93,3% (28) dos participantes eram independentes, ao 5º dia após a cirurgia 90% (27) necessitavam de ajuda e 10% (3) eram dependentes. No domicílio verificamos que apenas 3,3% (1) eram dependentes e a mesma percentagem de pessoas eram independentes para esta atividade, sendo que restantes 93,3% (28) ainda precisavam de ajuda. Na atividade subir/descer escadas 76,7% (23) eram independentes no momento de admissão, 23,3% (7) necessitavam de ajuda. Ao 5º dia 46,7% (14) necessitavam de ajuda e 53,3% (16) eram incapazes de realizar esta atividade. No domicílio verificamos que duas semanas após a cirurgia, 50% (15) das pessoas com ATA ainda eram incapazes de subir ou descer escadas, 6,7% (2) necessitavam de ajuda e 43,3% (13) já eram independentes. No banho, as pessoas antes da cirurgia, (no momento da admissão) eram quase todas independentes (93,3%, 28), após a cirurgia todos eram dependentes e no domicílio continuavam dependentes para esta atividade 86,7% (26) dos participantes.

Gráfico nº 7. Distribuição do nível de dependência nas ABVD na admissão, ao 5º dia e no domicílio



Quando recodificamos as dez atividades pela classificação final da escala, que divide os valores obtidos em grau de dependência: muito grave, grave, moderado, ligeiro e independente. Os resultados obtidos, pelo Índice de Barthel ao primeiro dia, revelaram que 76,6% (23) pessoas eram independentes no momento da admissão, 16,7% (5) pessoas apresentaram um grau de dependência ligeiro e 6,7% (2) pessoas apresentaram um grau de dependência moderado.

Quadro nº 8. Distribuição da amostra por valores do Índice de Barthel

	Admissão		5º Dia		Domicílio	
	F (ni)	Fr (%)	F (ni)	Fr (%)	F (ni)	Fr (%)
Grave	0	0	3	10,0	0	0
Moderado	2	6,7	25	83,3	15	50,0
Ligeiro	5	16,7	2	6,7	15	50,0
Independente	23	76,7	0	0	0	0
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Ao quinto dia após a cirurgia, os participantes, apresentaram um grau de dependência mais elevado. Todos os participantes demonstraram dependência, 25 pessoas (83%) com um grau de dependência moderado, 3 (10%) com grau de dependência grave e 2 (6,7%), grau de dependência ligeiro. No domicílio, verificamos que 50% (15) das pessoas com ATA se apresentavam com um grau de dependência moderada e o mesmo valor nas pessoas com um grau de dependência ligeiro.

Após a apresentação do nível de dependência nas ABVD, da pessoa com ATA, na admissão ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio (duas semanas após a alta hospitalar) procedemos à aplicação da estatística inferencial, uma vez que é nosso objetivo verificar a natureza da relação entre as variáveis Idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, patologia associada, intervenção do ER e nível de dor (admissão, 5º dia e domicílio) e a dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD.

Da análise dos valores obtidos, no que se refere à associação entre as variáveis supracitadas e o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, verificamos que a idade não interferiu no nível de dependência funcional, pois não existem diferenças estatisticamente significativas, no momento da admissão ($F_{(gl\ 29)}=0,986$; $p=0,538$), ao 5º dia ($F_{(gl\ 29)}=0,839$; $p=0,648$) e no domicílio ($F_{(gl\ 29)}=0,806$; $p=0,674$). Para a variável IMC, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas no momento da admissão ($F_{(gl\ 29)}=1,669$; $p=0,444$) ao 5º dia ($F_{(gl\ 29)}=1,694$; $p=0,439$) e no domicílio ($F_{(gl\ 29)}=0,957$; $p=0,634$), logo não interferiu no nível de dependência funcional.

Embora a amostra fosse constituída por 19 pessoas do sexo masculino e onze do sexo feminino, esta variável não interferiu na dependência funcional para as ABVD na admissão ($\chi^2=8,032$; $p=0,154$), ao 5º dia ($\chi^2=7,379$; $p=0,390$) e domicílio ($\chi^2=7,871$; $p=0,344$). Da análise dos valores do nível de escolaridade, não existe diferença estatisticamente significativa no nível de dependência funcional para as ABVD na admissão ($\chi^2=46,644$; $p=0,090$), ao 5º dia ($\chi^2=50,091$; $p=0,47$) e no domicílio, ($\chi^2=46,644$; $p=0,90$). A variável patologia associada também não interferiu no nível de dependência funcional para as ABVD na admissão ($\chi^2=3,539$; $p=0,618$), ao 5º dia ($\chi^2=7,634$; $p=0,366$) e domicílio ($\chi^2=11,818$; $p=0,107$).

Quanto ao nível de dor no momento da admissão, podemos verificar que há diferenças estatisticamente significativas, que permitem predizer que o nível de dor interferiu com o nível de dependência funcional para as ABVD ($F_{(gl\ 29)}=3,046$; $p=0,029$). Verificamos que as pessoas com valores mais altos de intensidade de dor correspondem as médias mais baixas nas ABVD e para as médias superiores no Índice de Barthel correspondem níveis

de dor inferiores. Ao 5º dia ($F_{(gl\ 29)}=0,958$; $p=0,448$) e no domicílio ($F_{(gl\ 29)}=0,841$; $p=0,566$), podemos verificar que não há diferenças estatisticamente significativas, que permitem prever que, o nível de dor não interferiu no nível de dependência funcional.

Uma vez que a intervenção do enfermeiro de reabilitação apenas se verifica após a cirurgia, só foram avaliadas medidas de associação entre esta variável e o nível de dependência funcional para as ABVD, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio. Da análise efetuada, constatamos que há diferenças estatisticamente significativas, que nos permitem prever que a intervenção do enfermeiro de reabilitação interferiu, de forma positiva, no nível de dependência funcional para as ABVD ($p=0,000$) ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar.

Resultante da análise das médias do nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD na admissão, ao 5º dia e domicílio, verificamos que as pessoas apresentam-se independentes no momento da admissão com uma média de 19,07, ao 5º dia apresentam uma média de 12,23 e no domicílio apresentam uma média de 14,73, inferior ao valor com que entraram antes da cirurgia.

Quadro nº9. Distribuição dos valores médios do nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD

	N	Média	dp
Índice Barthel (1º dia)	30	19,07	1,911
Índice Barthel (5º dia)	30	12,23	2,029
Índice Barthel (domicílio)	30	14,73	2,638

Através da análise das médias entre o grupo de pessoas com ATA com e sem intervenção do ER, verificamos que a média do nível de independência funcional ao 5º dia após a cirurgia é superior no grupo com intervenção, com uma média de 14, comparando com outro grupo sem intervenção que apresenta uma média de 10,69. Esta diferença nas médias é mais demarcada no domicílio, uma vez que as pessoas que tiveram intervenção do ER, tem uma média de 17,21, logo são mais independentes, e o grupo sem intervenção obteve uma média de 12,56 quanto ao nível de dependência funcional para as ABVD.

Quadro nº10. Distribuição dos valores médios entre a intervenção do ER e o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD

N=30	Intervenção do ER	N	Média	dp
Índice Barthel (5º dia)	Sim	14	14,00	0,679
	Não	16	10,69	1,448
Índice Barthel (domicílio)	Sim	14	17,21	1,311
	Não	16	12,56	1,094

Com o objetivo de medir a intensidade do Índice de Barthel nos três momentos, utilizamos o coeficiente de correlação Ró de Spearman. Após a leitura dos vários

coeficientes, conclui-se que a correlação não é significativa entre o Índice Barthel na admissão, Índice Barthel 5º dia ($p=0,046$) e entre o Índice de Barthel 5º dia e Índice de Barthel no domicílio ($p=0,000$), e é significativa entre o Índice Barthel domicílio e Índice Barthel na admissão ($p=0,105$).

Quadro nº 11. Análise do coeficiente de correlação do Índice de Barthel na admissão, 5º dia e domicílio

			Índice Barthel (admissão)	Índice Barthel (5º dia)	Índice Barthel (domicílio)
Ró de Spearman	Índice Barthel (admissão)	C. coeficiente		0,368 [*]	0,302
		Sig.		,046	0,105
		N		30	30
	Índice Barthel (5º dia)	C. coeficiente	0,368 [*]		0,847 ^{**}
		Sig.	0,046		0,000
		N	30		30
	Índice Barthel (domicílio)	C. coeficiente	0,302	0,847 ^{**}	
		Sig.	0,105	0,000	
		N	30	30	

Após a associação entre as variáveis do estudo e a dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD passamos à apresentação dos resultados da Escala WHOQOL – BREF.

1.3. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ATA, NO DOMICÍLIO

Com o objetivo de avaliar o índice de qualidade de vida da pessoa com ATA no domicílio, procedeu-se à aplicação da escala de qualidade de vida (WHOQOL – BREF), duas semanas após a alta hospitalar, no domicílio. Foram avaliadas quantitativamente um conjunto de tarefas, que se relacionaram com uma faceta geral, que correspondem a dois itens sobre a qualidade de vida geral, e aos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente) que abarcam os restantes 24 itens.

Na escala de qualidade de vida o nosso estudo apresentou valores entre 13 e 75, com uma média de 48,75 para a faceta geral de qualidade de vida. Para o domínio físico os valores da escala apresentaram-se entre 25 e 54, com uma média de 34,76. No domínio psicológico, verificamos um valor mínimo de 50 e máximo de 71, com uma média de 60,69. No domínio das relações sociais, o valor da escala apresentou um valor mínimo de 25 e máximo de 63 com uma média de 57,22 e para o domínio do meio ambiente observamos um valor mínimo de 31 e máximo de 63 com uma média de 52,08 de índice de qualidade de vida.

Quadro nº 12. Distribuição dos valores médios da escala WHOQOL - BREF

Qualidade de Vida	n	Média	DP	Min.	Max.
Faceta Geral QV	30	48,75	17,78	13	75
Domínio Físico	30	34,76	7,95	25	54
Domínio Psicológico	30	60,69	5,54	50	71
Domínio Relações Sociais	30	57,22	13,44	25	83
Domínio Meio Ambiente	30	52,08	7,71	31	63

Verificamos, através da análise das médias de qualidade de vida nos vários domínios que, que a pessoa com ATA no domicílio, apresenta valores mais elevados de qualidade de vida para os domínios psicológico e das relações sociais, e para o domínio físico e para a faceta geral apresentam pior qualidade de vida.

Após a apresentação dos resultados dos vários domínios da escala de QV no domicílio (duas semanas após a alta hospitalar) procedemos à aplicação da estatística inferencial, uma vez que é nosso objetivo verificar a natureza da relação entre as variáveis Idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, patologia associada, intervenção do ER e nível de dor no domicílio e a QV da pessoa com ATA.

Para a variável idade verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quer para a faceta geral de QV ($F_{(gl\ 29)}=0,690$; $p=0,766$) quer para o domínio físico ($F_{(gl\ 29)}=0,731$; $p=0,734$), psicológico ($F_{(gl\ 29)}=0,577$; $p=0,853$), relações sociais ($F_{(gl\ 29)}=1,919$; $p=0,158$) e meio ambiente ($F_{(gl\ 29)}=1,947$; $p=0,152$) não interferindo na QV.

Verificamos que o sexo não interferiu na QV, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na QV Geral ($\chi^2=10,227$; $p=0,069$) no domínio físico ($\chi^2=12,057$; $p=0,149$), psicológico ($\chi^2=2,796$; $p=0,731$), relações sociais ($\chi^2=9,187$; $p=0,163$) e meio ambiente ($\chi^2=6,316$; $p=0,612$).

Quanto ao IMC, não se verificam diferenças estatisticamente significativas quer na faceta geral de QV ($F_{(gl\ 29)}=1,212$ $p=0,325$), domínio físico ($F_{(gl\ 29)}=1,443$; $p=0,253$), psicológico ($F_{(gl\ 29)}=0,163$; $p=0,920$), relações sociais ($F_{(gl\ 29)}=0,589$; $p=0,628$) e meio ambiente ($F_{(gl\ 29)}=1,679$; $p=0,196$).

O nível de escolaridade também não interferiu na QV, em todos os domínios, QV Geral ($\chi^2=22,806$; $p=0,589$), domínio físico ($\chi^2=23,417$; $p=0,983$), psicológico ($\chi^2=28,995$; $p=0,264$), relações sociais ($\chi^2=41,644$; $p=0,077$) e meio ambiente ($\chi^2=42,604$; $p=0,360$). A variável patologia associada não interferiu na QV, não se verificando diferenças estatisticamente significativas na QV Geral ($\chi^2=2,333$; $p=0,801$), no domínio físico ($\chi^2=12,775$; $p=0,120$), psicológico ($\chi^2=7,717$; $p=0,173$), relações sociais ($\chi^2=8,230$; $p=0,222$) e meio ambiente ($\chi^2=7,608$; $p=0,473$).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no nível de dor no domicílio, quer na faceta geral de QV ($F_{(gl\ 29)}=0,255$; $p=0,857$), quer no domínio físico ($F_{(gl\ 29)}=0,546$; $p=0,655$), psicológico ($F_{(gl\ 29)}=1,762$; $p=0,179$), relações sociais ($F_{(gl\ 29)}=0,140$; $p=0,935$) e meio ambiente ($F_{(gl\ 29)}=1,290$; $p=0,299$), podemos assim inferir que a dor não interferiu na QV, no domicílio.

Como podemos verificar, pelos valores do quadro seguinte, as pessoas com intervenção do enfermeiro de reabilitação apresentaram melhor QV nos domínios físico, das relações sociais e meio ambiente.

Quadro nº 13. Distribuição dos valores médios da QV face à intervenção do ER

	Intervenção ER	N	Média	dp
QV Geral	Sim	14	47,32	17,110
	Não	16	50,00	18,819
D. Físico	Sim	14	35,97	8,688
	Não	16	33,71	7,374
D. Psicológico	Sim	14	60,12	5,094
	Não	16	61,20	6,032
D. R. Sociais	Sim	14	58,33	11,785
	Não	16	56,25	15,062
D. M. Ambiente	Sim	14	52,90	7,893
	Não	16	51,37	7,737

No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nos vários domínios da QV, na faceta geral QV ($\chi^2=4,353$; $p=0,500$), no domínio físico ($\chi^2=8,438$; $p=0,392$), psicológico ($\chi^2=1,939$; $p=0,858$), relações sociais ($\chi^2=8,348$; $p=0,214$) e meio ambiente ($\chi^2=5,792$; $p=0,4670$).

Após a apresentação dos resultados dos vários domínios da escala de QV no domicílio passaremos a apresentar os resultados da análise das entrevistas.

1.4. PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES E DIFICULDADES DA PESSOA COM ATA, NO DOMICÍLIO

Após a ATA, o regresso a casa expõe a pessoa a uma panóplia de dificuldades e necessidades que permeiam o processo de readaptação e recuperação, que não raras vezes, transformam a forma como cada pessoa vivencia e desempenha as atividades, que modificam e influenciam a sua qualidade de vida. Com o objetivo de conhecer a perceção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades, no domicílio, bem como conhecer a perceção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação, procedeu-se à análise das entrevistas efetuadas, duas semanas após a alta hospitalar, da qual emergiram cinco áreas temáticas que apresentamos no seguinte organograma.

Quadro nº 14. Matriz de análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias
Dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio	Atividades Básicas de Vida Diária	Mobilidade/deambulação Transferência Vestir/vestir Banho Subir/descer escadas
	Atividade de Lazer	
	Atividade Laboral	
	Atividade religiosa	
	Cuidar do Outro	
Espaço Habitacional		
Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio	Capacitação para as ABVD	Mobilidade/deambulação Transferência Vestir/vestir Banho Subir/descer escadas
	Recurso a outros	
Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio	Medo	
	Isolamento	
	Solidão	
	Impotência	
	Saudade	
	Ansiedade	
	Tristeza	
	Dependência	
	Revolta	
	Angústia	
	Resignação	
	Vergonha	
	Alívio	
	Estratégias e recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio	Alteração do espaço habitacional
Recurso familiar		Cônjuge Filha/o Irmã Mãe Outros
Recurso a transporte público		
Recurso à fé		
Recursos de saúde na comunidade		Centro de saúde Bombeiros
Produtos de apoio		Cadeira sanitária Calçado Escova de cabo longo Elevador de sanita
Percepção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação	Programa de intervenção desajustado à promoção de capacidades adaptativas	ABVD Comunicação Barreiras arquitetónicas Tempo de internamento insuficiente

1.4.1. Dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio

Depois de um período de internamento, a pessoa com ATA, inicia uma nova fase de adaptação ao meio sociofamiliar, que pressupõe uma reorganização, com mudanças na sua vida, uma vez que se depara com dificuldades, que resultam da inabilidade e impotência para transformar este processo através de recursos facilitadores, que resultem numa adaptação o mais facilitadora possível. Assim, pareceu-nos pertinente conhecer as dificuldades da pessoa com ATA, duas semanas após a alta hospitalar. Da análise efetuada emergiram cinco categorias: atividades básicas de vida diária; atividade de lazer; atividade laboral; atividade religiosa; cuidar do outro e espaço habitacional, como podemos observar no quadro seguinte.

Quadro nº 15. Dificuldades da pessoa com ATA, no domicílio

Área Temática 1: Dificuldades da pessoa com ATA , no domicílio				
Cat.	Subcat.	Unidades de registo	n.ºu.r.	n.ºd.
Atividades Básicas de Vida Diária	Mobilidade/ Deambulação	<p>“... mas se pudesse dava uns passeios até ao fundo do quintal...” E1</p> <p>“...Não tenho agilidade para poder andar, ..., isso complica, ...” E2</p> <p>“...,tenho em andar, é a dificuldade maior, ...” E3</p> <p>“..., faz-me falta aquilo que fazia, queria era andar, ..., ainda me custa andar,..., depois de dia ajudam-me a ir lá fora, ...” E4</p> <p>“..., era independente, podia vir para cima com elas porque era costume, ..., e ia sozinha e agora as pernas tramaram-me, ..., fico aqui alapada, mas custa-me um bocado estar parada, ...” E6</p> <p>“devo dizer, ..., esta dificuldade em andar, ..., sinto que estou mais limitado, ainda andei pouco desde que cheguei, ...” E7</p> <p>“e andar, ando menos ..., eu andava, andava bem, ..., agora levanto-me, ando um bocadinho e fico aqui sentado, ..., não dou as voltas que costumava dar, ...” E8</p> <p>“..., agora estou presa, por causa da anca, mas já vou andando um bocadinho, o que é bom, sentindo-me melhor já ando mais um bocadinho, ...” E9</p> <p>“..., sinto que precisava de mais mobilidade para fazer as coisas, que me fazem falta, ...” E10</p>	9	9
	Transferência	<p>“..., porque aqui em casa é difícil, ..., em me deitar na cama o fazer o levantar, ..., ao deitar ainda é mais complicado, porque tenho de sentar-me e depois deitarem as pernas para cima, ...” E4</p> <p>“..., o que sinto mais dificuldade é levantar da cama, ...” E5</p> <p>“..., mesmo para deitar preciso de ajuda, quem ajuda, ..., também me custa a sentar, ...” E9</p>	3	3
	Vestir/Despir	<p>“... para mim só é mais difícil vestir, porque as pernas custam mais...” E1</p> <p>“..., é um bocadinho difícil, ..., se me puserem as coisas perto eu vou fazendo, até a vestir, eu sentado a vestir as calças vou enfiando uma perna e depois outra, ...” E3</p> <p>“..., a minha filha ajuda, ..., principalmente, ..., as calças, para puxar para cima o pijama, ...” E4</p> <p>“..., só não consigo vestir fazer até ao joelho depois as filhas, quem estiver em casa é que ajudam, ...” E6</p> <p>“..., não faço as coisas da mesma maneira, olhe por exemplo vestir, ..., para vestir é mais complicado, ...” E7</p> <p>“..., também para vestir, eu acho que vai ser mais difícil recuperar, ...” E9</p> <p>“... a minha mãe, que ajuda só em parte e ajuda a calçar as meias, ...” E10</p>	7	7
	Banho	<p>“... eu fico sentado, porque não posso tomar banho completo...” E1</p> <p>“... ajeito-me pouco nos cuidados de higiene lá em casa, sentadinho...” E2</p> <p>“..., tomar banho, isso é um bocadinho custoso, ...” E3</p> <p>“..., tomo banho à tarde, fico sentado no chuveiro e tenho que ter ajuda, ..., não sabia tomar banho, ...” E5</p> <p>“..., mas o banho não é fácil, ..., e lavo até às pernas, ...” E6</p> <p>“...,o banho a mulher ajuda, porque não consigo tudo, ...” E8</p> <p>“..., agora não faço nada, tomo banho com ajuda, ...” E9</p> <p>“..., logo de manhã só tomo banho, que também preciso de ajuda, ... depois ao chegar aqui foi tudo improvisado, ..., porque foi difícil a adaptação” E10</p>	8	8
	Subir/Descer Escadas	<p>“..., porque a casa tem muitas escadas, como pode ver e agora não posso descer..., ...” E1</p> <p>“..., como vê temos muitas escadas, e como não sei andar de muletas nas escadas, ...” E1</p> <p>“..., Ainda não consigo bem descer os degraus, ...” E2</p> <p>“..., também não consigo subir e descer escadas, ...” E4</p> <p>“..., mas não saio de casa, tenho escadas, ...” E9</p>	5	4
Atividade de Lazer	<p>“... eu não posso fazer nada, eu era desportista, fazia atletismo, e agora não posso...” E1</p> <p>“Eu até gostava e costumava sair para o café, só para dar um dedo de conversa, ..., no café jogávamos um pouco e depois fazia uma caminhada, porque sempre gostei de fazer desporto...” E1</p> <p>“... se pudesse dava uns passeios até ao fundo do quintal, é que gosto de ver a horta e as coisas crescerem, mas agora está difícil...” E1</p> <p>“..., gostava de sair com o carro e agora não posso, ..., gostava muito de ... sair mais, ...” E2</p> <p>“..., ia ao café, gostava de andar de bicicleta, ..., agora não posso, e são esses cantinhos todos,..., gostava também de me entreter e agora não faço nada, ...” E3</p> <p>“...eu ia até ao café, ..., praticamente estava no café, ..., porque são meus amigos e eu podia fazer isso, e isso é o que sinto mais falta e agora já não faço, ...” E5</p> <p>“..., pode ser que em breve possa ir ver os jogos, ..., até agora não foi possível, gostava de ir ver, porque costumava de vez em quando, ...” E5</p>	7	4	

Atividade Laboral		<p>“... , ia com as vacas para o campo, agora não posso, ...” E2</p> <p>“... , queria melhorar para poder trabalhar, ... , temos lá vinhas, que todos os anos são podadas por mim e este ano estou a ver que não vou poder, ... , gostava muito de ... andar com o trator, andar com as vacas, ...” E2</p> <p>“... , gostava também de fazer alguma coisa em casa, ... , por exemplo de cortar ervas daninhas ou silvas ou outras coisas assim, ... , a cirurgia diminuiu o que eu podia fazer, ...” E3</p> <p>“... , eu fazia todo o trabalho de casa, ia para o campo e fazia tudo sozinha, ...” E4</p> <p>“... , sinto muita falta de andar no campo porque não me posso dobrar, não posso apanhar ervas, ...” E4</p> <p>“... , senti mais falta de dar as minhas voltas ao campo, que fazia e agora não posso, pelas minhas hortas e agora não posso, fazia tudo cá em casa, ...” E6</p> <p>“... , eu fazia muita coisa, sulfatava as vinhas, semeava as batatas, o milho, semeava os campos com milho, também com o semeador, fazia muita coisa, ...” E6</p> <p>“... , não faço as coisas da mesma maneira, olhe por exemplo, ... , e até dobrar a roupa, até para fazer as coisas faço sentado, só sentado, ... , faço as coisas com jeito, agarrado, ...” E7</p> <p>“... trabalhava na lavoura, fazia a poda, ... , ainda ponha uns pés de couve, ... , cortava a lenha, ...” E8</p> <p>“... , dar uma voltinha, por aqui por acolá, de ir ao campo e aqui em cima (casa) fazia tudo, trabalhei na seca do bacalhau, trabalhei muito e agora....nada, ...” E9</p> <p>“... , eu precisava era de não estar doente e fazer tudo sozinha como antigamente que fazia tudo, vinha e até podia lavar a louça, gosto muito de lavar, gostava da lida, ...” E9</p> <p>“... , agora não faço nada do que fazia, conduzir trator, tratar dos animais, fazer inseminação (nas vacas), ...” E10</p>	12	8
Atividade Religiosa		<p>“... , não vou à missa, ...” E2</p> <p>“... , mas gostava de ir à missa, ...” E6</p>	2	2
Cuidar Outro		<p>“... , fazia as minhas coisas, e era eu que tratava do marido, ... , ajudava o marido a dar banho, agora sinto falta de tudo” E4</p> <p>“... , cozinhava para a minha mãe, ... , eu é que ajudava tudo cá em casa, ...” E5</p> <p>“... , fazia a comida, porque quando ela (esposa) andava em recuperação do ombro eu fazia a comida, ...” E8</p>	3	3
Espaço Habitacional	Áreas Reduzidas	<p>“... , depois a casa não tem muito espaço, ...” E1</p> <p>“... , a cama está encostada à parede eu não consigo fazer sozinha, e o quarto é pequeno e não dá para mexer, ...” E4</p> <p>“... , também a casa de banho, como é antiga e tem degraus, ... , mas a casa é pequena e não tenho muito espaço, ...” E4</p> <p>“... , aqui é mais complicado, os espaços também são pequenos e não dá para mudar nada...” E10</p>	4	3
	Climatização Deficiente	<p>Também a casa de banho, ... , mas como ficou lá fora, mas é inverno tenho que sair de casa para lá ir, ... , no início o banho foi dado no quarto, ...” E4</p> <p>“... , mas eu também me custa pelo frio, ...” E5</p>	2	2

Legenda: Cat. – Categoria; Subcat. – Subcategoria; n^ou.r. – Número de unidades de registo; n^od. – Número de doentes.

Atividades Básicas de Vida Diária

Nesta categoria foram consideradas as unidades de registo referentes às dificuldades percecionadas no domicílio (duas semanas após a alta hospitalar) nas atividades básicas de vida diária. Desta categoria emergiram cinco subcategorias: mobilidade/deambulação que correspondem a nove u.r. e o mesmo número de pessoas com ATA; a transferência foi referida por três pessoas e emergiram 3 u.r.; à atividade vestir/vestir correspondem sete u.r. evidenciadas por sete participantes; oito pessoas referiram a atividade banho, com oito u.r.; e subir/descer escadas foi percecionado por quatro pessoas através de cinco u.r.

Atividade de Lazer

Nesta categoria integramos as u.r que revelaram que a atividade de lazer foi, das atividades que sentiram dificuldade, aquando do regresso a casa. Foi uma dificuldade percecionada por quatro pessoas, que resultaram em sete u.r.

Atividade Laboral

Foram integradas as u.r. correspondentes às dificuldades com a atividade laboral. Foi considerada a atividade laboral remunerada, não remunerada ou de subsistência. As doze u.r. foram referidas por oito pessoas com ATA.

Atividade religiosa

Nesta categoria abarcamos as u.r que refletiam a dificuldade da pessoa com ATA na concretização da atividade religiosa, a que estavam habituadas antes da intervenção. Correspondem 2 u.r, que foram relatadas por dois participantes.

Cuidar do Outro

O cuidar do outro foi referido por três participantes. Integramos as três unidades de registo relacionadas com a dificuldade em cuidar de outra pessoa que estava dependente dos participantes antes da cirurgia.

Espaço Habitacional

Abarcamos as u.r. correspondentes à dificuldade que percecionaram, no espaço habitacional, no regresso a casa. Emergiram duas subcategorias: áreas reduzidas, foram referidas por três participantes através quatro u.r. e climatização deficiente foi evidenciada por duas pessoas através do mesmo número de u.r.

1.4.2. Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio

Para dar resposta às dificuldades com que se depara após a cirurgia (ATA) e aquando o regresso a casa, emergem muitas necessidades de adaptação à nova realidade, que parecem resultar de constrangimentos percecionados e que tem reflexos no processo de reabilitação. Neste sentido, pareceu-nos pertinente conhecer as necessidades da pessoa com ATA no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar. Desta área temática emergiram duas categorias: capacitação para as ABVD e recurso a outros.

Quadro nº16. Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio

Área Temática 2: Necessidades da pessoa com ATA, no domicílio				
Cat.	Subcat.	Unidades de registo	n.ºu.r.	n.ºd.
Capacitação Para as ABVD	Mobilidade/Deambulação	“...eu se soubesse andar melhor e sair desta casa já era bom, ...” E1 “... ,faz-me falta aquilo que fazia, queria era andar, ...” E4 “... , eu precisava era de não estar doente e fazer tudo sozinha como antigamente que fazia tudo, ..., quando andava melhor, muito gostava de mexer ...” E9 “... , sinto que precisava de mais mobilidade para fazer as coisas, que me fazem falta, ...” E10	4	4
	Transferência	“... , mas precisava de algumas coisas, que não sei, que me dissessem como fazer algumas coisas, para fazer sem ajuda, para me movimentar, levantar,...” E4 “... , deveriam dar mais informação, por exemplo como devia levantar da cama, com almofada no meio das pernas, mas não explicaram, ..., se explicassem melhor, seria mais fácil, para adaptar melhor, ...” E7	2	2
	Vestir/Despir	“...mas eu acho que era importante que dissessem, ..., como vestir-me, ...” E4	1	1
	Banho	“... , mas eu acho que era importante que dissessem como dar o banho e outras coisas, ...” E4 “... , não sabia tomar banho, talvez ajudasse para ser mais fácil aqui, ...” E5 “... , no banho eu não sabia muitas coisas e podiam ensinar para não fazer errado, e lá isso não explicam, ...” E6 “... , ajudavam-me a dar o banho (as enfermeiras), mas não explicaram, ..., mas eu tinha muita dificuldade, claro que fazia falta, ...” E8 “... , o banho, não explicaram, mas é importante, dava jeito porque depois ao chegar aqui foi tudo improvisado,..., porque foi difícil a adaptação” E10	5	5
	Subir/descer escadas	“... , mas eu acho que era importante que dissessem como, ..., subir as escadas, porque em casa temos muito receio, ...” E4 “...ensinar a subir escadas e descer mas já não disseram, falhou, ..., aqui não preciso (casa), não tenho escadas, mas para ir ao centro de saúde, como é no primeiro andar, dava jeito, ...” E5	2	2
Recurso a Outros		“... , era mais uma pessoa para ajudar, porque estamos sozinhos, ...” E2 “... , eu tenho dificuldade e a minha esposa também tem dificuldade, ..., e se pudéssemos tínhamos uma pessoa para ajudar lá em casa, ...” E3	2	2

Legenda: Cat. – Categoria; Subcat. – Subcategoria; n.ºu.r. – Número de unidades de registo; n.ºd. – Número de doentes.

Capacitação para as ABVD

No que se refere às necessidades percebidas no domicílio, consideramos nesta categoria as u.r. respeitantes aos depoimentos que evidenciaram necessidade de melhor capacitação para as ABVD. Emergiram cinco subcategorias: a mobilidade/deambulação foi referida por quatro pessoas através de quatro u.r.; dois participantes evidenciaram a transferência através de duas u.r.; vestir/vestir foi declarado por um participante com o mesmo número de u.r.; o banho também foi expresso por cinco pessoas, como uma necessidade, através de cinco u.r. e subir/descer escadas que foi referido por duas pessoas através do mesmo número de u.r., como podemos verificar pelo quadro anterior.

Recurso a Outros

Nesta categoria incluímos as u.r. correspondentes às declarações que evidenciaram necessidade de apoio de outrem no domicílio. Foi demonstrado por dois participantes, através de duas u.r.

1.4.3. Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio

As emoções são desencadeadas por estímulos, que resultam em ações e podem provocar alterações fisiológicas (Damásio, 2012). O mesmo autor acrescenta que a resposta a um problema, a uma dificuldade, respondem interesses e necessidades intrínsecas e extrínsecas da pessoa envolvida. Este padrão de respostas, traduz-se num fenómeno pessoal, multidimensional, de emoções e sentimentos que parecem intervir na forma como cada um vivencia as experiências de vida.

No decurso da exposição, durante a entrevista, os participantes evidenciaram emoções e sentimentos que percecionaram durante as duas semanas no domicílio, após a alta hospitalar. Emergiram nove categorias: medo; isolamento; impotência; saudade; dependência; revolta; resignação; vergonha e alívio.

Quadro nº 17. Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio

Área Temática 3: Impacto psicossocial da ATA na pessoa, no domicílio				
Categ.	Subcat.	Unidades de registo	n.ºu.r.	n.ºd.
Medo		<p>"..., tenho medo de arriscar, porque como nunca fiz, isto não é fácil,..., mas agora tenho medo..." E1</p> <p>"... e só em pensar que tenho que descer estas escadas até tenho medo" E1</p> <p>"...tenho medo de avariar isto, é melhor ficar aqui sem nada, ..." E1</p> <p>"..., porque aqui em casa é difícil, o receio que tenho em me deitar na cama, o fazer o levantar, tenho medo,..." E4</p> <p>"..., tenho um certo receio de me levantar, ..." E4</p> <p>"..., tenho medo de me aleijar, de cair, de ter dor e que isto não funcione bem. Tenho medo de andar, ..." E5</p> <p>"..., mas ainda tenho medo de sair e de ainda não estar boa para lutar, tenho medo de estragar aquilo que está, ..." E6</p> <p>"..., mas tenho algum receio, ainda não sai lá para fora, ..." E7</p> <p>"..., porque sozinho tenho medo (de sair), ..., porque tenho medo de cair, e agora é diferente, não dou as voltas que costumava dar, ..." E8</p>	9	6
Isolamento		<p>"..., eu até já disse que estou preso nestas paredes,..." E1</p> <p>"..., estou isolado e preso porque não saio como era antes, porque esta operação deita muito a baixo e isto é custoso, ..." E5</p> <p>"..., eu fiquei sozinho porque não vejo mais ninguém, ..." E5</p> <p>"..., algumas vezes entramos na solidão, mais quando elas não estão, ..." E6</p> <p>"..., já se sabe que se nota porque estava habituado, agora não dá nada, essa é a diferença, deixou-me preso, sinto tristeza, claro, por querer andar e não poder,..." E8</p>	5	4
Impotência		<p>"...isso complica. Queria melhorar para poder trabalhar, ..." E2</p> <p>"..., agora não faço nada, a minha mãe é que não gosta de me ver assim, ..., ela sente muito e eu estou aqui parado e não posso fazer nada, ..." E5</p> <p>"..., ver os outros a trabalhar e não poder ajudar..." E8</p>	3	3
Saudade		<p>"..., ai, ..., tenho tantas saudades de sair, de ver as minhas vizinhas, ..., tenho saudades de dar uma voltinha, por aqui por acolá, de ir ao campo, ..." E9</p>	1	1
Dependência		<p>"..., agora é a minha mulher que vai com as vacas, mas nós remediamos, ..." E2</p> <p>"..., nunca pensei que fosse assim, isto deixa uma pessoa paralisada, dependo de todos porque não consigo fazer nada, ..., porque olhe até o meu homem, que não vê (invisível) me tem que ajudar, ..." E4</p> <p>"..., a minha mãe de vez em quando choraminga e custa-me não poder ajudar tanto, ..." E5</p> <p>"...,as filhas iam de carro para a missa e eu não esperava por elas e eu lá ia, tinha o meu horário de sair de casa e ia, era independente, ..., agora as pernas tramaram-me, ..." E6</p> <p>"..., se uma pessoa se poder desenrascar não dá trabalho aos outros, não é fácil lidar agora cá em casa, fico chateada, ..." E6</p>	5	4

Revolta	<p>“... mas ajudava se soubesse passar esta “porcaria”, eu se soubesse andar melhor e sair desta casa já era bom, ...” E1</p> <p>“... até para andar só me explicaram uma vez, mas isso não é o mais difícil, ora chegar aqui, plantados, sem poder fazer nada, ...” E1</p> <p>“ se soubesse o transtorno que dava, não era operada, ..., mas ninguém me apanha noutra, ...” E4</p> <p>“... mas primeiro está a minha saúde e agora que eu estava a gozar da minha reforma é que me deu isto (artrose) e o pior é isso, recuperar, esta perna que não comanda bem, ...” E9</p> <p>“... também lhe digo um dia que a gente falte, ninguém nota, pois não, eu só estou a dar trabalho, ...” E9</p> <p>“... e agora ao ver o meu homem sozinho fico agoniada, ...” E9</p>	6	3
Resignação	<p>“... mas eu até me desenrasco, não foi difícil, mudamos umas coisas na vida, no início era pior, ..., cá nos arranjamos, ...” E1</p> <p>“... porque se quero que corra bem, tenho que passar por isto, para ficar bem o resto da vida, ...” E5</p> <p>“... estou um bocado mais perra mas acho que foi o melhor, ...” E6</p> <p>“... só saio para o curativo, não espalho, é natural, ...” E8</p>	4	4
Vergonha	<p>“... ainda não sai lá para fora, no meio da rua, para não dar espetáculo, não gosto de andar de canadianas, não gosto, ..., o facto de sair menos à rua é pelo aspeto físico, digamos exterior, porque as pessoa conhecem-me de outra maneira, de outra forma, ...” E7</p>	1	1
Alívio	<p>“...mas foi uma boa solução, já estou mais aliviada, porque antes tinha muitas dores, eu já não comia nada, agora até engordei, eu estava um esqueleto, ...” E9</p>	1	1

Legenda: Cat. – Categoria; Subcat. – Subcategoria; n^ou.r. – Número de unidades de registo; n^od. – Número de doentes.

Medo

Nesta categoria foram englobadas as u.r. que sugerissem expressões que traduzissem medo. O medo foi manifestado por seis pessoa com ATA, através de nove u.r.

Isolamento

A perceção de estar isolado do meio social, foi referido por quatro participantes, através de cinco u.r.

Impotência

Foram incluídas as u.r. relacionadas com os relatos que evidenciam sensação de impotência por estarem dependentes de alguém no domicílio. A sensação de impotência foi manifestada por três pessoas através de três u.r.

Saudade

A saudade na realização de algumas atividades de vida, que ficou impossibilitado pela cirurgia, foi manifestada por um participante através de uma u.r.

Dependência

Foram incluídas as u.r. que retratavam os depoimentos relacionados com a perceção de estarem dependentes de outras pessoas, nomeadamente de familiares, para a concretização de algumas atividades em que eram independentes antes da cirurgia. Emergiram cinco u.r., relatadas por quatro pessoas.

Revolta

O sentimento de revolta foi manifestado por três entrevistados, através de seis u.r.

Resignação

Foram integradas nesta categoria as expressões de resignação dos participantes, que apesar das dificuldades impostas pela ATA, expressam conformismo e aceitação do processo. Emergiram 4 u.r. manifestadas por quatro dos entrevistados.

Vergonha

Uma das pessoas com ATA, através de uma u.r., referiu sentir vergonha quando tinha de se deslocar à rua.

Alívio

Também um participante expressou um sentimento de alívio, uma vez que com o procedimento cirúrgico deixou de ter dor no membro, quadro este que, foi manifestado por uma u.r.

1.4.4. Estratégias e recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio

Quando uma pessoa se depara com um quadro de necessidades, perante um cenário de mudança e adaptação, após uma cirurgia, prioriza e faz emergir algumas estratégias, que se revestem de especial importância na aquisição de recursos para amenizar as dificuldades, promover maior bem-estar e qualidade de vida. O conhecimento das estratégias utilizadas no regresso a casa, permite ao enfermeiro de reabilitação integrar uma adenda no programa de intervenção, com o principal objetivo de, capacitar a pessoa e família para o seu regresso a casa. Através dos depoimentos emergiram seis categorias: alteração do espaço habitacional; recurso familiar; recurso a transporte público; recurso à fé; recursos de saúde na comunidade e produtos de apoio.

Quadro nº 18. Estratégias e recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio

Área Temática 4: Estratégias e Recursos utilizados pela pessoa com ATA, no domicílio				
Categ.	Subcat.	Unidades de registo	n.ºu.r.	n.ºd.
Alteração Espaço Habitacional		"..., eu tirei alguns móveis dos sítios, pois atrapalhavam um bocado, ..." E1 "..., também a casa de banho, como é antiga e tem degraus, adaptaram cá em baixo uma casa de banho, ..." E4	2	2

Recurso Familiar	Cônjuge	"... , geralmente quem ajuda é a minha mulher, que à noite está em casa,..." E1 "... , ajeito-me pouco,..., tenho ajuda da esposa, ..." E2 "... , é o meu homem que acorda e me ajuda, ..., e ele sai da cama e ajuda a levantar, ..." E4	3	3
	Filha/o	"... , na cozinha o rapaz trata da comida e assim é mais fácil, ..." E1 "... , e a minha filha ajuda, para o banho, ..., quem me ajuda cá em casa é a família, ..." E4 "... , depois as filhas, quem estiver em casa é que ajudam, eu arranjei maneira de me adaptar, ..." E6 "... , mesmo para deitar preciso de ajuda, quem ajuda é a minha filha, ..." E9	4	4
	Irmã	"... , o resto a minha irmã ajuda, ..., ela sabe, e como eu quando cheguei não sabia nada, ela é que ajuda, ..." E5	1	1
	Mãe	"... ,É a minha mãe, que ajuda só em parte e ajuda a calçar as meias, ..." E10	1	1
	Outros	"... , mas a família tem vindo cá. Até ajudam algumas vezes quando quero mudar de sítio, ..." E1 "... ,quando preciso um amigo leva-me à consulta,..." E5 "... , ontem o meu primo já me trouxe um cadeirão e agora vou poder sentar-me, ..." E5	3	2
Recurso a Transporte Público		"... ,ontem tive de vir à vila apanhar a injeção e tive de vir de táxi, ..." E2	1	1
Recurso à Fé		"... , padre foi ao pé de mim, ..., comunguei, também fiz uma reza, ..., e isso ajuda, ..." E2 "... , eu tenho fé em Deus e Nossa Senhora, ..., mas para fazer as minhas coisinhas... vamos a ver, só espero que o Senhor me dê saúde, ..." E9	2	2
Recursos Saúde na Comunidade	Centro Saúde	"... , a enfermeira vem cá a casa, ..., E1 "... , também vem cá as enfermeiras do centro de saúde que fazem o penso e assim ajuda para não ir lá para fora, ..." E4 "... , o centro de saúde também ajuda nos pensos, ..." E5 "... , ontem as enfermeiras do centro de saúde até disseram que não devia ter isto aqui (tapetes, eu vou tira-los), ..." E9 "... tive ajuda do centro de saúde, ..." E10	5	5
	Bombeiros	"... , tive ajudas, ... e quando não era possível ao fim de semana ia aos bombeiros" E10	1	1
Produtos de apoio	Cadeira Sanitária	"... , tenho a cadeira (sanitária) no quarto, ..., esta cadeirinha deu jeito, ..." E4	1	1
	Calçado	"... , mas agora calço isto (pantufas fechadas) para fixar melhor os pé ao chão, isto foi eu que adaptei, ..." E6	1	1
	Escova de cabo longo	"... a filhas compraram uma escova com um cabo grande e lavo até às pernas e assim já estou desenrascada, ..." E6	1	1
	Elevador de sanita	"... , eu pus um aumento na sanita, como lá tinha, ..." E6	1	1

Legenda: Cat. – Categoria; Subcat. – Subcategoria; n^ou.r. – Número de unidades de registo; n^od. – Número de doentes.

Alteração do espaço habitacional

Foram incluídas nesta categoria as u.r. correspondentes às alterações do espaço habitacional, que os participantes referiram ter feito no regresso a casa, aquando a cirurgia. Esta estratégia foi evidenciada por duas pessoas, através de duas u.r. que

incluiu a mudança de mobiliário bem como a adaptação de uma casa de banho, para dar resposta às suas necessidades.

Recurso familiar

O recurso ao apoio de familiares foi um recurso utilizado pelos participantes nas duas primeiras semanas, após a alta hospitalar. Emergiram cinco subcategorias: o apoio do cônjuge foi referido por três pessoas, através de três u.r.; o recurso a filha/o foi declarado por quatro participantes, através do mesmo número de u.r.; o apoio de uma irmã e da mãe emergiu através de uma u.r., referida por uma pessoa com ATA; e dois participantes, através de três u.r. expressaram que recorreram ao apoio de outras pessoas.

Recurso a transporte público

Nesta categoria totalizamos as u.r. que sugeriram o recurso ao transporte público, aquando o regresso a casa. Um participante relatou, através de uma u.r., o recurso ao táxi para se deslocar ao centro de saúde.

Recurso à fé

Duas pessoas com ATA, através de duas u.r., referiram recorrer à fé para ultrapassar as suas dificuldades, quer através da visita do padre, que através do recurso a orações.

Recursos de saúde na comunidade

Nesta categoria abarcamos as u.r. resultantes dos depoimentos que referiram como estratégia o recurso de saúde na comunidade. Emergiram duas subcategorias: centro de saúde evidenciado por cinco participantes através de cinco u.r. e recurso aos bombeiros referido por uma pessoa, através de uma u.r.

Produtos de apoio

A utilização de alguns produtos de apoio, foi outras das estratégias que emergiram. Foram quatro as subcategorias que descortinamos: a cadeira sanitária foi referida por uma pessoa, através de uma u.r., o calçado, a escova de cabo longo e elevador de sanita foram produtos de apoio referidos apenas por um participante.

1.4.5. Perceção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação

A forma como a intervenção do enfermeiro de reabilitação é percecionada pela pessoa com ATA, permite ao profissional intervir de forma mais assertiva no programa de intervenção para melhor capacitar para o regresso a casa, através do desenvolvimento

de intervenções com significado para a pessoa e para o seu projeto de saúde. Desta área temática resultou uma categoria: programa de intervenção desajustado à promoção de capacidades adaptativas.

Quadro nº19. Perceção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do e ER

Área Temática 5: Perceção da pessoa com ATA, relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação				
Categ.	Subcat.	Unidades de registo	n.ºu.r.	n.ºd.
Programa de Intervenção Desajustado à Promoção de Capacidades Adaptativas	Atividades de Vida Diária	<p>"..., até para andar só me explicaram uma vez, mas isso não é o mais difícil, ora chegar aqui, plantados, sem poder fazer nada, ..." E1</p> <p>"..., ensinaram-me a sentar e a andar,..., acho que era importante que dissessem como dar o banho e outras coisas, o vestir-me e subir as escadas, porque aqui em casa é difícil, ..." E4</p> <p>"..., no serviço ensinaram a andar e a sair e entrar nos sítios, na cama, mas não sabia tomar banho, talvez ajudasse para ser mais fácil aqui, ..." E5</p> <p>"... no banho eu não sabia muitas coisas e podiam ensinar para não fazer errado, ..., isso, ninguém explicou, se calhar foi por isso que me custou tanto, ..., não sabia como fazer, acho que falha e falha muito, é que andar mais ou menos me alinhavo" E6</p> <p>"..., só o andar, de resto não, não fiz, ora bem e em casa ainda preciso de ajuda para o resto, ..." E7</p> <p>"... foi só a andar, ..., não ensinaram nada, só andei com as muletas, ..., deram banho mas não ensinaram, ..." E8</p> <p>"Ajudavam-me a dar o banho, ..., mas não explicaram, elas estavam muito ocupadas, ..., mas eu tinha muita dificuldade, ..., claro que fazia falta, ..." E9</p> <p>"... (o banho) ..., não explicaram, mas é importante, ..., dava jeito, porque depois ao chegar aqui foi tudo improvisado,..., porque foi difícil a adaptação, ..." E10</p>	8	8
	Comunicação	<p>"..., o enfermeiro que me entregou um papel para eu saber, ..., sabe que eu de cabeça também não percebo bem... (pausa), prontos também há enfermeiras que falam baixinho e eu não percebia, ..., porque não ouvia e não fixo bem as coisas na cabeça, ..." E9</p>	1	1
	Barreiras Arquitetónicas	<p>"..., mas isso não é o mais difícil, ora chegar aqui, plantados, sem poder fazer nada, depois a casa não tem muito espaço e como vê temos muitas escadas, ..." E1</p> <p>"..., algumas coisas vou começando a fazer, porque me disseram lá para fazer, mas a casa é pequena e não tenho muito espaço, ..., e aqui (em casa) é muito difícil, ..." E4</p> <p>"..., ainda me disseram que eram capaz de ensinar a subir escadas e descer mão já não disseram, ..., mas para ir ao centro de saúde, como é no primeiro andar, dava jeito, ..." E5</p> <p>"..., não sabemos nada, lá (no hospital) é mais fácil, aqui é mais complicado, os espaços também são pequenos e não dá para mudar nada, ..." E10</p>	4	4
	Tempo de Internamento Insuficiente	<p>"...até para andar só me explicaram uma vez, ..." E1</p> <p>"... se tem escadas para subir, ..., ele ensinou-me lá no hospital, para andar, para não fazer a carga toda na perna, mas não ensinaram o resto para o banho e tudo o resto, ..." E3</p> <p>"..., mesmo lá andei pouco tempo e foi pouco para saber, eu também já não fixo muito, mas foi pouco e aqui (em casa) é muito difícil, ..." E4</p> <p>"..., isso foi no deitar e levantar, o sentar, o colocar a almofada no meio das pernas e depois o enfermeiro ajudou a mexer a perna e gostei, só foi pena ser pouco tempo, ... mas ainda estava verde, precisava de repetir mais vezes, ..." E6</p> <p>"... já a andar não estou mau, já subo e desço as escadas, ..., mas um enfermeiro ensinou-me, ..., e temos pouco tempo com ele (enfermeiro reabilitação), achei que era bom para mim, explicou bem, mas não fazemos muito tempo, ..." E6</p> <p>"..., o que disseram deu jeito, mas ficamos lá pouco tempo porque assim podíamos aprender mais a andar, ..." E8</p> <p>"... o enfermeiro entregou-me um panfleto, fez exercícios, ..., ensinou a andar e subir e descer escadas, a andar que é muito importante, não cruzar as pernas, ..., a sair da cama, mas devia ser mais tempo para praticar, ..." E10</p>	7	6

Legenda: Cat. – Categoria; Subcat. – Subcategoria; n.ºu.r. – Número de unidades de registo; n.ºd. – Número de doentes.

Programa de Intervenção Desajustado à Promoção de Capacidades Adaptativas

Consideramos nesta categoria as u.r. respeitantes aos depoimentos que evidenciaram que a educação para a saúde efetuada pelo enfermeiro de reabilitação, durante o internamento hospitalar, foi desajustada à promoção das capacidades adaptativas, emergindo quatro subcategorias. Oito pessoas com ATA, através de oito u.r., referiram que o programa de intervenção, do enfermeiro de reabilitação, não foi ajustado às necessidades e dificuldades das pessoas, nomeadamente no que se refere às atividades básicas de vida diária. Dos oito participantes, sete enfatizaram o facto de não terem sido ensinados e treinados na técnica do banho, que ao regressarem ao domicílio resultou numa dificuldade acrescida. A comunicação foi expressa por um participante através de uma u.r. acrescentando que a técnica comunicacional também foi desajustada, que apesar da entrega de um panfleto, como método complementar, não percebeu o seu conteúdo e também não ouviu a informação verbal que o enfermeiro transmitiu por hipoacusia. As barreiras arquitetónicas foram evidenciadas por quatro pessoas através do mesmo número de u.r. O facto do enfermeiro de reabilitação desconhecer as barreiras arquitetónicas com que a pessoa, com ATA, se depara no domicílio, resultou num programa de intervenção desajustado às suas dificuldades e necessidades. Seis participantes, através de sete u.r. consideram o tempo de internamento insuficiente para a capacitação das atividades. Acrescentam que o tempo para o treino das técnicas ensinadas foi insuficiente, nomeadamente o andar e subir/descer escadas, transferência e posicionamentos.

Esta apresentação e análise dos resultados que emergiram do Índice de Barthel, da escala de Qualidade de Vida e das entrevistas, consistiram num primeiro passo para atingir os objetivos inicialmente traçados. Após esta análise e apresentação dos resultados, pretendemos iniciar a sua discussão à luz do background teórico, da análise bibliográfica e de outros estudos relacionados com a problemática.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conhecimento científico integra fatos que resultam do quotidiano da pessoa, que se manifestam por um agir do senso comum, constituindo-se como preposições que podem resultar na compreensão do processo de cuidar nos contextos, para se totalizar em evidência e se desenvolverem intervenções de enfermagem de reabilitação com significado para a pessoa cuidada e para o seu projeto de vida.

O nosso estudo teve como foco de atenção a pessoa com ATA e neste processo foi nosso objetivo: determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as

ABVD, no momento da admissão no internamento hospitalar, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio; avaliar o Índice de Q.V da pessoa com ATA no domicílio; conhecer a percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades, no domicílio; conhecer a percepção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do ER; analisar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD face à percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades e necessidades no domicílio e Verificar a natureza da relação entre as variáveis idade, sexo, IMC, nível escolaridade, patologia associada, nível de dor e enfermeiro de reabilitação com a dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD e a sua qualidade de vida.

A apresentação e análise dos resultados expostos anteriormente, possibilitaram-nos verificar que a amostra foi constituída maioritariamente por pessoas do sexo masculino (19), com idades entre 41 e 77 anos, com uma média de 63 anos, 60% dos participantes apresentavam um peso acima do ideal, quando avaliado o IMC, 89,9% não tinham a escolaridade obrigatória, e 60% das pessoas tinham frequentado o ensino básico, 50% tiveram apoio do cônjuge aquando da alta hospitalar, e 63,35% referiram ter pelo menos uma patologia associada. Das trinta pessoas com ATA 16 não tiveram intervenção do ER, enquanto as restantes 14 referiram ter tido intervenção deste profissional durante o internamento.

Quando avaliado o nível de dor nos três momentos (admissão, 5º dia e domicílio), verificamos que apesar de o nível de dor, referido por uma pessoa (3,3%), ter sido 9, no momento da admissão no internamento, a média de dor é de 3,6, enquanto ao quinto dia é de 4,67 e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, apresentam uma média de 2,4. Marques (2007) afirma que a dor é uma linguagem que deve ser valorizada pelo enfermeiro e cuja avaliação e análise é crucial para que através de variadas estratégias, possam promover o seu alívio e bem-estar. No momento da admissão verifica-se que algumas pessoas apresentam dor, o que corrobora com alguns autores, nomeadamente Serra (2001) que destacam este fenómeno doloroso como um dos principais sintomas da artrose primária, que por ser incapacitante levam ao recurso da cirurgia. Observamos uma média de dor mais elevada ao quinto dia, uma vez que se trata de um procedimento cirúrgico doloroso (Serra, 2001). Parece-nos que, tal como refere Marques (2007), num estudo realizado sobre a dor pós-operatória dos doentes com artroplastia total do joelho, as vivências de dor, não obstante a componente física, resultantes da agressão aos tecidos, pela cirurgia, se acrescem outros fatores de cariz psicológico, social e até cultural que influenciam a percepção e a forma como cada pessoa manifesta este fenómeno doloroso.

Sendo nossa pretensão dar resposta aos objetivos a montante enunciados e após a caracterização das pessoas com ATA, passaremos a uma análise e reflexão mais profunda dos resultados obtidos.

Nível de Dependência Funcional da Pessoa com ATA para as ABVD, no Momento da Admissão, ao 5º dia após a Cirurgia e no Domicílio

Após a aplicação do índice de Barthel em 3 momentos, desde a admissão (numa unidade de internamento do foro ortotraumatológico), ao 5º dias após a cirurgia (ATA) e no domicílio, duas semanas após a alta hospitalar, verificamos que, não obstante a coxartrose, (por artrose primária) se configurar numa doença incapacitante (Serra, 2001), constatamos que as pessoas eram independentes no momento da admissão, com uma média de 19,07, ao 5º dia após a cirurgia eram dependentes em grau moderado (média de 12,23) e permaneciam dependentes em grau moderado duas semanas após a alta, embora com um score mais elevado (média 14,73).

Verificamos que exceto as atividades “evacuar”, “urinar” e “alimentar-se”, todas as restantes sete atividades se alteraram nos três momentos da aplicação do instrumento. Nas atividades “ir casa de banho”, “deslocações”, “mobilidade”, vestir-se” “escadas” e “tomar banho”, os participantes apresentaram maior nível de dependência ao 5º dia após a cirurgia. De acrescentar que na atividade “banho” ao 5º dia, todas as pessoas eram dependentes e no domicílio, permaneciam 86,7% dos participantes, com o mesmo grau de dependência.

Para um bom desempenho das ABVD, torna-se fundamental um bom desempenho funcional. O procedimento cirúrgico da ATA, como evento crítico, interfere diretamente com a mobilidade e a atividade andar, estando estas diretamente relacionadas com as restantes atividades (Hoeman, 2000). Guedes et. al (2011), num estudo sobre o impacto da funcionalidade na ATA revelou que todos os idosos apresentaram alterações nos parâmetros da marcha, e que estes apresentaram pior desempenho funcional, não regressando à sua funcionalidade normal. Também Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) num estudo cuja finalidade foi de explorar fatores que interferem na (in) capacidade funcional do doente após evento crítico de saúde e o seu impacto no grau de dependência no autocuidado, evidenciaram que os focos diferenciais mais significativos para a reconstrução da autonomia dos doentes integram-se no domínio da atividade física, com relevância no transferir-se e andar e que a capacidade funcional para o desempenho das atividades inerentes ao autocuidado, tem uma relação direta com o grau de dependência dos demais.

A ATA tem como objetivo restabelecer a função da pessoa e melhorar a sua qualidade de vida (Rampazo & D'Elboux, 2010) e vários são os fatores que podem interferir no processo de reabilitação da pessoa com ATA. Da análise efetuada, verificamos que idade, o IMC, o nível de escolaridade e a patologia associada, não interferiram no nível de dependência funcional para as ABVD nos três momentos de avaliação. No nosso estudo 40% dos participantes tinham entre 60 e 69 anos e segundo Rosa, Benício, Latorre, & Ramos (2003) a faixa etária entre os 65 e 69 anos tem maior probabilidade de desenvolver dependência moderada/ grave na capacidade funcional.

Não obstante a amostra ser constituída por dezanove pessoas com ATA, do sexo masculino, também apuramos que a variável sexo não interferiu na dependência funcional da pessoa com ATA. Também Cunha, Monteiro e Martins, no seu estudo intitulado "Contributos da Enfermagem de Reabilitação na Independência Funcional do idoso", afiançam que a idade não interferiu na independência funcional do seu estudo, enquanto o sexo e as habilitações literárias foram fatores significativos.

Segundo alguns autores as alterações da capacidade funcional, resultam não raras vezes, em limitações na realização das atividades da vida diária. Entre os vários fatores, o aumento da idade, o sexo, o IMC, as habilitações literárias, e as patologias associadas afiguram -se determinantes no declínio funcional (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003; Caeiro, 2008; Duarte, 2010). No entanto contrariamente ao que verificamos nos estudos anteriormente referidos, estas variáveis não foram significativas no nosso estudo, não influenciando a capacidade funcional para as ABVD.

Quanto ao nível de dor no momento da admissão, podemos verificar que interferiu com o nível de dependência funcional para as ABVD, acrescentamos ainda que para os valores mais altos de intensidade de dor corresponderam as médias mais baixas para as ABVD. O nível de dor ao 5º dia e no domicílio, não interferiu no nível de dependência funcional para as ABVD. Segundo Marques (2007), aquando a realização de um estudo sobre dor pós-operatória realizadas a pessoas com artroplastia total do joelho, concluiu que a dor pós-operatória tem implicações a nível físico, nomeadamente na locomoção, mobilização e atividade de reparação (sono) bem como a nível emocional, interferindo diretamente no seu bem-estar, pois limita a pessoa nas suas AVD. Também Lin et. al (2001) citado pela mesma autora (2009) averba que a dor deve ser corretamente tratada, para minimizar o desconforto, melhorar a função e adaptação da pessoa para o desempenho das ABVD.

São processos de morbidade associados a patologias e muitas vezes a processos cirúrgicos, que poderão resultar em disfunções, levando a uma alteração do nível de dependência funcional para as ABVD. O enfermeiro de reabilitação, através de um

programa de intervenção ajustado às necessidades e dificuldades das pessoa com ATA, deverá figurar como um parceiro e interlocutor, através de uma intervenção de proximidade, neste processo, para poder capacitar, reabilitar e maximizar não só a funcionalidade, mas todas as dimensões da pessoa que reclamam para si um projeto de vida, que se afigura uno e individual.

O papel preponderante do enfermeiro de reabilitação, também ficou expresso no nosso estudo, uma vez que a sua intervenção interferiu no nível de dependência funcional para as ABVD, quer ao 5º dia após a cirurgia, quer no domicílio. A média do nível de independência funcional ao 5º dia após a cirurgia é superior no grupo com intervenção comparando com o grupo sem intervenção. Acrescentamos que esta diferença de scores é mais demarcada no domicílio. Os resultados do nosso estudo, corroboram com os encontrados na literatura, que enfatizam a importância do enfermeiro de reabilitação neste processo de (re) construção face a um processo de morbilidade provocado pela cirurgia (ATA), que como podemos verificar neste estudo, interfere significativamente na capacidade funcional para as ABVD e que podem desencadear vivências emocionais fortes, com perdas ou danos pessoais efetivos no presente e no seu futuro (Gameiro, 2004).

Num estudo realizado numa unidade de internamento de ortopedia, de um hospital de zona norte, com o objetivo de conhecer a influência da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na mobilidade/ andar, no utente idoso submetido a artroplastia total do joelho, foi avaliada a mobilidade ao quarto dia pós-operatório, a trinta idosos com intervenção do ER, correlacionando com outro grupo de idosos, equivalente em número e tipo de cirurgia, mas sem intervenção do mesmo. Este estudo concluiu que a média do grupo de idosos com intervenção do enfermeiro de reabilitação, na mobilidade/andar, foi superior, quando correlacionado com a média do grupo que não teve intervenção do mesmo profissional (Brito, Gomes, Magalhães e Araújo, 2010). Também num estudo realizado por Johnson e Eastwood (1992), citados Marques e Kondo (1998) em que foram comparados dois grupos de utentes com e sem intervenção de reabilitação, verificou-se que a função alcançada pelo primeiro grupo foi superior à do grupo que ficou imóvel. Num estudo que teve como objetivo identificar a relação entre a participação de idosos num programa de reabilitação e a independência funcional, concluiu que os participantes que realizaram o respetivo programa apresentaram maior independência que restante grupo (Cunha, Monteiro & Martins, 2007).

Lemos, Nascimento e Guedes (2009), através de uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de analisar a eficácia da reabilitação da marcha de idosos submetidos a ATA, concluíram que em todos os estudos analisados (Wang et. al; Hesse et. al; Galea

et. al; Maire et. al; Giebey et. al) o grupo com intervenção de reabilitação, apresentou resultados significativamente superiores aos obtidos pelo grupo de controlo. Estes estudos confirmam a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação neste processo de morbilidade, que se configura aquando a ATA, sendo determinante no sucesso da sua capacitação para a realização das ABVD, mantendo-o mais ativo, independente e participativo, com reflexos na sua qualidade de vida.

Qualidade de Vida da Pessoa com ATA, no Domicílio

A ATA, como procedimento cirúrgico, é considerado um evento crítico com reflexos na capacidade funcional para as ABVD, com forte impacto na qualidade de vida das pessoas aquando do seu regresso ao domicílio, após a alta hospitalar, exigindo alteração dos padrões de funcionamento pessoais e sociais, podendo traduzir-se num processo gerador de elevados níveis de ansiedade e stress.

Através dos resultados emanados, verificamos que as pessoas com ATA, duas semanas após a alta hospitalar, no domicílio, apresentam baixos níveis de QV nos vários domínios da escala. O domínio físico, foi o que apresentou um nível de QV mais baixo (34,76), quando comparado com a faceta geral de qualidade de vida (48,75), o domínio do meio ambiente (52,08) e o domínio das relações sociais (57,22). O domínio psicológico apresenta o maior índice de qualidade de vida (60,69). Num estudo realizado por Canavarró et. al (2010), onde foi aplicada a escala de QV WHOQOL-Bref a dois grupos distintos de pessoas, numa amostra constituída por 315 pessoas saudáveis e outra com 289 pessoas doentes, concluíram que as pessoas doentes apresentavam um nível de QV baixo. Neste estudo a faceta geral de QV apresentou um nível de QV de 49,09, seguindo-se o domínio físico (54,99), o domínio do meio ambiente (58,79), o domínio psicológico (64,41) e por fim com maior QV o domínio das relações sociais. Quando comparamos estes resultados com o nosso estudo verificamos que não obstante o domínio físico e a faceta geral de QV, serem os domínios onde se verifica menor QV, verifica-se que a pessoa com ATA tem menos nível de QV em todos os domínios.

No nosso estudo verificamos que as variáveis idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, patologia associada, e nível de dor no domicílio não interferiram na QV da pessoa com ATA no domicílio. Num estudo desenvolvido por Rampazo e D'Elboux (2010) sobre a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais sobre qualidade de vida de idosos com ATA, em que utilizaram a escala SF36, concluíram que as dimensões da QV mais comprometidas foram os aspetos físicos, capacidade funcional e dor, dados que corroboram com o nosso estudo apenas na dimensão física uma vez que a dor não interferiu na QV das pessoas com ATA. O mesmo estudo acrescenta que o IMC não

interferiu significativamente na QV, contrariamente o género, interferiu na QV, dados que são coincidentes com os dos nosso estudo em algumas das variáveis associadas.

Também Gameiro et. al (2010) num estudo sobre “Fatores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População Geral”, onde foi aplicada a escala WHOQOL-100 a 315 pessoas, concluiu que o género, a idade, estado civil, habilitações literárias e nível económico interferiram significativamente na QV, dados que não são coincidentes com os resultados do nosso estudo. Também Matos e Araújo (2009), num estudo com objetivo de avaliar a QV de pessoas com ATA antes e depois do procedimento cirúrgico, através da aplicação da escala SF36, concluíram que após o procedimento cirúrgico observaram-se melhorias significativas nos vários domínios da QV. O domínio físico foi o que apresentou menor valor médio, quer no pré, quer no pós-operatório. Neste estudo a idade interferiu significativamente com a QV, enquanto o nível escolaridade não teve qualquer interferência.

Quanto à intervenção do enfermeiro de reabilitação, foram encontrados dados estatisticamente significativos nos vários domínios da qualidade de vida, verificando-se que as pessoas com intervenção deste profissional apresentam melhor QV no domínio físico, no domínio das relações sociais e no domínio do meio ambiente sendo concordante com alguns estudos que evidenciam a importância que este profissional tem na QV da pessoa com ATA. Rampazo e D’Elboux (2010) acrescentam no seu estudo, que a função da anca foi a variável que influenciou a QV das pessoas estudadas (com ATA), salientando a importância de um investimento nos aspetos funcionais da pessoa com ATA, e através disso melhorar a dor, a locomoção e a satisfação, interferindo positivamente na sua QV.

Dificuldades da Pessoa com ATA, no Domicílio

As mudanças, impostas pelo processo que envolvem o procedimento cirúrgico, ATA, que passam pela diminuição da capacidade funcional para a realização das suas atividades, exige que a pessoa, aquando a alta hospitalar, inicie uma nova reorganização e adaptação ao meio sociofamiliar, com mudanças significativas na sua qualidade de vida. Muitas são as dificuldades com que a pessoa com ATA se depara no regresso casa. Dos depoimentos das entrevistas, as pessoas referiram que ao regressarem ao domicílio, após a cirurgia as dificuldades assentaram essencialmente na realização de determinadas ABVD, como a mobilidade/deambulação, percecionada por nove participantes, referindo-a como dificuldade “ ..., esta dificuldade em andar, ..., sinto que estou mais limitado, ainda andei pouco desde que cheguei, ...” E7. A transferência também foi relatada, como podemos constatar pelo depoimento: “..., porque aqui em

casa é difícil, ..., em me deitar na cama o fazer o levante, ..., ao deitar ainda é mais complicado, porque tenho de sentar-me e depois deitarem as pernas para cima, ..." E4. Uma vez que a ATA impõe restrições na flexão da anca, pelo risco de luxação (Serra, 2001), a atividade vestir/despir, foi também das atividades evidenciadas, assim o como o subir/ descer escadas como podemos confirmar pelo seguinte depoimento "..., Ainda não consigo bem descer os degraus, ..." E2. Dos dez participantes, oito destacaram a dificuldade na atividade banho, com que se depararam no regresso a casa "..., logo de manhã só tomo banho, que também preciso de ajuda, ... depois ao chegar aqui foi tudo improvisado, ..., porque foi difícil a adaptação" E10.

Manter ou até ter atividades de lazer, que estavam habituadas a realizar, antes da cirurgia, foi outra das dificuldades referidas. As dificuldades na deambulação e mobilidade impediram ou dificultaram a sua realização. Ir ao café, realizar desporto, passear, conviver com os amigos fora de casa, foram aspetos referidos "..., ia ao café, gostava de andar de bicicleta, ..., agora não posso, e são esses cantinhos todos, ..., gostava também de me entreter e agora não faço nada, ..." E3. As dificuldades com a atividade laboral foram também referidas, quase todos os participantes tinham uma atividade laboral não remunerada, por isso foram os trabalhos no campo, na agricultura onde tiveram dificuldade na sua concretização, como podemos verificar pelo seguinte depoimento "..., senti mais falta de dar as minhas voltas ao campo, que fazia e agora não posso, pelas minhas hortas e agora não posso, fazia tudo cá em casa, ..."E6. As pessoas com ATA também referiram dificuldade na concretização da atividade religiosa, a que estavam habituadas antes da intervenção, uma vez que após terem sido operadas deixaram de frequentar a igreja, para participar na missa. A dimensão religiosa tem um papel substancial na forma como a pessoa vivencia um processo de incapacidade e/ou doença. Muitas pessoas utilizam esta dimensão para alcançarem um reequilíbrio no seu processo de recuperação e adaptação (Louro, 2009).

Aquando a cirurgia, três participantes referiram constrangimentos para cuidar de outro familiar que tinham ao seu encargo antes da cirurgia "..., cozinhava para a minha mãe, ..., eu é que ajudava tudo cá em casa, ..." E5. Foi evidenciado o espaço habitacional, nomeadamente as áreas reduzidas e climatização deficiente como constrangimentos no regresso a casa, aquando a alta "..., a cama está encostada à parede eu não consigo fazer sozinha, e o quarto é pequeno e não dá para mexer, ..." E4.

Várias foram as dificuldades evidenciadas pela pessoa com ATA, duas semanas após a alta hospitalar, também Marques (2009), num estudo realizado com o objetivo de identificar as dificuldades da mulher com artroplastia total do joelho (ATJ), no domicílio, uma semana após a alta hospitalar, concluiu que as suas dificuldade foram

percecionadas na mobilidade, nomeadamente no andar, subir e descer escadas, o equilíbrio e o autocuidado. Também atividades domésticas como cozinhar e arranjar a casa não eram executadas pelas mesmas pessoas. Estes resultados corroboram com o nosso estudo, destacando as implicações que esta cirurgia impõe nas várias dimensões da pessoa no seu meio sociofamiliar. Também num estudo realizado a 302 idosos, concluiu-se que a capacidade funcional está diretamente relacionada com a capacidade para o autocuidado. Os idosos, com maior capacidade para o autocuidado têm maior capacidade funcional, verificando-se um melhor estilo de vida, um envelhecimento mais ativo, melhor aceitação do futuro, com melhores relações familiares e melhor satisfação com a vida (Zeleznik, Zeleznik & Stricevic, 2010). Pensamos que o facto de no nosso estudo, 66,7% dos participantes terem mais de 60 anos, sendo que destes 26,7% têm mais de 70 anos, esta variável, pode potenciar as dificuldades resultantes de uma maior dependência funcional para as ABVD, no domicílio, interferindo com a sua qualidade de vida.

Quando a pessoa vivencia dificuldades no domicílio, aquando um incidente crítico, como uma cirurgia, esta experiencia um processo de rutura, necessitando de uma reorganização das suas atividades. Segundo Gameiro (2004), a pessoa vivencia emoções e sentimentos resultantes de alterações somáticas, afetivas, cognitivas e desconforto físico, estando associadas não só a vivências anteriores e fatores biológicos, mas também das representações sociais e culturais. Este fenómeno multidimensional, confere um impacto psicossocial na pessoa com ATA no domicílio.

Vários foram as emoções e sentimentos vivenciados pela pessoa com ATA, no seu regresso a casa. O medo, isolamento, impotência, saudade, dependência, revolta, resignação, vergonha e alívio foram as emoções e sentimentos percecionados. Foram percecionados essencialmente sentimentos negativos relacionados com o medo que se esbate com as complicações que este procedimento impõe, as pessoas referem medo na realização de determinadas atividades que possam provocar a luxação da anca. O isolamento, resultante da dificuldade experienciada pela pessoa com ATA em se deslocar ao exterior, ficando mais confinada ao domicílio. Os relatos evidenciam sensação de impotência por estarem dependentes de alguém no domicílio e tem a perceção de estarem dependentes de outras pessoas, nomeadamente de familiares, para a concretização de algumas atividades em que eram independentes antes da cirurgia. O sentimento de revolta também foi percecionado, como resposta quer ao nível de dependência, uma vez que não lhe permite realizar as ABVD, e o fato de isto implicar necessidade de apoio de outrem. Emergiu também a saudade na realização de algumas atividades de vida, que ficou impossibilitado pela cirurgia, e resignação dos participantes,

que apesar das dificuldades impostas pela ATA, expressam conformismo e aceitação do processo. Também no estudo realizado por Marques (2009), aquando o regresso a casa uma semana após alta hospitalar, as mulheres com ATJ, demonstraram resignação face ao processo de recuperação. Também a vergonha foi evidenciado por um participante, que pelo facto de estar dependente e andar de canadianas, não se deslocava para o exterior, "..., ainda não sai lá para fora, no meio da rua, para não dar espetáculo, não gosto de andar de canadianas, não gosto, ..., o facto de sair menos à rua é pelo aspeto físico, digamos exterior, porque as pessoas conhecem-me de outra maneira, de outra forma, ..." E7. Segundo Renaud (2001), o corpo, como expressão corpórea é a primeira representação do "eu" para os outros, que resulta num lugar de linguagem com o exterior. Daqui podemos perceber a dificuldade com que algumas pessoas quando vivenciam um processo de dependência, uma vez que esta perceção é indissociável de processos psicológicos, interações sociais e fenómenos culturais. Um participante também expressou um sentimento de alívio, uma vez que com o procedimento cirúrgico deixou de ter dor no membro inferior. Num estudo intitulado "Cuidados Continuados no domicílio", que teve como objetivo conhecer o modo como se processa a alta do doente dependente para o seu domicílio, as pessoas dependentes percecionaram sentimentos negativos relacionados com o sentido de inutilidade, pela perceção de não recuperação e sentimentos positivos relacionados com a esperança e vontade de recuperação (Duarte, 2010).

Necessidades da Pessoa com ATA, no Domicílio

Perante as numerosas dificuldades vivenciadas pela pessoa com ATA no domicílio, emergiram necessidades de adaptação à nova realidade. Os participantes evidenciaram necessidade de capacitação para as ABVD. Foram narradas as atividades que estas consideraram ter maior dificuldade no domicílio. A mobilidade, deambulação e técnica de transferência nomeadamente na transferência cama/cadeira, foram percecionadas como uma necessidade de capacitação para superar as dificuldades e limitações impostas pelo procedimento cirúrgico e consequente internamento, nomeadamente: "..., deveriam dar mais informação, por exemplo como devia levantar da cama, com almofada no meio das pernas, mas não explicaram, ..., se explicassem melhor, seria mais fácil, para adaptar melhor, ..." E7.

Vestir/despir e o banho foram outras das ABVD nomeadas, uma vez que face às dificuldades vivenciadas pelas pessoas, necessitavam de capacitação para uma melhor adaptação a esta nova fase após a alta, como podemos verificar pelo depoimento "..., o banho, não explicaram, mas é importante, dava jeito porque depois ao chegar aqui foi tudo improvisado, ..., porque foi difícil a adaptação" E10. Também foram percecionadas

necessidade de informação sobre a técnica de subir e descer as escadas, quer em casa, quer na deslocação a outros locais, nomeadamente ao centro de saúde, "..., mas eu acho que era importante que dissessem como,..., subir as escadas, porque em casa temos muito receio, ..." E4. Dois participantes evidenciaram a necessidade de um recurso a outra pessoa, para fazer face às dificuldades no domicílio, uma vez que o próprio cuidador, sendo idoso, tem dificuldade em cuidar no domicílio.

O papel que as pessoas ocupam muitas vezes na sociedade, são o resultado da capacidade para a realização de determinadas atividades, e esta relação, que não se remete apenas para a dimensão física permitem perceber algumas dificuldades, quando se deparam com um maior nível dependência. As necessidades emergentes neste estudo, quer a nível das ABVD, quer na necessidade de recorrer ao apoio de outros, derivam das dificuldades percecionadas neste processo. Um processo de dependência funcional, alude a uma constante adaptação entre a pessoa e os ambientes físico, biológico, social e cultural (OE, 2001) e às necessidades daí resultantes. Também, Marques (2009) no seu estudo, que englobou mulheres com artroplastia total do joelho, uma semana após a cirurgia, concluiu que as suas necessidades passavam por determinadas atividades de vida diárias como mobilidade, andar, subir e descer escadas e relacionadas com o autocuidado, dados estes que corroboram com os obtidos no nosso estudo.

O processo de mudança, aquando a alta hospitalar e conseqüente necessidade de (re) adaptação, após uma cirurgia, faz despontar estratégias e recursos, para dar respostas as dificuldades percecionadas e vivenciadas no domicílio. Através dos depoimentos, as pessoas com ATA referiram que alteraram o espaço habitacional, através da mudança de mobiliário e da adaptação de uma casa de banho, fatores relacionados com a dificuldade na mobilidade, andar. O recurso ao apoio de familiares foi um recurso utilizado pelos participantes nas duas primeiras semanas de permanência no domicílio, após a alta hospitalar. O apoio foi dado pelo cônjuge, pela filha/o, da irmã, da mãe e foram referidos o recurso de outras pessoas.

O recurso de saúde na comunidade é outra das estratégias. Referem como recurso o centro de saúde, através de visitas domiciliárias para a realização de tratamento à ferida cirúrgica, mas também no ensino sobre barreiras arquitetónicas. Estes participantes acrescentam o recurso aos bombeiros, ao fim de semana para a realização do tratamento da ferida cirúrgica, uma vez que o centro de saúde só funciona em dias úteis. Os participantes também referiram recorrer à fé para ultrapassar as suas dificuldades, quer através da visita do padre, que através do recurso a orações. O recurso a produtos de

apoio, nomeadamente cadeira sanitária, calçado, escova de cabo longo e elevador de sanita, foram estratégias utilizadas para minimizar o impacto da ATA nas ABVD.

O domicílio converte-se num espaço de cuidados, quando a pessoa regressa após um período de internamento, devendo este contexto ser pensado não apenas como favorecedor ao processo de recuperação, mas com condições singulares que desafiam as capacidades remanescentes da pessoa (Duarte, 2010). A mesma autora acrescenta que um espaço habitacional adaptado às novas exigências da pessoa dependente assume premissa na prossecução do seu projeto de vida. O enfermeiro deverá ser um mediador na continuidade dos cuidados no domicílio, através de uma intervenção baseada nas dificuldades e necessidades da pessoa, na perceção dos processos que as pessoas utilizam para lidar com a dependência, nas suas crenças e valores e no conhecimento dos seus recursos sociais, familiares e recursos na comunidade. Esta intervenção pressupõe e prioriza a centralidade da pessoa nos cuidados de saúde.

Nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as ABVD, face à perceção sobre as dificuldades e necessidades no domicílio

O enfermeiro de Reabilitação tem um papel privilegiado na ajuda à pessoa com ATA na capacitação desta com impacto positivo na saúde e na sua vida. É o conhecimento da forma como a pessoa experiencia e vivencia as dificuldades sentidas no seu regresso a casa, aquando um internamento hospitalar que permite imprimir mudanças reais na sua intervenção. O conhecimento da dependência funcional da pessoa com ATA, na admissão, ao 5º dia e domicílio, bem como o conhecimento da perceção da pessoa, da suas dificuldades, necessidades, impacto psicossocial, estratégias utilizadas e a perceção da intervenção do enfermeiro de reabilitação, permitirá conhecer melhor este percurso e processo vivenciado pela pessoa com ATA, dando maior relevo à multiplicidade dos focos de atenção, aglomerando a complexidade da pessoa e do seu ambiente, para se transformar o cuidar e as múltiplas variáveis da práxis.

Dos resultados do valor da escala (Índice de Barthel) e dos resultados que emergiram pelos depoimentos, verificamos que todas as pessoas apresentam uma diminuição da dependência funcional, para as ABVD, ao 5º dia e no domicílio, não regressando ao nível de dependência funcional observado antes da cirurgia. Esta diminuição de dependência funcional interfere significativamente na autonomia daqueles que a vivenciam, resultando de uma interação dinâmica entre o seu estado de saúde e os fatores contextuais onde esta se insere, sendo considerada uma perspetiva tridimensional: física, relacionada com os órgãos lesados, da pessoa enquanto indivíduo e da pessoa enquanto ser social (Diniz, 2002). Os resultados da avaliação da dependência funcional, para as ABVD, vão de

encontro aos resultados obtidos através dos depoimentos, uma vez que, as pessoas, vivenciam e referem como dificuldades a realização de várias atividades de vida, que resultam também em várias necessidades no domicílio. As restantes dificuldades, nomeadamente a atividade laboral, lazer e religiosa, resultam da diminuição da capacidade funcional, que impossibilita a sua concretização.

Pensamos que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, numa prática construída através de processos de saberes, pode constituir uma forte possibilidade para a capacitação e transformação das dificuldades experienciadas, através do reconhecimento da pessoa como sujeito ativo no processo de saúde, ampliando a dimensão plural do cuidar.

Contributo do Enfermeiro de Reabilitação

A intervenção do enfermeiro de reabilitação, como mediador de um processo de construção no planeamento da alta da pessoa com ATA, deverá pressupor um sustentado conhecimento da pessoa e suas capacidades remanescentes, bem como de todas as dimensões que a compõe, as suas dificuldades e necessidades no seu regresso a casa. A forma como a pessoa percebe esta intervenção, permite conhecer e perceber de que forma é que o processo interferiu na capacitação e (re) adaptação da pessoa com ATA, para assim imprimir mudanças eficazes e assertivas na sua intervenção a nível hospitalar.

Segundo os participantes deste estudo o programa de intervenção foi percebido como desajustado à promoção de capacidades adaptativas, nomeadamente no que se refere às atividades de vida diárias. Quase todos os participantes referiram que a técnica do banho se transformou numa dificuldade no domicílio. A comunicação também foi evidenciada como desajustada, aquando a intervenção do enfermeiro de reabilitação. As dificuldades acrescidas quando se deparam com as barreiras arquitetónicas foram evidenciadas por quatro pessoas e enfatizam a necessidade do enfermeiro de reabilitação conhecer o contexto da pessoa com ATA, para melhor promover a sua capacidade de (re) adaptação. O tempo de internamento é percebido como insuficiente para o treino das técnicas ensinadas. Os participantes ressaltam que um maior treino da técnica de andar e subir/descer escadas, transferência e posicionamentos seriam fundamentais para melhorar a capacidade funcional para as ABVD.

Num estudo realizado por Martins e Fernandes (2009), que teve como objetivo conhecer o percurso das necessidades dos cuidados de enfermagem nos clientes com ATA, concluiu, que existem discrepâncias entre as necessidades dos clientes e os cuidados prestados, que a preparação da alta foi feita numa fase tardia do internamento, existindo

também discrepância entre as datas referidas pelos enfermeiros e as evidenciadas pelos clientes. No mesmo estudo verificou-se que existiu uma baixa incidência de ensinamentos relacionados com orientações para a alta. Verificou-se também que esta orientação obteve uma frequência mais elevada no momento da alta hospitalar. Um planeamento de alta, sustentado e assertivo, deve ser iniciado no momento da admissão e o seu sucesso poderá depender, não só do momento de início, mas da intervenção dos profissionais envolvidos (Nogueira, 2003). Os resultados do estudo a montante mencionado, permeiam uma série de fatores que podem ter interferido na perceção das pessoas do nosso estudo, que referem que a intervenção do enfermeiro, foi desajustado à promoção das capacidades adaptativas. A mobilização e a adaptação dos recursos, da pessoa com ATA, formam a construção para uma praxis expressa na singularidade da pessoa e particularidades do seu contexto. Um pleno exercício profissional do enfermeiro de reabilitação substantivo e perceptível para a pessoa deve basear-se numa comunicação assertiva e eficaz.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A investigação em enfermagem é consolidada pela procura incessante de conhecimento, que se configura num instrumento de crescimento e valorização da profissão e intensifica a compreensão dos fenómenos da sua práxis. A enfermagem de reabilitação sustenta a sua intervenção na pessoa humana, através de uma ação intencional baseada na razão, motivada pelas várias dimensões individuais que aludem a uma necessidade acrescida de cuidados de saúde com qualidade. As novas políticas de saúde estabelecem diretrizes relacionadas com a promoção do bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção de doenças, da recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam a capacidade funcional restringida, para que possam permanecer no seu contexto sociofamiliar. O mesmo indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que acrescenta que “na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.11).

O domicílio é o local de pertença da pessoa, onde esta determina estabelece e limita a sua ação, onde se sente em segurança e onde quer ser configura como indivíduo, e não como uma doença (Duarte, 2010). A precocidade das altas, aquando a uma cirurgia (ATA), determina a transferência da pessoa, para o domicílio, com alteração da sua capacidade funcional, com risco acrescido de complicações, com reflexos na sua autonomia e qualidade de vida. O Enfermeiro de Reabilitação deverá ser parceiro e mediador no processo de cuidados durante o internamento hospitalar, e deve refletir na e sobre a práxis no sentido de operar mudanças nos programas de intervenção.

Baseados neste quadro de referência, desenvolvemos o nosso estudo e dos resultados emanados, emergiram as seguintes conclusões:

- As pessoas que constituíram a amostra têm uma média de idade de 63 anos, são maioritariamente do sexo masculino, apresentavam um peso acima do ideal, 60% das pessoas tinham frequentado o ensino básico, 50% tiveram apoio do cônjuge aquando da alta hospitalar, e 63,35% referiram ter pelo menos uma patologia associada. Das trinta pessoas com ATA 16 não tiveram intervenção do ER, enquanto as restantes 14 referiram ter tido intervenção deste profissional durante o internamento;
- Todas as pessoas registaram maior dependência funcional para as ABVD, após a cirurgia e no domicílio, quando comparada com a capacidade funcional verificada antes deste procedimento; sendo a atividade do banho aquela em que as pessoas apresentam maior dependência funcional no domicílio;
- As pessoas percecionam várias dificuldades, nomeadamente nas atividades de vida diária, que resultam também em várias necessidades no domicílio. Também expressam outras dificuldades, nomeadamente a atividade laboral, lazer e religiosa, que

são vivenciadas, uma vez que a sua capacidade funcional impossibilita a sua concretização;

- As pessoas com ATA, para fazer face às suas dificuldades de adaptação no domicílio, adotam estratégias e alguns recursos, nomeadamente através da alteração do espaço habitacional e da utilização dos produtos de apoio, e relatam ainda emoções/sentimentos positivos e negativos, que resultam do impacto psicossocial deste processo;
- A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é desajustada à promoção de capacidades adaptativas, nomeadamente nas ABVD. Os participantes nos seus discursos acrescentam que a comunicação é desajustada e o tempo de internamento é insuficiente para o desenvolvimento de programas de intervenção adequados;
- As variáveis idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, patologia associada, nível de dor ao 5º dia e no domicílio, não interferiram na dependência funcional para as ABVD, apenas o nível de dor na admissão parece ter interferido significativamente;
- A intervenção do enfermeiro de reabilitação interferiu significativamente na dependência funcional para as ABVD ao 5º dia e no domicílio. O grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação apresentou-se mais independente nas ABVD, nos dois momentos de avaliação;
- As pessoas com ATA apresentaram um baixo nível de qualidade de vida, no domicílio, em todos os domínios, sendo o domínio físico aquele que se verifica maior impacto negativo;
- As variáveis idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, patologia associada e nível de dor, não interferiram na sua qualidade de vida;
- Embora a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação não tenha sido significativa na qualidade de vida no domicílio, verifica-se através das médias, que o grupo de pessoas, com ATA, com intervenção deste profissional apresentaram melhor nível de qualidade de vida no domínio físico, domínio das relações sociais e do meio ambiente.

Pelo exposto, consideramos que emerge a necessidade de compreender o impacto do internamento hospitalar na vida da pessoa com ATA, a nível da capacidade funcional para as ABVD; promover mudanças sustentadas no processo de intervenção do enfermeiro de reabilitação, através de uma intervenção mais efetiva à pessoa com ATA; mediar programas de intervenção, o mais precocemente possível no internamento, a nível das ABVD, baseado nas dificuldades e necessidades da pessoa com ATA; estabelecer uma parceria mais efetiva com o enfermeiro de reabilitação da comunidade, no sentido de melhor conhecer a pessoa e o seu contexto sociofamiliar e até poder,

através desta parceria, acompanhar a pessoa no domicílio, efetuando uma visita domiciliária nas primeiras semanas após a alta hospitalar para melhor promover o processo de (re) adaptação.

Através de um percurso singular e interativo, conseguimos percorrer as várias etapas deste processo, sustentadas pelos objetivos do estudo. Promover a excelência do exercício profissional através de uma intervenção mediadora, valorizada por um cuidado holístico da pessoa com ATA, considerando o seu contexto, proporciona ao enfermeiro proximidade, o conhecimento e o reconhecimento das pessoas, numa perspetiva de integralidade, como instrumento para a promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de Enfermagem – Que Sentido (s). In Costa, Arminda Costa et al. Ensino de Enfermagem. Processos e Percursos de Formação. Balanço de um projeto. DRHS. Recuperado em 2012-08-22. Obtido em [http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido\(s\).pdf](http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido(s).pdf).

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER]. (2010). Contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Recuperado em 2012-08-22. Obtido em www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Brito, C., Gomes, J., Magalhães, M., & Araújo, C. (2010). O Idosos Com artroplastia total do Joelho. Contributos do Enfermeiro de Reabilitação na Mobilidade. *Investigação em Enfermagem.*, 22, 7-16.

Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, Ed. Técnicas e Científicas Lda.

Caeiro, M., & Gomes, M.S. (2008). Fatores Predisponentes e Incidentes Críticos do Declínio Funcional da Pessoa Idosa, vol. 4, nº 1. Recuperado em 2012/08/10. Obtido em www.ess.ips.pt/EssFisiOnline.htm.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quartilho, M.J., Rijo, D., Gameiro, S., Carona, C., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Colliérre, M.F. (2003). *Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Damaia: Indústrias Gráficas, Lda.

Costa, M. (2009). A interface do hospital com os cuidados continuados integrados. In Campos, L., Borges, M., Portugal, R. *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.

Cunha, C., Monteiro, E., & Martins, T. (2007). Contributos da Enfermagem de Reabilitação na Independência Funcional do Idoso. Recuperado em Junho 2012. Obtido em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/P1-Idoso.pdf.

Damásio, A. (2012). *Ao Encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Editor Temas e Debates. Lisboa.

Diniz, J.A. (2002). Intervenção em Situações de Diminuição de Autonomia. *Cadernos da DGS*. Lisboa, 28-30.

Direção Geral de Saúde. (1998). *Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Edição Igif.

Direção Geral de saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Informativa, Nº: 12/DSPCS. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2012). *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.

Duarte, S. F. C. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários. O Papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Recuperado em 2013-03-10. Obtido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Gameiro, M.G.H. (2004). "Estar Doente": Atribuição Pessoal de Significações. *Revista Referência*, 12, 35-43.

Gameiro, S., Canavarro, M.C., Pereira, M.C., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., Simões, M.R., Quartilho, M.J.R., & Rijo, D. (2010). Fatores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida da população Geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, I.; Almeida, P. & Rebelo, T. (2000). A Preparação da Alta: um modo de continuidade dos cuidados de enfermagem. *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projeto*. Ministério da Saúde.

Gonçalves, D.M.S.A. (2008). A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde. Recuperado em

2012-07-10.

Obtido

em

https://repositorioaberto.uab.pt/.../dissertação_Deolinda%20Gonçalves.pdf.

Greve, J. M. D. (2007). *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo: Roca Lda.

Guedes, R., Dias, J., Dias, R., Borges, V., Lustosa, L., & Rosa, N. (2011). Artroplastia Total do quadril em Idosos: Impacto na Funcionalidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. Vol.15,nº2,pp. 123-130.

Hall, Carrie M., & Broby, Lori T. (2001). *Exercício Terapêutico. Na Busca da Função*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*, 3ª ed, São Paulo: McGrawHill.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade. Emergir como o autor do próprio pensamento*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Hoeman, Shirley P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e resultados Esperados*. 4ª Ed. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Internacional Nursing Council (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão1. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. XV recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação. Resultados Definitivos. Norte. Recuperado em 2013-01-10. Obtido em www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid...pt.

Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e técnicas*. Brasil: Editora Manole Lda, 5ª ed.

Lakatos, E. M., Marconi, M.A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atla, SA.

Langdon, E.J. (2003). A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica.

- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Lusodidacta.
- Lemos, K. F. T., Nascimento, L.R., & Guedes, R. C. (2009). Impacto da Reabilitação na marcha de indivíduos idosos com artroplastia total do quadril: revisão sistemática. *Geriatría & Gerontología*. Brasil, 3 (3), 131-137.
- Louro, M.C.C.M. (2009). Cuidados Continuados no domicílio. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, UP. Recuperado em 15 Junho 2012. Obtido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>.
- Marques, A. (2007). A Dor Pós-Operatória dos Doentes submetidos a Artroplastia total do Joelho. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, UP. Recuperado em 15 Junho 2012. Obtido em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7187>.
- Marques, L.M.A. (2009). As necessidades da mulher com prótese total do joelho, em cuidados de reabilitação, na realização das ABVD em casa. *Referência*, II série, 5, p.417.
- Marques, A.P., & Kondo, A. (1998). A fisioterapia na Osteoartrose: Uma Revisão da Literatura. Recuperado em 15 Junho 2012. Obtido em <http://www.fm.usp.br/fofite/fisio/pessoal/amelia/artigos/fisioosteo.pdf>.
- Martinez, L.F., & Ferreira, A.I. (2008). *Análise de Dados com SPSS. Primeiros Passos*. Porto: Escolar Editora.
- Martins, M.M., & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Referência*. II Série. 79-92.
- Matos, D.R., & Araújo, T.C.C.F. (2009). Qualidade de Vida e Envelhecimento: Questões específicas sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*. 14 (3), 511-518.
- Matos, D. (2006). Qualidade de Vida e reabilitação: Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total do Quadril. Tese de Dissertação, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília Brasil.
- Maxey, L., & Magnusson, J. (2003). *Reabilitação Pós - Cirúrgica para o Paciente Ortopédico*. Brasil: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Meissner, P., Andolsek, K., Mears, P.A.; & Fletcher, B. (1989). Maximizing the functional status of geriatric patients in an acute community hospital setting. *Gerontologist*, 29(4), pp.524-528.
- Nogueira, M.A. (2003). Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas

Abel Salazar, UP. Recuperado em 15 Junho 2012. Obtido em <http://www.google.com.br/search?output=search&sclient=psy-ab&q=Necessidades+da+fam%C3%ADlia+no+cuidar%3A+papel+do+enfermeiro.+&btnK>.

Nunes, I.M.L.M. (2008). Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia. Contributos para melhorar a comunicação e a qualidade dos cuidados ao utente. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde. Universidade Aberta. Lisboa. Recuperado em Fevereiro 2013. Obtido em <http://www.google.com.br/search?output=search&sclient=psy-ab&q=Participa%C3%A7%C3%A3o+da+Fam%C3%ADlia+nos+Cuidados+ao+Utente+Internado+num+Servi%C3%A7o+de+Ortopedia.&btnK>.

Organization for Economic Co-operation and Development. [OECD]. (2009). *Health at a Glance*. Recuperado em 29 Julho 2012. Obtido em http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/book/health_glance-2009-en.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Aging and life course. Men, aging and health. Achieving health across the life span. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Diseases Prevention and health promotion Departement. Aging and life Course*. Unit. WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.

Organização Mundial de Saúde, Direção Geral Saúde. (2003). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF).

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição Sobre Investigação em enfermagem. Recuperado em 20 Março 2013 em www.ordemenfermeiros.pt/.../TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Reabilitação. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 122/2011. DR. 2.ª série, N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011. P. 8648.

- Pereira, L.S.M., & Gomes, G.C. (2004). *Avaliação Funcional. Sinais e Sintomas em Geriatria*. Guimarães e Cunha Editores. São Paulo: Atheneu, 17-30.
- Pestana, M.L., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 4ª Edição. Edições Sílabo.
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Miguel, N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, 88, 41-47.
- Pinho, A., Almeida, P., Palma, V., Moniz, R., & Silva, M. (2006). Identificação dos Factores Predisponentes ao Declínio Funcional da População Idosa. Vol. 2 nº 4. Recuperado em em 2012-07-10. Obtido em <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol2n4.pdf>.
- Rampazo, M.K., & D'Elboux, M.J. (2010). A influência de variáveis sociodemográficas clínicas e funcionais sobre a qualidade de vida de idosos com artroplastia total do quadril. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 14 (3), 244-251.
- Registo Português de Artroplastias. (2011). *2º Relatório anual 2010-2011*. Sociedade portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. Ed.nº2. Lisboa.
- Reis, J. (1993). Construção e Modificação de Significações ansiogéneas em processos de Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 11(4), 284-285.
- Renaud, I.C.R. (2001). O corpo vivido. *Cadernos de Bioética*. Lisboa. 27, 77-87.
- Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos. Aparência, sensualidade, comunicação*. 1ª ed. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, J.L.P. (2008). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. (2ª. Ed.). Porto: Livpsic.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A.J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (3ª ed). Alfragide: MCGraw –Hill.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A.J. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. (1ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosa, T., Benício, M.H., Latorre, M.R., & Ramos, L. (2003). Factores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. Recuperado em 2012-06-13. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext.
- Seidl, E.M.F.; & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: Aspetos Conceituais e Metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(2), 580-588.

Serra, L.M. A. (2001). *Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Soares, M.S. (2006). *Qualidade de Vida. Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.

Sociedade Portuguesa de Ortopedia. (2008). Recuperado em 25-07-2012. Obtido em <http://www.spot.pt/decada.asp>.

Streubert, H.J, & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vieira, A.C.M.L. (2003). *Qualidade de Vida e Suporte Social dos Idosos em Ambiente Institucional: Contributos da Bioética*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade Medicina Porto.

WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley and W. Kuyken (Eds) *Quality of Life Assessment. International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.

Zeleznik, D., Zeleznik, U., & Strcevic, J. (2010). The impact of various factors on self-care of elderly. *HealthMed*, vol.4, nº1, pp.29-37.

ANEXOS

ANEXO I
(Índice Barthel)

INDICE DE BARTHEL

AVD (Índice de Barthel)		Pontuação
Alimentação	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Higiene Pessoal	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Anal	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Controlo Vesical	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Ir ao WC	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira/Cama	Independente	15
	Necessita de alguma ajuda	10
	Necessita de muita ajuda mas segura-se sentado	5
	Totalmente dependente não se segura sentado	0
Mobilidade (sup. plana horizontal)	Independente (pode usar bengala)	15
	Anda com ajuda de uma pessoa	10
	Independente em cadeira de rodas	5
	Incapaz de deslocar-se	0
Subir/Descer escadas	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Incapaz	0

ANEXO II
(Escala WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e/ou escrever		
1 ^o -4 ^o anos		
5 ^o -6 ^o anos		
7 ^o -9 ^o anos		
10 ^o -12 ^o anos		
Estudos Universitários		
Formação pós-graduada		

A5 Profissão

A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)		
Casado(a)		
União de facto		
Separado(a)		
Divorciado(a)		
Viúvo(a)		

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE I
(Questionário Sociodemográfico e Clínico)



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde

“A Pessoa com Artroplastia Total da Anca. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida”

Questionário

1 - Idade |_|_| Anos

1. |_|_|

2 - Sexo Masculino Feminino

2. |_|

3 - IMC |_|_|

3. |_|_|

4 – Nível escolaridade _____

4. |_|_|

5 – Apoio Domicílio Sim Não

5. |_|_|

Se sim

5.1 - Prestador cuidados _____

5.1. |_|_|

6 - Patologia associada? Sim Não

6. |_|_|

Se sim

6.1 - Qual _____

6.1. |_|_|

7– Intervenção Enfermeiro de Reabilitação?

Sim Não

7. |_|_|

8 – Nível de dor:

8. |_|_|

Admissão: _____

5ª dia: _____

Domicílio: _____

Obrigada.

APÊNDICE II
(Guião Entrevista)



Guião da Entrevista

“A Pessoa com Artroplastia Total da Anca. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida”

Objetivos

Conhecer a perceção da pessoa submetida a ATA, sobre as suas necessidades e dificuldades no domicílio;

Conhecer a perceção da pessoa submetida a ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação;

Atualmente, quais são as suas necessidades e dificuldades depois de ser submetido a ATA?

Qual foi o contributo do enfermeiro de reabilitação durante o internamento hospitalar?

APÊNDICE III
(Consentimento Informado)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, Tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação " A Pessoa com ATA. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida". Realizado por Jacinta Maria Pisco Alves Gomes, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Assinatura: