

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:

Lucília Romualdo, nº 201528303

Orientadores:

Professor Doutor Luís Sousa

e

**Professora Doutora Helena
José**

Barcarena, 02 de maio 2025



“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:

Lucília Romualdo, nº 201528303

Orientadores:

Professor Doutor Luís Sousa

e

**Professora Doutora Helena
José**

Barcarena, 02 de maio 2025

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

*“Enfermeiro é aquele que nunca baixa os braços...
mesmo que todos os outros desistam...”*

Manuel Sousa

DEDICATÓRIA

À minha família que sempre me ajudou e principalmente aos meus filhos que aguentaram a pouca disponibilidade que a mãe teve para eles durante estes dois anos e ao meu marido por aturar o meu mau feitio considerando-o um resiliente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas que ajudaram e apoiaram-me a conseguir terminar esta dissertação. Ao Professor Luís Sousa pela sua resiliência e paciência comigo, à Professora Helena José por me socorrer em momentos mais difíceis e pela sua parte humana.

Quero também agradecer à colega Célia Nicolau por autorizar a utilizar parte do seu trabalho para a realização da minha dissertação pois sem ele não seria possível a sua realização. A todos o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA- Artroplastia da Anca

ARS- Administração Regional da Saúde

AVD's- Atividades de vida diárias

DGS- Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

FEPF-fratura da extremidade proximal do fémur

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Ordem Mundial de Saúde

P- Participante

PNDR- Programa Nacional das Doenças Reumáticas

PNS- Plano Nacional de Saúde

PQCEER- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Reabilitação

Q1- Questionário 1

Q2- Questionário 2

RESUMO

Enquadramento teórico: Atualmente, a Artroplastia da Anca apenas requer entre três a quatro dias de hospitalização, já que se trata de uma intervenção de curta duração. Para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na sua intervenção, este ajuda na readaptação funcional da pessoa, dando enfoque na qualidade de vida e apoia aqueles que têm possibilidade de recuperação, de modo a alcançarem o máximo grau de autonomia e dependência. Para realização deste estudo teve-se em conta o referencial teórico de Orem e Meleis.

Objetivo: Validar a estrutura e conteúdo da intervenção educacional em Enfermagem de Reabilitação através de painel de peritos, em pessoas submetidas a Artroplastia da Anca.

Método: Foi utilizada a técnica e-delphi modificada, ao longo de duas rondas, através do preenchimento do questionário realizado no Microsoft Forms. Um conjunto de 22 peritos validaram a inclusão dos 16 itens de estrutura e 64 itens de conteúdo, relativos a ações educativas que decorrem no período perioperatório até ao regresso a casa e que abrangem a reeducação funcional respiratória e motora.

Resultados: No final das duas Rondas efetuadas obteve-se um consenso sobre a inclusão de 64 itens, ressaltando que existiu uma média de concordância universal de 82,80% o que permitiu validar a estrutura e conteúdo da intervenção educacional em Enfermagem de Reabilitação, com pessoas submetidas a Artroplastia da Anca.

Conclusão: O consenso obtido é fundamental para demonstrar a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação nas pessoas submetidas a Artroplastia da Anca e para viabilizar a avaliação da eficácia das intervenções educacionais realizadas.

Palavras Chave: Artroplastia da anca, Enfermagem de Reabilitação e Literacia em Saúde.

ABSTRACT

Theoretical framework: Currently, Hip Arthroplasty only requires between three and four days of hospitalization, as it is a short-term intervention. For the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, in their intervention, they help in the functional readaptation of the person, focusing on quality of life and supporting those who have the possibility of recovery, in order to achieve the maximum degree of autonomy and dependence. To carry out this study, the theoretical framework of Orem and Meleis was taken into account.

Objective: To validate the structure and content of the educational intervention in Rehabilitation Nursing through a panel of experts, in people undergoing Hip Arthroplasty.

Method: The modified e-delphi technique was used, over two rounds, by completing the questionnaire in Microsoft Forms. A group of 22 experts validated the inclusion of 16 structure items and 64 content items, relating to educational actions that occur in the perioperative period until returning home and that cover respiratory and motor functional reeducation.

Results: At the end of the two Rounds carried out, a consensus was reached on the inclusion of 64 items, noting that there was an average universal agreement of 82,80%, which allowed validating the structure and content of the educational intervention in Rehabilitation Nursing, with people undergoing Hip Arthroplasty.

Conclusion: The consensus obtained is essential to demonstrate the intervention of the Rehabilitation Nurse in people undergoing Hip Arthroplasty and to enable the evaluation of the effectiveness of the educational interventions carried out.

Keywords: Hip arthroplasty, Rehabilitation Nursing and Health Literacy.

INDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Enfermagem de Reabilitação à pessoa com artrose: Da compreensão à intervenção Terapêutica	15
1.1.1. Anatomia da Anca	16
1.1.2. Artrose	17
1.1.3. A Fratura da Extremidade Proximal do Fémur	18
1.1.4. Artroplastia da Anca	19
1.1.5. Vias de abordagem da Artroplastia da Anca	20
1.1.6. Complicações da Artroplastia da Anca	21
1.2. Reabilitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca	22
1.2.1. Capacitação e empoderamento da pessoa/ família submetida a AA	22
1.2.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no pré-operatório	25
1.2.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no pós-operatório	27
1.2.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Transição Segura	29
2. METODOLOGIA	33
2.1. Justificação do estudo	33
2.2. Tipo de Estudo	33
2.3. Amostra	34
2.4. Instrumento de colheita de dados	35
2.5. Análise de dados	36
2.6. Procedimentos éticos e formais	37
3. RESULTADOS	38
4. DISCUSSÃO	46
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	i
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO 1 (Q1)	ii
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO 2 (Q2)	iv
ANEXOS	i
ANEXO I - LISTA PARA VERIFICAÇÃO DA APRENDIZAGEM RELACIONADA COM OS ASPETOS IMPORTANTES NA CIRURGIA DEARTROPLASTIA DA ANCA	ii
Anexo II - REFERÊNCIA PCE45_2024	iv

Índice de tabelas

Tabela 1- <i>Definição de consensos adaptado de Havers et al. (2019)</i>	37
Tabela 2- <i>Características socioprofissionais dos participantes</i>	39
Tabela 3- <i>Resultados da análise quantitativa da Ronda 1</i>	40
Tabela 4- <i>Resultados da análise quantitativa da Ronda 2</i>	43

INTRODUÇÃO

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 (2023), o número de idosos na população portuguesa, está a aumentar e a proporção dos jovens encontra-se a diminuir. Entre 2009 e 2019 constatou-se um duplo envelhecimento de população que já não era observado nas últimas décadas. Nos últimos 20 anos, ao nascer a esperança média de vida aumentou em 4,5 anos, apresentando no triénio 2018-2020 um valor de 81.1 anos. No mesmo período, em Portugal, sobressaiu o elevado e crescente aumento das doenças osteoarticulares, tais como dores lombares.

Segundo o PNS 2021-2030 (2023), uma das necessidades em saúde identificada foi a diminuição da carga de doenças e incapacidades associadas como as doenças osteoarticulares e do tecido conjuntivo, a dor crónica cervical e lombar, as artroses, osteoartroses, entre outras.

Ao envelhecermos naturalmente, a prevalência de doenças degenerativas, sejam elas inflamatórias ou traumatizantes, aumenta e com o progresso contínuo na área da saúde, a Artroplastia da Anca (AA) apresenta-se como sendo uma das soluções mais eficaz, ser uma cirurgia de recuperação rápida e baixo índice de complicações pós-operatórias, tornando-se um dos procedimentos mais realizados (Nicolau et al, 2022a).

Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação (ER) possibilita a capacitação e o empoderamento da pessoa e cuidador informal, ao ampliar a capacidade funcional e reduzir a dependência no autocuidado, possibilitando um aumento na qualidade de vida e uma transição segura no retorno ao lar.

As expectativas da pessoa, antes da cirurgia, podem afetar os resultados após essa intervenção. Sendo assim, é importante que seja realizada educação para a saúde no período pré-operatório, incluindo informações sobre exercícios e métodos para aliviar a dor, possibilitando a redução da ansiedade no período anterior à cirurgia e a preparação para procedimentos subsequentes (Sousa & Carvalho, 2023). Nesse sentido, a reabilitação de uma pessoa com AA envolve duas dimensões essenciais: a intervenção educacional no pré-operatório e o apoio educacional após a intervenção cirúrgica, garantindo um acompanhamento contínuo e eficaz ao longo do processo de recuperação (Sousa & Carvalho, 2023).

É fundamental uma intervenção precoce, planeada e personalizada no pós-operatório.

Frequentemente, o ambiente da residência precisa ser modificado, pois o que antes da cirurgia não era um impedimento ou perigo, pode-se tornar após a cirurgia. Portanto, na organização para o retorno a casa, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem a responsabilidade de ajudar identificando obstáculos ou perigos (como quedas), sugerir estratégias facilitadoras que possibilitem a capacitação na execução das Atividades de Vida Diárias (AVD's), fornecer informação sobre a obtenção dos suportes necessários, não negligenciando o envolvimento e a formação da família durante este período, entre outras responsabilidades (Nicolau et al., 2022b).

Nesta sequência, surge como relevante a validação da estrutura e conteúdo da intervenção da preparação do retorno a casa da pessoa submetida a AA- capacitação para a transição segura (Nicolau et al., 2022a). Neste estudo, objetivava-se, avaliar os impactos positivos na saúde de um programa de ER para preparar o retorno a casa de pessoas que passaram por AA. Os participantes foram pessoas submetidas a AA devido a fraturas ou artrose e aceitaram participar do programa de ER após explicação. O programa de ER foi implementado e os resultados do programa para o autocuidado e o conhecimento da pessoa foram avaliados (Nicolau et al., 2022b).

A avaliação realizada na admissão, após a cirurgia e no dia da alta mostraram melhorias na funcionalidade da pessoa, sugerindo também que elas adquiriram conhecimento sobre a sua situação, evidenciando os efeitos positivos na saúde associados aos cuidados de ER. Houve melhoria da funcionalidade, na capacitação das pessoas que foram submetidas a AA e suas famílias (Nicolau et al., 2022b).

Neste sentido e no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), para a elaboração da dissertação, deve-se considerar o que se espera do grau de mestre, que inclui oportunidades para aprofundar conhecimentos, aprimorar habilidades de pesquisa e utilizar esses conhecimentos e habilidades em trabalhos académicos que agreguem valor aos conhecimentos já existentes, neste caso, na área de intervenção dos enfermeiros.

Assim sendo, surge o presente trabalho de dissertação com o título " Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca".

Com base no tema escolhido, a questão formulada foi:" Que estrutura e conteúdo de intervenção educacional em ER para promover a adaptação em pessoas submetidas a AA são válidos para um painel de peritos?"

O objetivo desta dissertação é validar a estrutura e conteúdo da intervenção educacional em ER em pessoas submetidas a AA com recurso a um painel de especialistas tendo a finalidade de assegurar a segurança dos cuidados e qualidade da ER, centrada na pessoa submetida a AA.

Para entender o fenómeno analisado, este sustenta-se em duas teóricas de enfermagem (Afaf Meleis e Dorothea Orem) para a atuação do EEER no aumento da qualidade dos cuidados especializados (Regulamento n.º 350/2015).

O trabalho atual encontra-se organizado em 6 capítulos: O primeiro capítulo é a introdução, o segundo é o enquadramento teórico no qual se encontram a anatomia da anca; a definição de artrose, a fratura proximal do fémur, definição da AA, as vias de abordagem, as suas complicações e ainda as intervenções do EEER no perioperatório da pessoa submetida a AA. O terceiro corresponde à metodologia onde se justifica o tipo de estudo, apresenta-se a amostra, o instrumento de colheita de dados, análise de dados e os procedimentos formais e éticos. No capítulo quarto são apresentados os resultados, no quinto a discussão, no sexto capítulo a conclusão e por fim as referências bibliográficas.

O desenvolvimento deste estudo foi guiado pelas diretrizes para a elaboração e apresentação da dissertação (ESSATLA, 2023), bem como pelo manual para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, conforme as Normas APA 7ª edição, estabelecidas pela Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA, 2023).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo aborda a patologia e anatomia da anca, passando pelas vias de abordagem, as suas complicações e as intervenções do EEER à pessoa submetida a AA durante todo o período do perioperatório, utilizando o referencial teórico de Meleis e Orem.

1.1. Enfermagem de Reabilitação à pessoa com artrose: Da compreensão à intervenção Terapêutica

No ano de 2023 e segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento populacional em Portugal manteve-se em ritmo acelerado e o índice de envelhecimento, que compara os indivíduos de 65 anos ou mais (população idosa) com os jovens de 0 a 14 anos (população jovem), alcançou a marca de 188,1 idosos para cada 100 jovens, um aumento em relação aos 184,4 registados em 2022 (INE, 2023).

Assim, conforme o PNS 2020-2030 (2023), este: *“deverá propor estratégias adequadas ao perfil da população, nomeadamente no apoio domiciliário, reabilitação e envelhecimento ativo, mas também outras que o contrariem em direção a uma situação mais favorável.”* (p. 8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica diversos fatores de risco e/ou fatores associados para as doenças osteoarticulares, como idade avançada, obesidade, sedentarismo, lesões anteriores, fatores genéticos e para enfrentar esses desafios, enfatiza a importância de estratégias preventivas, incluindo o incentivo à prática regular de atividades físicas para fortalecer músculos e articulações, a educação em saúde para consciencializar a população sobre a importância de manter um peso adequado e seguir uma dieta equilibrada e rica em nutrientes como cálcio e vitamina D, além de garantir o acesso a diagnósticos precoces e tratamentos apropriados (WHO, 2021).

A nível mundial atribui-se aproximadamente 23% da carga global de doenças a condições que afetam as pessoas com 60 anos ou mais. Entre essas condições, destacam-se as doenças crónicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, os distúrbios metabólicos como a diabetes, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas e problemas músculo-esqueléticos, como a osteoartrose e a osteoporose (Vieira, 2019).

A sobrevivência com estas doenças conduz, não raras vezes, à perda de funcionalidade em idades mais avançadas e dados da Direção Geral da Saúde (DGS) de 2015, mostram que as doenças crónicas não transmissíveis representam 88% dos anos vividos com deficiência em Portugal, sendo as doenças músculo-esqueléticas responsáveis por 30,5% (Vieira, 2019). Assim sendo é importante compreender a anatomopatologia da anca, os tipos de intervenções cirúrgicas e as suas complicações para desenvolver programas de ER individualizados à pessoa submetida a AA, uma vez que o EEER identifica as necessidades passíveis de intervenção na pessoa, onde este pode intervir na introdução de estratégias para otimizar, reeducar ou recuperar funções motoras, sensoriais e cognitivas, promovendo a máxima independência e qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

1.1.1. Anatomia da Anca

A articulação coxofemoral (ACF) forma-se a partir da articulação da cabeça do femoral com o acetábulo e funciona para emitir forças que são utilizadas durante as AVD's através das extremidades inferiores. A ACF é uma articulação esferoidal que se encontra estabilizada por restrições ósseas e ligamentares (Glenister & Sharma, 2023).

A cápsula da ACF é formada por três ligamentos: os ligamentos íquio, ílio e pubo femoral (Varacallo, et al., 2023). A ACF atua como uma articulação esférica e multiaxial para que a parte superior do corpo seja equilibrada durante a marcha e postura. O equilíbrio e a estabilidade que a articulação fornece, permite o movimento enquanto suportam as forças durante as atividades de vida. A estabilidade que surge da anatomia óssea da articulação, junto com as forças estabilizadoras da cápsula fibrosa e da anatomia neuromuscular, definem os limites máximos do movimento da articulação coxofemoral (Glenister & Sharma, 2023).

Neste sentido, o desgaste desta articulação pode reduzir a mobilidade e causar dores, provocando dor crónica, limitando a amplitude dos movimentos e da rigidez da articulação. Tendo efeitos na qualidade de vida e da mobilidade da pessoa (Pizzeta, et al., 2024).

Assim sendo, a ACF consegue realizar os seguintes movimentos: flexão (120 graus); extensão (10 graus); abdução (45 graus); adução (25 graus); rotação interna (15 graus) e rotação externa (35 graus) (Glenister & Sharma, 2023).

Neste sentido, é importante que a equipa multidisciplinar, em particular o EEER tenha conhecimento acerca das articulações e ossos que fazem parte da constituição da anca, de modo a que seja possível compreender patologias das articulações e/ossos que geralmente provocam complicações para a mobilidade, funcionalidade da pessoa e para definir um programa/plano de reabilitação adequado à pessoa e tipo de cirurgia realizada (Moura & Custódio, 2020).

1.1.2. Artrose

A articulação da anca é determinante para mobilidade das pessoas e quando se encontra alterada pode surgir muitos problemas que afetam a qualidade de vidas das mesmas. Uma das doenças que mais afeta esta articulação é a artrose da anca (Hunter et al., 2020). A artrose da anca é uma patologia crónica de natureza degenerativa, caracterizada pela deterioração progressiva da ACF, resultando em dor, rigidez e limitação funcional. A doença, típica de pessoas idosas, costuma causar dor nas articulações, limitação de movimentos e outros sintomas. A artrose, além das alterações físicas, também pode afetar a saúde mental da pessoa. Existem diversos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, tais como obesidade, história de lesões articulares, género e predisposição genética. Contudo, ser idoso é visto como o primeiro fator de risco para a doença (Cai, et al., 2024).

A osteoartrose da ACF é considerada uma doença incapacitante na população em geral. Estudos recentes referem um aumento da prevalência média de 4,0% nos anos de 1970 para 8,6% nos anos 2000, sendo o género masculino mais afetado antes dos 50 anos e o género feminino após os 50 anos. Esta condição patológica é tratada de forma gradual, utilizando inicialmente tratamentos não farmacológicos (reabilitação, perda de peso, mudança de hábitos de vida, atividade física) e as farmacológicas como injetáveis e medicação oral. Quando se encontram esgotadas estas hipóteses então pondera-se o tratamento cirúrgico (Glenister & Sharma, 2023).

Assim sendo, é importante o diagnóstico antecipado e o seu tratamento, no sentido de regredir a dor e recuperar a função articular da pessoa, atrasando o avançar da doença (Moura & Custódio, 2020).

A AA é um procedimento cirúrgico complexo e com acompanhamento de uma equipa multidisciplinar onde o EEER destaca-se porque tem como objetivo o cuidar da pessoa, fornecendo apoio e condições para que a pessoa tenha uma boa recuperação. Além disso, é fundamental a pessoa cumprir as orientações fornecidas pelo EEER, principalmente em relação às posições e movimentos, para o sucesso da intervenção cirúrgica (Moura & Custódio, 2020).

O EEER é um elemento central na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas em vários contextos de saúde e fases do ciclo vital. Este profissional, através de uma abordagem holística e baseada em evidências, detém competências específicas que orientam a sua prática (Regulamento nº392/2019).

Estas são algumas funções do EEER, entre outras que são desempenhadas. Considera-se também que existem poucos materiais dentro dessa temática, sendo assim é necessário pesquisa profunda de bibliografia disponível, de modo a desenvolver maiores reflexões sobre a atuação destes profissionais (Moura & Custódio, 2020).

1.1.3. A Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

A OMS indica que cerca de 28% a 30% dos indivíduos com mais de 65 anos sofrem quedas anualmente, com um crescimento de 32% a 42% entre aqueles com mais de 70 anos. A queda é uma das principais razões para hospitalizações, representando um fator relevante de morbilidade e mortalidade, com sérias repercussões na vida pessoal, familiar, social e financeira. As fraturas da anca, os traumatismos cranianos e lesões nos membros superiores são os diagnósticos mais comuns resultantes de quedas (Palma et al., 2022).

A fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF), comumente causada por quedas em idosos, pode levar a ser necessário uma intervenção cirúrgica e resultar em deficit na habilidade de autocuidado, alterando o equilíbrio, a marcha e a capacidade de realizar suas AVD's (Palma et al., 2021).

Estas fraturas são mais comuns em mulheres após a menopausa (trocantericas e do colo do fémur). Na fratura trocanterica, observa-se uma maior incidência a partir dos 70 anos, enquanto na fratura do colo do fémur, a ocorrência é mais frequente a partir dos 80 anos. A fratura trocanterica, em termos clínicos, apresenta-se através de dor, incapacidade de exercer carga, rotação externa e encurtamento do membro comprometido. Apesar de existirem várias maneiras de classificação para este tipo de fraturas na literatura, todos eles se dividem em dois principais grupos: as fraturas estáveis e as instáveis. Em todas as situações, o tratamento preferido envolve intervenção cirúrgica (Palma et al., 2022).

No que se refere à intervenção do EEER na FEPPF, este intervém nas pessoas com alterações musculoesqueléticas (as pessoas ficam mais dependentes no autocuidado), sendo uma área fundamental da sua intervenção (Lourenço, et al., 2021).

Tendo como linha orientadora as competências específicas do EEER, compreende-se que uma das competências será cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, maximizando e capacitando o seu potencial de funcionalidade. A avaliação da pessoa submetida a AA deverá ser feita antes da intervenção cirúrgica. Para cada função ou área que será avaliada a qualidade de vida, AVD's, o equilíbrio, o desempenho motor, a amplitude articular, a força muscular e a dor, que poderão ser avaliados através de escalas (Sousa & Carvalho, 2023).

1.1.4. Artroplastia da Anca

A AA é atualmente o método mais eficaz no tratamento de patologias da coxa tendo como objetivo diminuir a dor, melhorar a sua funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas submetidas a AA. Apesar da sua eficácia existem complicações relacionadas com a AA, incluindo mortalidade, infeção, luxação e embolia pulmonar que decorre durante o internamento (Zhang & Xiao, 2020).

Segundo o Registo Português de Artroplastias no ano 2023 foram registadas 811 colocações de próteses da anca a nível nacional. No ano de 2024 foram registadas menos AA com cerca de 527. A nível de regional, em 2024 na Direção Regional de Saúde dos Açores foram registadas 45 colocações de próteses. Na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte foram registadas 141 colocações de próteses, na ARS Centro foram colocadas 210 próteses da anca, na ARS Vale do Tejo foram registadas 131 colocações. Na ARS do Algarve e no Alentejo não existiu registo de colocações de próteses.

As estatísticas epidemiológicas referem que a realização da AA tem vindo a aumentar a nível mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, previa-se que o número anual de AA poderia ultrapassar as 635.000 até 2030, o que evidenciava um crescimento com grande relevância em relação aos dados de 2005, que registavam cerca de 193.000 procedimentos anuais. No Reino Unido, também existiu um aumento nas taxas de AA nos últimos tempos. No Brasil e em outros países, A AA tem vindo a aumentar, embora a acessibilidade à cirurgia possa ser afetada por fatores socioeconómicos e pela infraestrutura de saúde (Peixoto et al., 2024).

Considerando a recuperação, a funcionalidade e a mobilidade articular depois da cirurgia são objetivos em enfermagem de reabilitação, tendo como resultados esperados minimizar complicações,

eliminar o risco de trombose, a dor e a rigidez articular. O desafio está em uniformizar protocolos de reabilitação eficazes e seguros, tendo em conta as comorbilidades existentes pré-cirurgia e os fatores associados como a via de abordagem cirúrgica, o aumento da carga, exercícios para evitar excesso de carga ou falha no processo da cicatrização (Medeiros et al., 2024). O sistema musculoesquelético é geralmente o mais afetado pelas alterações na mobilidade, resultando em redução da contração muscular, atrofia, contraturas, osteoporose, bem como diminuição da força e da massa muscular. (Martins et al., 2022).

1.1.5. Vias de abordagem da Artroplastia da Anca

Na literatura encontram-se diversos modelos de abordagem cirúrgica na qual se pode encontra a abordagem anterior (Smith-Petersen), a ântero-lateral (Watson-Jones), a lateral (Hardinge), a pósterio-lateral ou de Moore e a mais utilizada e menos invasiva a anterior direta (Heuter e Schede), permitindo uma reabilitação mais curta e eficaz (Sousa et al., 2021).

Em relação às vias de abordagem esta é selecionada dependendo de vários fatores, incluindo sexo, idade, peso, atrofia muscular, patologia e sempre considerada a relação risco/benefício (Ramos, et al., 2019).

Na abordagem anterior realiza-se uma incisão de 10 a 15 cm que inicia na crista ilíaca ântero-superior, seguindo as fibras mediais do tensor da fáscia lata até à face anterior da coxa. Esta abordagem cirúrgica faz a distensão da fáscia lata, do sartório e do reto femoral. Na ântero-lateral a incisão começa na zona superior e anterior da crista ilíaca, com formato de curva ligeira, estendendo-se por 10 a 15 cm para a zona lateral da coxa. A abordagem lateral é uma das vias cirúrgicas com um acesso mais fácil à articulação coxofemoral, mas pode causar uma diminuição da força dos abdutores, levando à marcha de Trendelenburg. A pósterio-lateral ou de Moore tem início na região glútea fazendo um ângulo de 45º com eixo do fémur, passando pela porção posterior do trocânter, estendendo-se por 8 a 10 cm na face pósterio-lateral da coxa (Sousa et al., 2021).

Dentro das vias de abordagens a anterior direta é considerada como tendência atual nas cirurgias de eleição da AA, sendo menos invasivas. Nesta abordagem a incisão é mínima e é feita usando-se a porção reta e anterior (coxa) da via anterior abordando a anca através do interstício que fica entre o tensor da fáscia lata e o sartório (Sousa et al., 2021). Esta via de abordagem é proposta para garantir efeitos positivos de preservação neuromuscular, menos dias de internamento, menos riscos de luxações, da dor, utilização de opioides e recuperação pós-operatória mais rápida (Martino

et al., 2024). Numa revisão sistemática com meta-análise que foi realizada por Shuai et al. (2023), reafirma-se que a AA, via abordagem anterior direta, tem como resultado a redução significativa na taxa de luxação, tempo de internamento e complicações pós-operatórias.

Contudo, a investigação deve aprofundar-se no estudo das consequências da recuperação pós-operatória e na forma de estabelecer um modelo de reabilitação adequado em tempo, frequência, intensidade e tratamentos específicos para diversas populações de pessoas submetidas a uma AA. Autores como Martino et al. (2024) referem que foram implementados e analisados modelos de rapid recovery para possibilitar uma recuperação mais rápida, mas a literatura continua a apresentar incertezas, devido a diversos protocolos de reabilitação e precauções autodesenvolvidas, o que reitera a interrogação sobre a efetividade dos programas de reabilitação para pessoas que passaram por AA.

Um programa de reabilitação deverá ser constituído por várias etapas, que se iniciam no pré-operatório que incluem a educação para a saúde da pessoa e continuam até à sua recuperação funcional, sendo que o EEER o deverá personalizar partindo das necessidades da pessoa e das suas condições (Martino et al., 2024).

1.1.6. Complicações da Artroplastia da Anca

A prevenção de complicações envolve a deteção antecipada de possíveis problemas, com vista a reduzir impactos negativos, intervindo e encaminhando para outros profissionais (Vilela, Lima & Martins, 2024).

A prevenção de complicações envolve a deteção antecipada de possíveis problemas, com vista a reduzir impactos negativos, intervindo e encaminhando para outros profissionais (Vilela, Lima & Martins, 2024). As complicações associadas à AA incluem lesões neurovasculares, fraturas, hipotensão, luxação, osteólise, desgaste, anemia, falha do implante, dismetria, infeção, descелagem asséptica e tromboembolismo pulmonar. No acompanhamento da pessoa, após a AA, recomenda-se um programa de monitorização de longo prazo que seja realizado regularmente, começando no período inicial (2-6 meses), aumentando de acordo com o progresso positivo da cirurgia (12-18 meses), posteriormente 5 anos após a cirurgia ou quando necessário na consequência de complicações ou do agravamento do estado clínico. (DGS, 2013).

A fraqueza muscular, a diminuição das amplitudes das articulações e a dor são respostas humanas frequentes, após a AA. A reabilitação é definida como fundamental para a recuperação

da pessoa (Sousa et al., 2021) e a intervenção do ER, onde este ajuda a evitar complicações que podem surgir em pessoas submetidas à AA (Medeiros et al., 2024).

1.2. Reabilitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca

Ao longo deste subcapítulo, não se pretende fazer uma descrição detalhada das diferentes teorias, mas sim compreender a sua aplicabilidade no processo construtivo do cuidado à pessoa submetida ao ATA.

Antes de implementar um programa de ER, é crucial conhecer e recorrer a referencial teórico de enfermagem no sentido de estruturar e delimitar o conhecimento da enfermagem, fortalecer a sua identidade única e oferecer um alicerce para orientar a prática dos profissionais e auxiliando-os nos processos de tomada de decisão (Charepe, 2024). Os modelos teóricos são utilizados de maneira flexível e atuam como orientadores adaptativos, capazes de se adaptarem às particularidades das situações do cuidado. Apesar da existência de várias teorias e modelos relevantes para a ER, este estudo irá concentrar-se nas teorias centrais: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

A Teoria das Transições de Meleis direciona o enfermeiro para a criação de intervenções específicas que identificam as necessidades durante as etapas de transformação, proporcionando apoio individualizado à pessoa e ao seu cuidador, que se ajustam às novas circunstâncias de vida. Já a Teoria do Autocuidado de Orem, que se encontra no paradigma da integração, concentra-se no desenvolvimento de competências funcionais e no estímulo à independência, enfatizando a intervenção do enfermeiro em capacitar a pessoa para recuperar a sua autonomia e independência. A responsabilidade do EEER é criar um ambiente favorável ao autocuidado, no hospital como no seu lar, incentivando a reabilitação constante, reforçando o apoio à família e diminuindo a probabilidade de novos internamentos (Lobo et al., 2024). Os mesmos autores reforçam a intervenção do EEER na capacitação da pessoa e familiares para a existência de uma transição segura, reduzindo o impacto das limitações e promovendo uma nova integração na comunidade de forma segura (Lobo et al., 2024).

1.2.1. Capacitação e empoderamento da pessoa/ família submetida a AA

A capacitação está em relação com a literacia em saúde, sendo esta um desafio para a saúde pública, comunidade, pessoas e organizações.

A Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (2023), refere que a literacia em saúde é essencial por várias razões, entre eles a salvaguarda de vidas, evidenciando o inestimável contributo para a existência da vida humana. Discutir a literacia em saúde envolve abordar a vida, a saúde, o bem-estar, a longevidade, a capacidade, o conhecimento, a tomada de decisões conscientes, a comunicação e empoderamento (Belim, 2023).

Como referem Liu et al. (2020), com base em 34 estudos realizados, observou-se que a literacia em saúde costuma ser representada como um conjunto de habilidades e de conhecimentos em saúde, existem três componentes fundamentais como: (a) entendimento sobre saúde, o cuidado com a saúde, o tratamento e a utilização de informações sobre saúde; (b) o processamento e o uso de informações em diversos formatos de saúde e assistência médica; e (c) a habilidade de adaptar-se a mudanças. Preservar a saúde através da autogestão e do trabalho colaborativo com os prestadores de cuidados de saúde.

A educação em saúde tem vindo a ter uma grande importância, pois encontra-se relacionada com a capacidade de as pessoas se envolverem na gestão da sua doença e autocuidado (Woods et al., 2023).

A baixa literacia em saúde influencia a vida quotidiana das pessoas e familiares, com efeitos negativos a nível económico, nas organizações de saúde. A baixa literacia pode dar origem a uma taxa maior de internamentos e recorrência aos serviços de urgência, devido à incapacidade da pessoa e cuidadores desenvolverem competências, individuais e familiares para uma prevenção da sua saúde, contribuindo para uma má qualidade de vida (Nicolau et al., 2022a) .

Para Arriaga et al., (2021), baseados numa amostra simbólica da população portuguesa, 7 em cada 10 pessoas têm altos níveis de educação em saúde. Este indicador encontra-se voltado para a promoção da saúde onde superou os níveis registados no indicador geral de educação em saúde. Ao nível da compreensão as pessoas apresentam índices mais altos de literacia em saúde, superando os 75% categorizados como possuindo níveis excelentes e adequados de conhecimento em saúde. Para além disso, a educação em saúde relacionada com a vacinação superou os 70% de pessoas categorizadas como tendo níveis excelentes e adequados de educação em saúde.

Nos últimos anos, o investimento em educação em saúde tem sido fundamental para fornecer às pessoas uma atuação mais ativa em questões da saúde e cuidados na saúde. Embora a sua utilização, pela primeira vez, tenha sido no final da década 1970, os termos literacia em saúde surgiram no final da década 90, onde foram criadas as primeiras abordagens ao conceito e, desde então, este tem sido alvo de construção. Passou da abordagem centrada no cumprimento de atividades determinadas sob

uma perspetiva eminentemente individual, para uma abrangência em que está presente e envolve não só a dimensão pessoal, mas também social, onde a pessoa se assume como capaz da tomada de decisões e da sua concretização (Dias et al., 2022).

Neste sentido, a literacia em saúde ajuda na redução do número de internamentos em unidades de cuidados para pessoas em fase aguda da doença. Por conseguinte, o EEER deverá desenvolver sessões de educação para a saúde, voltadas para a prevenção da doença, através da identificação de fatores de risco, educação específica sobre fisiologia, plano de cuidados de reabilitação e autogestão, que inclui a resolução de problemas, tomada de decisões, utilização de recursos e elaboração de planos de ação (Matos & Simões, 2020).

Em relação aos processos de capacitação estes são adaptações que podem acontecer de modo gradual, acompanhando as mudanças que surgem de maneira repentina ou ao longo da vida, provocadas por acontecimentos vivenciados. Para além disso, deve-se compreender que as pessoas estão em constantes transições simultâneas, que têm o direito de conhecer, para tomar decisões de modo autónomo (Sousa et al., 2020). O processo de capacitação abrange os domínios cognitivo, físico e material, impactando diretamente nas AVD's. Essas atividades, essenciais para atender às necessidades básicas, englobam ações como alimentar-se, mover-se, realizar higiene pessoal, vestir-se, eliminar, entre outras. No âmbito das atividades instrumentais, a capacitação visa a integração na comunidade, como, aprendizagem para utilizar transportes, realizar compras, gerir a saúde, administrar finanças pessoais e outras. Todas essas atividades refletem a autonomia, a independência, a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa (Nicolau et al., 2022a).

Segundo o Regulamento nº 392/2019 a autonomia para a realização das AVD's de modo independente é um dos focos principais da ER. O mesmo avalia a capacidade da pessoa a nível funcional em tarefas como alimentação, higiene pessoal, mobilidade e autocuidado, identificando limitações e potencialidades.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), o processo de capacitar é visto como promoção da saúde, onde as pessoas podem assumir o controlo da sua saúde e melhorá-la. Assim, o EEER tem o dever de capacitar a pessoa e o familiar cuidador, para estes assumirem o controlo da sua saúde.

Para auxiliar as pessoas a recuperar a sua estabilidade e bem-estar, é crucial capacitar o prestador de cuidados. Isso permite que ele auxilie a pessoa na realização das suas AVD's, na solução de problemas e na tomada de decisões, desenvolvendo habilidades de comunicação e organização, além de habilidades em cuidados de supervisão e antecipação (Nicolau et al., 2022a).

No que diz respeito ao empoderamento este está ligado ao conhecimento e à autonomia no que diz respeito à toma de decisões. A autonomia é designada como a capacidade de um indivíduo gerir a sua vida, fazendo suas próprias escolhas de maneira lógica. Dessa forma, o objetivo do processo de empoderamento é proporcionar à pessoa maior autonomia e acesso às opções terapêuticas disponíveis, independentemente dos recursos didáticos e avaliativos disponíveis (Sousa et al., 2020).

1.2.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no pré-operatório

A preparação para a cirurgia, começa antes da admissão no internamento, numa consulta multidisciplinar de preparação pré-operatória, que aborda a cirurgia e a anestesia, o conhecimento em saúde, o treino de marcha e de AVD's, bem como a formação do familiar cuidador e que pode auxiliar no planeamento adequado da mudança do hospital para a residência da pessoa, permitindo a elaboração de estratégias adaptativas para a pessoa e a sua família (Ferreira et al., 2019).

Autores como Matos e Simões (2020) corroboram o acima mencionado e referem que a alta hospitalar é um indicativo de recuperação bem-sucedida e, por conseguinte, de qualidade. Assim, a preparação para o regresso a casa começa no início da admissão, quando a equipa, numa olhar interdisciplinar, avalia e compreende os elementos cognitivos, físicos e psicológicos que a afetam. A consulta pré-operatória permite detetar precocemente infeções, avaliar a condição física da pessoa antes da cirurgia e personalizar um programa de reabilitação. Além disso, oferece a oportunidade de ensinar e aperfeiçoar capacidades, evitando movimentos luxantes no decorrer da execução das AVD's. A consulta prévia à cirurgia é um passo indispensável para o êxito da reabilitação após a AA. Esta consulta oferece várias vantagens que ultrapassam a recuperação física, oferecendo um impacto bastante positivo no bem-estar psicológico, social e na qualidade de vida da pessoa. Quando associada a programas de ER estruturados, a consulta pré-operatória apresenta inúmeras e importantes vantagens para a reabilitação pós-operatória da AA (Pina & Baixinho, 2020).

A pessoa ao submeter-se a um programa de ER, na consulta pré-operatória, irá obter melhorias a nível da recuperação no pós-operatório como: redução de complicações, melhoria na gestão da dor, diminuição do tempo de internamento e recuperação funcional mais precoce. Acerca da redução de complicações, na consulta vai-se poder identificar e tratar possíveis problemas antes da cirurgia à AA, diminuído assim o risco de complicações no pós-operatório. Na gestão da dor o facto de a pessoa estar capacitada para executar técnicas de controlo da dor, vai proporcionar, no pós-operatório, um melhor

controlo. Em relação à diminuição do tempo de internamento, o facto de existir uma adequada preparação pré-operatória vai contribuir positivamente para uma recuperação mais rápida, tornando a alta precoce, tendo impacto favorável nos custos e na experiência da pessoa (Pina & Baixinho, 2020).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem argumenta que a finalidade da prática de enfermagem é apoiar as pessoas nas suas necessidades de autocuidado, possibilitando que eles recuperem o autocuidado por conta própria, promovendo assim a sua independência a nível funcional e a sua autonomia (Orem, 2001). Segundo, Vilela, Lima e Martins (2024,) o bem-estar e o autocuidado, consistem na identificação dos problemas de dependência da pessoa, o que permite ao enfermeiro determinar e sugerir intervenções de enfermagem. O enfermeiro precisa assumir o compromisso de se responsabilizar pelas suas decisões e das ações que realiza e delega sendo que os EEER têm uma intervenção fundamental na promoção do autocuidado, principalmente em pessoas submetidos a AA (Martins et al., 2022).

Para o autocuidado e conhecimento, o facto de ocorrer uma consulta pré-operatória vai fazer com que exista oportunidade da pessoa/família tirarem dúvidas e receberem informações fundamentais em relação à cirurgia, os cuidados pós-operatórios e a sua reabilitação. O desenvolvimento prático de capacidades, como levantar-se, mover-se de modo seguro e realizar as AVD's, evita luxações e favorece a independência da pessoa. A consulta pré-operatória vai ajudar a pessoa a perceber as várias etapas da sua recuperação, definindo expectativas verdadeiras e ajudando-a a preparar-se para os desafios do pós-operatório. As informações e o suporte psicológico, oferecidos durante a consulta pré-operatória, ajudam a diminuir o stress e a ansiedade associados à cirurgia. O envolvimento direto da pessoa no processo de reabilitação, desde a fase pré-operatória, aumenta a sua autonomia, confiança e autoestima. A consulta contribuirá para fortalecer a relação de confiança entre a pessoa, o cuidador e os profissionais de saúde, otimizando assim os cuidados prestados e a facilidade na comunicação (Pina & Baixinho, 2020).

Na fase pré-operatória a pessoa deve ser informada do impacto positivo da realização precoce das mobilizações e das precauções a ter, o que trará à pessoa confiança para ser mobilizada o mais precoce possível. A pessoa também recebe informação acerca de como alterar a disposição dos bens em casa, para que possa ter mais segurança e confiança no regresso precoce, trazendo benefício à pessoa e ao hospital (Nicolau et al., 2022a).

A atuação do EEER é essencial no planeamento dos cuidados de enfermagem, englobando medidas que promovam a preservação da mobilidade e do autocuidado, visando prevenir impactos negativos na vida das pessoas submetidas a AA (Martins et al., 2022).

Em suma, a preparação pré-operatório fortalece a pessoa, assegura uma recuperação mais serena e eficiente e evita complicações que podem influenciar negativamente a sua qualidade de vida após a intervenção cirúrgica (Pina & Baixinho, 2020).

1.2.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no pós-operatório

A funcionalidade e a incapacidade são componentes fundamentais na reabilitação, cujo objetivo não é necessariamente a recuperação física, mas sim o bem-estar da pessoa na sua vida. Portanto, o EEER, com suas habilidades particulares, destaca-se como um componente fundamental em todo o processo de reabilitação, fomentando a autonomia e independência para o autocuidado (Teixeira et al., 2022). Neste sentido, um dos principais objetivos da reabilitação funcional da pessoa submetida a AA, encontra-se diretamente ligado à recuperação da independência e da sua mobilidade para que a mesma consiga realizar as AVD'S de forma segura (Pereira, et al.,2021).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relativamente à readaptação funcional: *"o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. São elementos importantes (...) a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a otimização das capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional"* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 17).

Assim sendo, a readaptação funcional refere-se às práticas relacionadas com a continuidade dos cuidados, o planeamento da alta e todas as medidas voltadas para a melhoria das capacidades da pessoa e a sua adaptação a um novo estado funcional (Vilela, Lima & Martins, 2024).

Segundo a Lei 8/2024, artigo 102, refere que no exercício das suas funções, o enfermeiro considera os valores humanos que orientam a pessoa e os grupos a que esta pertence, assumindo o dever de zelar pelos seus direitos, promovendo a integridade física, psíquica, independência social e o autocuidado, tendo como objetivo proporcionar melhoria na qualidade de vida da pessoa submetida a AA.

Assim sendo, o processo de reabilitação no período pós-operatório visa maximizar o estado funcional, promovendo a mobilidade e a independência na satisfação das AVD's, de forma a garantir uma adequada reinserção tanto a nível familiar, profissional e comunitário (Teixeira et al., 2022).

Os programas de reabilitação elaborados por EEER são aqui imprescindíveis e abrangem: a execução de atividades terapêuticas, fundamentadas em movimentos corporais e posturais, tem como objetivo a obtenção de benefícios terapêuticos reduzindo deficiências; potencializar a força; aprimorar o equilíbrio e a amplitude de movimento. Exemplos desses exercícios incluem treino de marcha, ponte, equilíbrio, treino de força, treino de AVD's, consciencialização respiratória, exercícios abdomino-diafragmáticos, reeducação costal e ensino da tosse. Assim, compreende-se que as intervenções do ER contribuem para melhorar a condição física, aumentar a confiança da pessoa, diminuir a dependência dos seus cuidadores, a independência na realização das AVD's e diminuir o tempo de internamento (Teixeira et al., 2022).

As intervenções de enfermagem precisam ser efetuadas o quanto antes. Segundo Nicolau et al., (2022a) no seu estudo referem que o programa de ER à pessoa submetida a AA deverá iniciar-se logo no primeiro dia de internamento, após o terceiro dia pós-operatório e que se prolongará até ao quinto dia de internamento, transitando posteriormente para a sua residência habitual, tendo depois acompanhamento na comunidade. As sessões devem ser diárias com realização de treino de marcha e de AVD's. Os dias de internamento, utilizados neste estudo, vão de encontro com o programa atual de protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) que é baseado na aplicação de intervenções que diminuem o impacto psicológico pós-trauma e o stress, promovendo uma recuperação mais rápida (Nicolau, et al., 2022a). De acordo com Zhu et al., (2024) o protocolo contribui para diminuir o tempo de internamento, a dependência de analgesia e as taxas de nova intervenção, contribuindo para a satisfação da pessoa submetida a AA e diminuição dos custos económicos, tendo por base a intervenção educacional pré-operatória. Segundo o mesmo autor, os cuidados pós-operatórios são: analgesia para controle de dor, heparina de baixo peso molecular, dieta semilíquida (após 24h da cirurgia) e dieta normal (após 48h), realização de exercícios passivos de elevação do membro inferior, 6h após cirurgia, sentar na beira da cama, 1 dia após cirurgia, exercícios de flexão e extensão do joelho e início do treino de marcha com auxiliar de marcha, 2 dias após cirurgia.

A evidência científica tem mostrado as vantagens da aplicação de programas de reabilitação multidimensionais. No entanto, essas evidências não são sistematizadas em relação à continuidade do atendimento após a alta (Rocha et al., 2023).

No contexto da prática dos cuidados a pessoas submetidas a AA, o EEER concentra-se principalmente nos seguintes focos de atenção: adesão ao programa de reabilitação; cumprimento das medidas de segurança; movimento corporal; transferir-se; equilibrar-se; usar sanitário; vestir-se/despir-se e tomar banho e o tipo de cirurgia é um dos fatores que direciona a atenção do EEER para esses focos, contribuindo para a restrição da amplitude dos movimentos articulares, seja pela dor, seja pela manipulação de grupos musculares durante o procedimento cirúrgico ou, ainda, pelas restrições impostas para evitar complicações (Lourenço, et al., 2021).

No pós-operatório da cirurgia de membro inferior, especificamente a AA, o objetivo principal é controlar a dor, reduzir a inflamação dos tecidos moles e o edema, além de evitar infeções e tromboembolismo venoso e a atuação do EEER objetiva a prevenção de problemas articulares, como a luxação dos elementos protéticos e a rigidez articular, a promoção do aumento da força muscular, da amplitude do movimento e a estimulação conducente ao aumento da amplitude da articulação. É crucial, ainda, incentivar a independência nos variados âmbitos do autocuidado (Lourenço, et al., 2021). Segundo Nabais et al. (2023), as vantagens proporcionadas pela intervenção da ER justificam e reforçam a necessidade de formar equipas de reabilitação nos serviços de internamento, no qual o EEER atua, proporcionando vantagens para a saúde e otimizando a eficiência económica das instituições de saúde.

1.2.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Transição Segura

A continuidade dos cuidados entre o hospital e a comunidade, é ainda escassa. Alguns autores argumentam que a mudança do hospital para a casa representa um alto risco de ocorrência de eventos adversos para os idosos (Ferreira et al., 2024). Para Panigua et al. (2018) a transição hospital-comunidade nem sempre é realizada de modo seguro e que garanta que a pessoa e o seu familiar cuidador consigam ter suporte e apoio nas necessidades referidas pela pessoa no regresso ao domicílio. Esta é uma realidade para muitas pessoas com dependência no autocuidado, alterações cognitivas e com perda ou não de autonomia, sendo que a interrupção dos cuidados pode dar origem a orientações de tratamento confusas para as pessoas, aumentar a probabilidade de erros e repetições, resultar num acompanhamento insuficiente e provocar uma falta de preparação e de informação tanto da pessoa como do familiar cuidador (Panigua et al. 2018).

Compreende-se que os enfermeiros têm uma importante responsabilidade na seleção de intervenções adequadas para garantir a continuidade de cuidados na transição hospital-comunidade, de modo a que os efeitos e as incapacidades secundárias, após a intervenção cirúrgica, sejam minimizadas, promovendo assim, a capacitação, as competências da pessoa e do seu cuidador e que lhes permita adaptarem-se à nova situação de saúde (Ferreira et al., 2019).

A chave para uma reintegração bem-sucedida é um plano de cuidados que inclua uma transição segura para a comunidade. Este processo torna-se mais fácil quando a equipa interdisciplinar possui competências de comunicação, negociação e entrevista, bem como conhecimentos aprofundados sobre acessibilidade, tendo o EEER uma intervenção crucial neste contexto (Matos & Simões, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere a importância dos cuidados de transição, referindo-se aos períodos de mudança entre o hospital e o domicílio, ou entre o domicílio e o hospital, ou até mesmo em caso de alteração do estado de saúde. Tal requer uma abordagem integral e biopsicossocial à transição dos cuidados, atendendo à cultura da pessoa, família e recursos na comunidade, sendo que o cuidado multidimensional envolve a manutenção do vínculo, a prestação de informações, a administração e a capacitação do cuidador ou familiar (Ferreira et al., 2024).

Apesar da cirurgia de AA necessitar de um período de internamento cada vez mais curto, a experiência de transição entre saúde e doença de cada pessoa é única e as consequências variam de acordo com cada caso. Em certas circunstâncias, pode-se considerar esse processo como complexo que afeta significativamente a vida diária das pessoas. (Lourenço, et al., 2021). De encontro com o que Meleis (2010) refere, o processo de transição deve ser visto como uma mudança, levando em conta a individualidade e depende das vivências passadas e do suporte familiar da pessoa.

Para Cardoso e Brito (2024) a transição é o processo, o resultado ou a ação de mudar tranquilamente de um lugar, situação para outro, simbolizando uma mudança, fase intermediária num processo de evolução. A transformação vivenciada pelas pessoas representa o processo de incorporar as mudanças necessárias à forma como lidam com a sua nova condição de saúde e vida, levando a uma reformulação na sua maneira de ser e estar. Conforme refere Paiva (2024), quando se aborda a transição, assume-se que esta é provocada por alterações no estado de saúde, no papel nas relações, nas expectativas ou nas habilidades. Em contrapartida, as transições exigem que a pessoa adote novos conhecimentos, mude comportamentos e modifique a sua perceção de si mesmo em um contexto social. A transição de cuidados engloba ações criadas para garantir a coordenação, a continuidade segura dos cuidados à pessoa que sofreu alterações no seu estado de saúde e da necessidade de continuidade de cuidados de profissionais dentro ou entre os contextos de saúde na sua área domiciliar (RNAO, 2023).

Neste seguimento o modelo de cuidados transicionais foi criado para minimizar complicações de saúde e novos internamentos de idosos e adultos com doenças crónicas, oferecendo um plano de alta de cuidados de saúde e acompanhamento domiciliário ao qual defende a identificação dos objetivos de saúde da pessoa, a elaboração e execução de um plano de cuidados de enfermagem, bem como a continuidade dos cuidados entre os serviços e ao longo de todo o ciclo de saúde-doença (Ferreira et al., 2024). As transições exigem uma resposta personalizada por parte do EEER que deve identificar antecipadamente situações críticas e de vulnerabilidade durante o processo de transição. Assim, a Teoria das Transições possibilita o planeamento de intervenções de ER que respondam às necessidades, expectativas das pessoas e dos seus cuidadores, sendo o EEER responsável por promover ações preventivas que garantam a capacidade funcional das pessoas, com a finalidade de evitar incapacidades e complicações, fomentando, assim, o direito à qualidade de vida com dignidade a nível social (Lobo et al., 2024).

A pessoa idosa submetida a AA vai desenvolver uma alteração na mobilidade e funcionalidade que vai afetar, de forma reversível ou irreversível o seu autocuidado. Ao ter alta, a pessoa pode encontrar-se em situação funcional diminuída, mais do que quando foi para o hospital. Isto afetará a autonomia, independência, qualidade de vida, acompanhado de desgaste psicológico, físico e isolamento social. A alta hospitalar traz transformações na vida e rotina da pessoa, já que ao regressar a casa terá de o fazer acompanhada de terapia e cuidados domiciliários (Ferreira et al., 2019).

O planeamento para o retorno a casa aparece como um cuidado urgente em todo o processo perioperatório. O interesse pelo planeamento dos cuidados no domicílio tem crescido, pois tem sido importante compreender os benefícios na redução do tempo de internamento e no controle de infeções hospitalares por parte dos profissionais, pessoa e família (Ferreira et al., 2019). Portanto, é fulcral que o EEER compreenda os condicionantes da pessoa em termos de crenças, status socioeconómico, atitudes, conhecimento próprio e da sociedade, recursos instrumentais e suporte familiar, que têm o potencial de promover ou dificultar o processo de transição realizado pela pessoa e pela sua família, visando alcançar uma transição segura. Quando ocorre uma transição saudável, observa-se uma mestria nos comportamentos e emoções relacionados ao novo papel e identidade, ou seja, haverá a aquisição de novas habilidades para gerir a nova situação (Silva et al, 2019).

Importa salientar que para além do que já foi referido, a promoção da reabilitação funcional implica o atuar de forma a prevenir o declínio funcional e maximizar o autocuidado. Assim sendo, a transição do hospital para casa/comunidade deve ser feita com a certeza de que a pessoa/família têm auxílio, capacitação e empoderamento para retornar a casa de modo seguro (Ferreira et al., 2019). Deste modo, EEER tem uma intervenção adequada à pessoa que garante a continuidade dos cuidados

entre o hospital e casa/comunidade (Ferreira et al., 2019). A continuidade dos cuidados de ER garante o acesso à informação, intensifica a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, incentivando-a na participação no programa reabilitação. Sun et al. (2024), indicam que a supervisão pós-operatória diminui a probabilidade de complicações após a AA. Dentro de suas competências, cabe ao EEER assegurar essa continuidade, facilitando a transmissão de informações para a equipe de saúde comunitária. Para tal, é necessário criar um instrumento de registo que acompanhe a pessoa no regresso a casa e que inclua o plano de reabilitação estabelecido, as intervenções implementadas (incluindo a intervenção educacional) e as áreas que requerem maior cuidado durante a transição para o domicílio (Sousa & Carvalho, 2023).

Os modelos de transição desempenham um papel fundamental na orientação da prática de cuidados de ER, no modo como todos os enfermeiros têm a obrigação e, sobretudo, a capacidade de contribuir de maneira relevante tanto para a manutenção do autocuidado, bem como para assegurar a qualidade dos processos de transição. As intervenções dos EEER envolvem uma reflexão sobre o processo de mudança da independência para a dependência, que surge quando a pessoa passa de uma condição de saúde saudável para uma condição de doença aguda ou crónica (Lobo et al., 2024).

Compete ao EEER assumir a responsabilidade de informar e guiar a pessoa e o seu cuidador familiar, acerca dos recursos que existem na comunidade que possam garantir a continuidade dos cuidados. Esses comportamentos podem ser cruciais para a continuidade na vida social ou para as limitações impostas pela deficiência (Reis, et al., 2021).

Assim, a teoria da transição pode ajudar os profissionais, os EEER a identificar as ações necessárias para a transição, sendo especialmente relevante para pessoas que voltaram para o domicílio, sendo essencial aprimorar a reabilitação em casa (Zhan et al., 2022). Esta teoria também permite que os enfermeiros se concentrem na parte autónoma da sua profissão e numa prática informada pela evidência (Cardoso & Brito, 2024).

Neste contexto, o EEER é um recurso valioso na equipa multidisciplinar que lida com a transição para a dependência no autocuidado, à medida que impacta diretamente na melhoria dos resultados, ao potenciar a capacidade de aprender da pessoa e família. A Teoria das Transições é crucial na prática da ER, na medida em que possibilita a distribuição de recursos e a aplicação de intervenções de enfermagem focadas nas necessidades de cada pessoa, com base nas convicções, experiências e resultados desejados pelos cuidadores (Lobo et al., 2024).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo descreve-se a metodologia, nomeadamente a justificação do estudo, tipo de estudo, amostra, instrumentos de colheita de dados, análise de dados, procedimentos éticos e formais. A questão de pesquisa, que deve ser apropriada à problemática em análise, contribuindo para a prática fundamentada em evidências (Sousa et al., 2018).

2.1. Justificação do estudo

Este estudo consiste numa validação da estrutura e conteúdo da intervenção educacional em ER no pós-operatório de pessoa submetida a AA proposta por Nicolau et al (2022a) através de um painel de peritos. Este programa apresenta indícios de que é possível ganhos em saúde com intervenções de ER na preparação do regresso a casa de pessoas submetidas a AA (Nicolau et al, 2022a), sendo ainda necessário refletir no processo de cuidados de ER, principalmente no que diz respeito a programas de intervenção personalizados e implementados por EEER (tendo em consideração a via de abordagem) com pessoas submetidas a AA.

2.2. Tipo de Estudo

Para confirmar a estrutura e o conteúdo de uma intervenção educacional de ER promotora do regresso precoce a casa, com pessoas submetidas a AA, conduziu-se uma pesquisa quantitativa descritiva utilizando a técnica e-Delphi modificada.

A utilização da técnica Delphi modificada deve-se à sua eficiência e capacidade de envolver especialistas que se encontram geograficamente distantes. O método Delphi consiste na obtenção da opinião de um grupo de peritos, designado "painel", sobre um assunto, através de um questionário estruturado que permite a interação entre os diferentes membros. Devido à utilização da Internet, vários autores sugeriram a designação "e-Delphi" ou "Delphi modificada", uma vez que as plataformas online substituíram os questionários físicos. A vantagem deste método é permitir a participação de mais pessoas, eliminando a distância geográfica e mantendo o anonimato dos participantes, evitando qualquer influência nas suas respostas. Além disso, é mais barato e ajuda a organizar e importar dados para análise de bancos de dados (Loureiro et al., 2024).

O e-Delphi apresenta um risco de atrito mais elevado em comparação com outros métodos de investigação, dado que normalmente envolve duas a três rondas, o que pode causar fadiga aos especialistas, distração entre as rondas ou desânimo em relação ao método de investigação Delphi (Loureiro et al., 2024).

Para este estudo utilizou-se a técnica Delphi modificada, tendo sido implementado um questionário online através do *Microsoft Forms* e enviado a 26 peritos na área da ER, tendo obtido 22 respostas. Obteve-se uma taxa de retorno de 85%, na Ronda 1 e na 58% na Ronda 2. Foi selecionada a técnica e-Delphi modificada porque esta permite da mesma forma que a e-Delphi tradicional seguir todas as etapas com rigor e permite obter mais respostas em Portugal, conseguindo atingir pessoas distantes sem perder o rigor do método.

Esta lista de verificação já teve um estudo prévio que deu origem à lista de verificação usada neste trabalho (Anexo I) e foi enviado email à autora principal do estudo (Nicolau et al, 2022a) que deu autorização para poder dar continuidade ao seu trabalho, podendo a lista de verificação ser validada por um painel de peritos. Este estudo decorreu entre dezembro de 2024 e abril de 2025.

Na análise dos dados o que se encontra em Parênteses é a codificação do participante e reticências significa o verbatim dos participantes.

2.3. Amostra

A escolha dos participantes para o painel de especialistas foi realizada através de uma amostra intencional. Para conseguir uma amostra diversificada, especialistas clínicos e académicos foram selecionados. Embora não exista um acordo na literatura sobre a quantidade ideal de elementos para um painel de peritos, a maioria dos estudos indica um mínimo de 10 e um máximo de 30. Portanto, foi estabelecido previamente pela pesquisadora que, para alcançar um acordo, era necessário ter pelo menos 10 ou mais participantes em cada ronda.

A seleção dos participantes para serem integrados no painel de peritos, foi feita através da aplicação dos critérios de inclusão, a todos os participantes: a) ser EEER com pelo menos um ano de experiência na área de cirurgia e ortopedia; ou b) ser EEER a desempenhar funções de Docência com pelo menos um ano de experiência na área de cirurgia e ortopedia.

2.4. Instrumento de colheita de dados

Para se poder quantificar a opinião dos participantes o instrumento usado para a colheita de dados foi um questionário, composto de questões fechadas e abertas, com respostas obrigatórias e pontuadas, utilizando uma escala de Likert de 4 pontos (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente) e questões abertas (sem pontuação e com resposta opcional). As questões possibilitaram estabelecer a inclusão ou exclusão das intervenções de enfermagem, especificamente em relação à técnica correta de exercício. Selecionou-se uma escala de Likert de 1 a 4 para conseguir que os peritos se posicionassem relativamente a cada questão e não tivessem a possibilidade de, num ponto médio, responder “nem concordo, nem discordo”.

Foi desenvolvido um primeiro questionário (Q1) estruturado e dividido em duas categorias: categorização socioprofissional e lista de validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a AA. A lista de verificação constou de 16 itens: Reeducação funcional respiratória; Reeducação funcional motora (Posicionamentos no leito; Exercícios no leito; Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.); Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.); Levantar da cama; Deitar na cama; Sentar na cadeira; Levantar da cadeira; Uso de chuveiro/banheira; Uso do sanitário; Treino de marcha com andador ou canadianas; Subir escadas; Descer escadas; Entrar no carro; Sair do carro e Prevenção da luxação da prótese), perfazendo um total de 62 questões acerca dos exercícios que deveriam ser utilizados no programa de reabilitação e os peritos teriam que responder de acordo com a escala de Likert de 1 a 4 (Apêndice I). No questionário (Q2) mantiveram-se as duas categorias acima mencionadas, mas com 64 questões (Apêndice II).

Importa salientar que em todos os itens da lista de verificação foi disponibilizado um campo aberto para os especialistas expressarem as suas opiniões acerca dos exercícios propostos.

O primeiro contato com os participantes foi realizado por email que incluía um texto de apresentação do trabalho e finalidade, bem como um convite para participar do estudo. Esse mesmo canal foi utilizado para detalhar os procedimentos do estudo e para entregar o termo de consentimento livre e esclarecido, que deveria ser completado em caso de aceitação.

O Q1 foi disponibilizado aos peritos durante duas semanas e após este tempo as respostas foram analisadas quantitativamente e qualitativamente visto o questionário ser também de respostas abertas, onde os peritos poderiam fundamentar e comentar as questões apresentadas no Q1. De seguida realizou-se a análise do conteúdo dos pequenos excertos de texto, onde foram realizadas

unidades de registos/contexto e categorias de forma a identificar novos itens a incluir no Q2 (Bardin, 2011). O Q2 ficou disponível uma semana e procedeu-se à sua análise da mesma forma que o Q1.

2.5. Análise de dados

No que diz respeito à análise quantitativa, foi feita uma análise estatística de cada item de resposta, levando em conta a média (Me), a mediana (M), o índice de validade do conteúdo (IVC), o desvio padrão (s), a proporção de respostas 1 e 2, o coeficiente de variação (CV), a concordância universal e o índice de validade do conteúdo total.

Vários autores argumentam que, além do consenso, é crucial analisar a estabilidade, que se refere à falta de novas contribuições e à pouca alteração das respostas do painel entre as rondas. Portanto, para avaliar a consistência das respostas a cada questão, calculou-se o coeficiente de variação (CV). Existe uma dispersão mínima inferior a 15%, uma dispersão reduzida de CV entre 15 e 30% e uma dispersão elevada se CV superior a 30%. Após a avaliação dos resultados do primeiro questionário, um relatório foi enviado aos peritos para uma possível segunda etapa.

O valor do IVC foi calculado através da soma das respostas 3 e 4, divididos pelo número total de respostas (Alexandre & Coluci, 2011). Chang et al. (2010), consideram o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq 0,75$ como critério de decisão sobre a validade de cada item.

Tabela 1

Definição de consensos adaptado de Havers et al. (2019)

Consensos	Definição de critérios
Consenso para incluir item (cumulativos)	• 75% das respostas com classificação ≥ 4 (escala likert 1-4). (IVC x 100 $\geq 75\%$); • Mediana ≥ 4 (escala likert 1-4); • Nenhum perito tenha identificado ambiguidade ou incompreensão do item.
Consenso para excluir item (não cumulativos)	• 75% das respostas com classificação ≤ 2 (escala likert 1-4); • Mediana ≤ 2 (escala likert 1-4).
Sem consenso	Todos os restantes itens com classificação (passa à ronda seguinte).

Nota: IVC: Índice de validade de conteúdo.

Foram realizadas duas rondas com peritos em ER. Na ronda 1, os especialistas chegaram a concordância sobre um conjunto de itens iniciais respondendo ao questionário 1. Na ronda 2, os especialistas foram solicitados a reavaliar os itens que não tinham nível de concordância universal, após o feedback e os dados resumidos fornecidos na ronda 1. Refere-se, também, que foi importante compreender o nível de estabilidade das respostas.

Conforme os critérios da Tabela 1, obteve-se um painel de especialistas constituído por 22 divididos por duas rondas (22 Ronda 1 e 16 na Ronda 2). Em ambas as rondas obteve-se mais de 75 % de participação dos especialistas, o que foi relevante para considerar consenso nas respostas.

2.6. Procedimentos éticos e formais

Foi tido em conta a confidencialidade e mantido o anonimato dos participantes ao longo de todo o processo. De modo a participarem na investigação, todos os participantes tiveram de dar o consentimento esclarecido, livre e preencher o questionário do *Microsoft forms* para aceitação de participação. Este estudo, com a referência PCE45_2024 (Anexo 2), foi aprovado no dia 17 de dezembro de 2024 pela Comissão de Ética da ESSATLA, garantindo os pressupostos da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

3. RESULTADOS

Interpretando as características socioprofissionais dos peritos divididos pelas duas rondas, percebeu-se que a nível da escolaridade mais de metade dos participantes tinha grau de licenciatura (14 na Ronda 1, e 9 na Ronda 2). Isto traduz que os enfermeiros especialistas na sua maioria têm pós-licenciatura em ER, que desempenham funções de especialista, mas como foi feito antes de 2018 ainda não existia mestrado em ER que desse acesso ao título de mestre em ER. Em relação aos anos de experiência profissional, referimos que nas duas rondas obteve-se uma média de pelo menos de 9 anos o que quer dizer que os enfermeiros são peritos na área de atuação.

Por conseguinte, a heterogeneidade da amostra foi obtida devido à variedade da atividade profissional dos participantes, já que não participaram apenas enfermeiros da área de cirurgia e de ortopedia, mas também os da área da docência com experiência anterior ou atual na área da reabilitação.

Tabela 2

Características socioprofissionais dos participantes

Total de participantes		Ronda 1	Ronda 2
Número total de participantes		22	16
Qual o seu sexo	Feminino	14	9
	Masculino	7	6
	Prefiro não dizer	1	1
Idade (média)		48	45
Anos de experiência profissional (média)		13	9
Habilitação académica	Bacharelato	0	0
	Licenciatura	14	7
	Mestrado	6	7
	Doutoramento	2	2
Categoria profissional	Enfermeiro	3	2
	Enfermeiro Especialista	19	14
	Enfermeiro Gestor	0	0
Atividade principal da prática clínica	Trabalho ou trabalhei num internamento de cirurgia	5	5
	Trabalho ou trabalhei num	15	9

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

	internamento de ortopedia		
	Sou docente com experiência na área cirúrgica e/ou ortopedia	2	2
Tempo (médio) como EEER		13 anos	9 anos

Levando em conta os critérios de consenso previamente delineados, no fim da Ronda 1 foram incluídos os 62 itens, não tendo sido nenhum item eliminado pois existiu uma concordância acima de 75%.

Tabela 3

Resultados da análise quantitativa da Ronda 1

ITEM	Me	M	IVC (%)	s	CV (%)	% de respostas 1 ou 2	Concordância Universal	Consenso
1- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA								
Consciencialização e controlo da respiração	3,6	4	86%	0,73	3%	14%	0%	INC
Respiração abdomino-diafragmática	3,5	4	82%	0,80	4%	18%	0%	INC
Reeducação costal	3,1	3	73%	0,92	4%	27%	0%	INC
Tosse dirigida e assistida	3,3	4	73%	0,89	4%	27%	0%	INC
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA								
2- Posicionamentos no leito								
Decúbito dorsal com pernas afastadas	3,5	4	86%	0,85	4%	14%	0%	INC
Decúbito lateral para o lado não operado	3,9	4	100%	0,29	1%	0%	100%	INC
Decúbito semi-dorsal para o lado operado	3,2	3,5	77%	1,00	5%	23%	0%	INC
3- Exercícios no leito								
Contrações isométricas dos abdominais	3,5	4	86%	0,86	4%	14%	0%	INC
Contrações isométricas dos glúteos	3,9	4	100%	0,29	1%	0%	100%	INC
Contrações isométricas do quadrípice	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
4- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros são (pré e pós-op.)								
Elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores)	3,7	4	100%	0,46	2%	0%	100%	INC
4a- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.)								
Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho	3,5	4	91%	0,91	4%	9%	0%	INC
Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo	3,5	4	91%	0,80	4%	9%	0%	INC
Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
Extensão/flexão dos dedos dos pés	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
5- Levantar da cama								
Sair pelo lado operado	3,4	4	82%	1,00	5%	18%	0%	INC
Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco mais de 90º	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
Manter o membro operado em extensão	3,6	4	90%	0,67	3%	10%	0%	INC

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão	3,5	4	86%	0,86	4%	14%	0%	INC
Arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada	3,5	4	91%	0,67	3%	9%	0%	INC
6- Deitar na cama								
De costas para a cama, encosta as nádegas com o apoio dos braços, faz força com o membro não operado e senta-se na cama	3,6	4	91%	0,66	3%	9%	0%	INC
Com o tronco inclinado para trás e com o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama	3,7	4	91%	0,64	3%	9%	0%	INC
Roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão	3,7	4	91%	0,64	3%	9%	0%	INC
7- Sentar na cadeira								
De preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
Colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteia a tocar na cadeira	3,7	4	95%	0,57	3%	5%	0%	INC
Com o membro operado em extensão, coloca as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se	3,7	4	95%	0,57	3%	5%	0%	INC
Para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento	3,6	4	91%	0,66	3%	9%	0%	INC
Depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo	3,6	4	91%	0,66	3%	9%	0%	INC
8- Levantar da cadeira								
Chegar o corpo para a beira da cadeira	3,8	4	91%	0,57	3%	9%	0%	INC
Colocar o membro operado em extensão	3,7	4	95%	0,56	3%	5%	0%	INC
Fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se	3,91	4	100%	0,29	1%	0%	100%	INC
9- Uso de chuveiro/banheira								
Se possível, usar chuveiro em vez de banheira	3,6	4	95%	0,73	3%	5%	0%	INC
Usar barras de apoio	3,7	4	100%	0,45	2%	0%	100%	INC
Tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira (banheira)	3,6	4	95%	0,59	3%	5%	100%	INC
Entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão	3,6	4	91%	0,67	3%	9%	0%	INC
Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado	3,5	4	91%	0,80	4%	9%	0%	INC
10- Uso do sanitário								
Utilizar alteador de sanita e barras de apoio	3,9	4	100%	0,29	1%	0%	100%	INC
Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
Apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
Para se levantar, proceder de forma inversa	3,7	4	95%	0,55	3%	5%	0%	INC
11- Treino de marcha com andarrilho ou canadianas								

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Primeiro avança o andarilho ou as canadianas	3,9	4	95%	0,47	2%	5%	0%	INC
Avançar o membro operado até ao nível do andarilho ou auxiliar de marcha	3,7	4	91%	0,78	4%	9%	0%	INC
Avançar o membro não operado	3,8	4	91%	0,61	3%	9%	0%	INC
Para mudar de direção, virar para o lado não operado	3,6	4	82%	0,91	4%	18%	0%	INC
12- Subir escadas								
Subir com o membro não operado em primeiro lugar	3,8	4	95%	0,53	2%	5%	0%	INC
Subir com o membro operado	3,2	4	77%	1,09	5%	23%	0%	INC
Subir o auxiliar de marcha	3,6	4	91%	0,67	3%	9%	0%	INC
13- Descer escadas								
Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
Descer o membro operado	3,7	4	100%	0,46	2%	0%	100%	INC
Descer com o membro são	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
14- Entrar no carro								
Posicionar-se de costas para o banco do carro	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
Apoiar os membros superiores no banco e sentar mantendo o membro operado em extensão	3,9	4	100%	0,29	1%	0%	100%	INC
Depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro com a ajuda das mãos ou de outra pessoa	3,78	4	91%	0,61	3%	9%	0%	INC
15- Sair do carro								
Rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro	3,8	4	91%	0,61	3%	9%	0%	INC
Apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Apoiar-se no auxiliar de marcha	3,8	4	91%	0,61	3%	9%	100%	INC
16- Prevenção da luxação da prótese								
Manter as pernas afastadas	3,8	4	91%	0,61	3%	9%	0%	INC
Não fletir a anca operada mais de 90º	3,9	4	100%	0,21	1%	0%	100%	INC
Não cruzar as pernas	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita)	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Não realizar rotação externa	3,5	4	86%	0,96	4%	14%	0%	INC
Não realizar decúbito lateral para o lado operado.	3,4	4	82%	0,90	4%	18%	0%	INC
Média de concordância universal							30,65%	
IVC Total							92%	

Nota. Me = Média; M = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; s = Desvio-padrão; CV = Coeficiente de variação; S/ CON = Sem consenso após as 2 rondas; EXC = Consenso para excluir o item; INC = incluído.

Na Ronda 2, para além dos 62 itens que obtiveram consenso, foram adicionados mais 2 itens (que se encontram a negrito) na Tabela 4, sendo que após a análise da Ronda 2, foram incluídos os 64 itens (Tabela 4).

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Tabela 4

Resultados da análise quantitativa da Ronda 2

ITEM	Me	M	IVC (%)	s	CV (%)	% de respostas 1 ou 2	Concordância Universal	Consenso
1- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA								
Consciencialização e controlo da respiração	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Respiração abdomino-diafragmática	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Reeducação costal	3,7	4	93%	0,59	4%	7%	0%	INC
Tosse dirigida e assistida	3,7	4	93%	0,82	5%	7%	0%	INC
Utilização de bastão	3,8	4	100%	0,41	3%	0%	100%	INC
Técnica de expiração forçada (TEF)	3,4	4	93%	0,83	6%	7%	0%	INC
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA								
2- Posicionamentos no leito								
Decúbito dorsal com pernas afastadas (depende da via)	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
Decúbito lateral para o lado não operado	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Decúbito semi-dorsal para o lado operado	3,9	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
3- Exercícios no leito								
Contrações isométricas dos abdominais	3,7	4	87%	0,90	6%	13%	0%	INC
Contrações isométricas dos glúteos	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Contrações isométricas do quadrícipite	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
4- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.)								
Elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores)	3,87	4	100%	0,35	2%	0%	100%	INC
4a- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.)								
Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Extensão/flexão dos dedos dos pés	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
5- Levantar da cama								
Sair pelo lado operado	3,8	4	100%	0,41	3%	0%	100%	INC
Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco mais de 90º	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Manter o membro operado em extensão	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
6- Deitar na cama								
De costas para a cama, encosta as nádegas e com o apoio dos braços, faz força com o membro não operado e senta-se na cama	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Com o tronco inclinado para trás e com	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama								
Roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
7- Sentar na cadeira								
De preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteia a tocar na cadeira	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Com o membro operado em extensão, com as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
8- Levantar da cadeira								
Chegar o corpo para a beira da cadeira	3,7	4	93%	0,80	5%	7%	0%	INC
Colocar o membro operado em extensão	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
9- Uso de chuveiro/banheira								
Se possível, usar chuveiro em vez de banheira	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Usar barras de apoio	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira (banheira)	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão	3,8	4	93%	0,78	5%	7%	0%	INC
Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado	3,8	4	93%	0,78	5%	7%	0%	INC
10- Uso do sanitário								
Utilizar alteador de sanita e barras de apoio	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Para se levantar, proceder de forma inversa	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
11- Treino de marcha com andador ou canadianas								
Primeiro avança o andador ou as canadianas	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Avançar o membro operado até ao nível do andador ou auxiliar de marcha	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Avançar o membro não operado	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Para mudar de direção, virar para o lado operado	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
12- Subir escadas								

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Subir com o membro não operado em primeiro lugar	3,8	4	93%	0,78	5%	7%	0%	INC
Subir com o membro operado	3,5	4	80%	1,13	8%	20%	0%	INC
Subir o auxiliar de marcha	3,5	4	80%	1,13	8%	20%	0%	INC
13- Descer escadas								
Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Descer o membro operado	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Descer com o membro são	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
14- Entrar no carro								
Posicionar-se de costas para o banco do condutor	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Apoiar os membros superiores no banco sentar mantendo o membro operado em extensão	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro com a ajuda das mãos ou de outra pessoa	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
15- Sair do carro								
Rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Apoiar-se no auxiliar de marcha	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
16- Prevenção da luxação da prótese								
Manter as pernas afastadas	3,9	4	100%	0,26	2%	0%	100%	INC
Não fletir a anca operada mais de 90º	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Não cruzar as pernas	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita)	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Não realizar rotação externa	4	4	100%	0	0%	0%	100%	INC
Não realizar decúbito lateral para o lado operado	3,4	4	80%	0,99	7%	20%	0%	INC
Média de concordância universal							82,80%	
IVC Total							98%	

Nota. Me = Média; M = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; s = Desvio-padrão; CV = Coeficiente de variação; S/ CON = Sem consenso após as 2 rondas; EXC = Consenso para excluir o item; INC= incluído.

No fim das duas Rondas obteve-se um consenso sobre a inclusão dos 64 itens, ressaltando que existiu uma média de concordância universal de 82,80%, que se destaca em relação à Ronda 1, onde o nível médio de concordância universal foi de 30,65%.

Da análise ao conteúdo expresso nas respostas às questões abertas das Rondas 1 e 2, pode assumir-se que desde a Ronda 1 o instrumento foi considerado adequado relativamente à “Estrutura”, e ao “Conteúdo”, tendo sido feitas algumas sugestões acerca da “Adaptação dos exercícios/recomendações”. Assim e acerca da estrutura do Questionário 1, os participantes referiram que esta estava bem conseguida e adequada: “bem conseguida” P (3); “Adequado” P (8) e que o conteúdo do Questionário 1 se encontra sucinto, claro, realizado de acordo com o protocolo da DGS sobre as pessoas submetidas a AA, com itens pertinentes e de fácil adaptação à realidade das pessoas submetidas a AA: “Lista sucinta e objetiva” P (5); “Procedimento conforme o protocolo geral da artroplastia da anca” P (13); “Tudo pertinente” P (15) e “Fácil adaptação à realidade” P (6). No que se

refere à adaptação dos exercícios/recomendações os participantes sugerem que é importante ter em conta a via de abordagem em relação ao movimento, a importância dos ensinamentos como vestir e despir e realização de treino de AVD's: *“Poderia ainda referir-se alguns ensinamentos como vestir e despir”* P (3); *“Considero que deve acrescentar treino de AVD's”* P (7); *“Ter em linha de conta a via de abordagem”* P (12); *“Medidas anti-luxantes dependem da abordagem cirúrgica”* P (14); *“Realizar apenas um apontamento relativamente às vias de abordagem”* P (15).

Como aspetos particularmente positivos os participantes referem que a lista de verificação tem como base as intervenções de ER, sendo exercícios que são aplicados diariamente nas atividades do ER: *“a lista de verificação assenta sobre as principais atividades de reabilitação”* P (1); *“Estão contemplados todos os exercícios e técnicas que utilizo diariamente positivo”* P (9), e como aspetos menos positivos referem que alguns ensinamentos e exercícios não foram contemplados, salientando também que os ensinamentos acerca de segurança no domicílio e ao ar livre, necessitavam ajustes: *“Deixou de fora os ensinamentos relacionados com vestuário. Deverá incidir também sobre aspetos de segurança em ambiente domiciliário e ao ar livre”* P (1); *“Faltam os exercícios que podem ser efetuados em pé à base da cama”* P (2); *“Precisa de pequenos ajustes”* P (8); *“Negativo não considerar avaliação /descrição do domicílio, ensino ao cuidador/familiar”* P (12).

Na Ronda 2 e acerca da estrutura, os participantes voltam a considerar a estrutura bem conseguida *“Lista bem realizada”* P (9); *“Muito bem feito”* P (11); *“Lista bem executada”* P (13) e *“Bem organizado”* P (15). Em relação ao conteúdo os participantes referem que está claro e acessível: *“Linguagem acessível”* e *“Objetividade”* P (5). No que concerne aos exercícios/recomendações, os participantes valorizam considerar a via de abordagem para a realização do movimento e a adaptação à pessoa *“Os ensinamentos/treino devem ser adaptados a realidade de cada utente aquando do seu regresso a comunidade”* P (5); *“É importante validar o programa de reabilitação face à diversidade de abordagens na clínica”* P (10) e *“Considerar via de abordagem nas medidas anti-luxantes e na entrada e saída depende das condições físicas no domicílio”* P(12).

Os participantes consideraram que o Questionário 2 é de fácil preenchimento, que aborda temas relevantes e que todos os exercícios que foram descritos são importantes: *“Fácil de preencher e aborda os temas mais relevantes”* P (6) e *“Todos os exercícios são importantes”* P (8) contudo salientaram não existir contraindicação no decúbito lateral para o lado, deverá sim, ter-se cuidado com a utilização da almofada para evitar movimentos de abdução: *“não existe contraindicação no decúbito lateral para o lado operado e deve ser desmistificado esse medo. Deve sim haver cuidado na utilização de uma almofada entre as pernas para evitar a adução do membro operado para além da linha média sagital no decúbito lateral para o lado sã”* P (8).

4. DISCUSSÃO

A amostra de participantes neste estudo foi heterogénea, tendo sido possível incluir Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de vários contextos clínicos da região de Lisboa e Alentejo assim como da área da docência. A inclusão de enfermeiros que tinham experiência na área clínica e pertencentes à academia permitiu obter uma perspetiva mais abrangente, sendo que os últimos possibilitaram obter uma perspetiva externa.

Os dados foram obtidos através da técnica de Delphi modificada (e-Delphi) tornando-se uma mais-valia, dado que permite uma maior acessibilidade e conforto para os participantes, sendo equivalente à técnica de Delphi tradicional (Agochukwu et al., 2018).

Os peritos validaram os aspetos da estrutura como do conteúdo de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca tendo obtido consenso em todos os itens. De um modo global verificou-se uma melhoria de consenso da Ronda 1 para a Ronda 2 e isto pode ser constatado pelo índice de validade de conteúdo total de 92% na Ronda 1 e uma concordância universal na mesma ronda de 30,65%. Após terem sido inseridas algumas melhorias recomendadas para inclusão, na ronda 2 obteve-se um índice de validade de conteúdo total de 98% e uma concordância universal de 82,81%.

Em relação à estrutura foi obtido consenso nos 16 itens onde os peritos concordaram em relação à inclusão da reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, posicionamentos no leito, exercícios no leito, mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré-operatório e pós-operatório), mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-operatório), levantar da cama, deitar na cama, sentar na cadeira, levantar da cadeira, uso de chuveiro/banheira, uso do sanitário, treino de marcha com andador ou canadianas, subir escadas, descer escadas, entrar no carro, sair do carro e prevenção da luxação da prótese. Estes conteúdos estão enquadrados na evidência e corroboram Dias et al. (2021) que referem que instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; abertura costal global; tosse) e as prevenções de luxação da prótese, devem fazer parte de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

O consenso dos peritos obtido acerca da estrutura da intervenção educacional no pós-operatório de Artroplastia da Anca está em concordância com as recomendações de Fernandes et al, (2020) que consideram que um programa de Enfermagem de Reabilitação deverá conter ensinamentos de

exercícios como levantar-se e deitar da cama, subir e descer escadas, utilizar auxiliares de marcha, realizar mobilizações passivas e ativas-assistidas das articulações, dependendo da tolerância da pessoa e segundo os limites articulares.

Para Lourenço et al, (2021), um programa de reabilitação deverá conter os itens de estrutura (transferir-se, andar com auxiliar de marcha, usar o sanitário, vestir-se/despir-se) que vai de encontro do consenso obtido pelos peritos deste estudo. Em relação ao conteúdo constatou-se que os especialistas consideraram importante incluir todos os 64 itens propostos para a estrutura da intervenção educacional, verificando-se um elevado consenso na inclusão destes itens num programa de enfermagem de reabilitação, sendo que referiram que seria importante incluir mais dois itens em relação ao conteúdo que foram: utilização de bastão e técnica de expiração forçada, sendo incluído na Ronda 2 estes dois itens, onde obtiveram um consenso de índice de validade de conteúdo 100% e 93% e de praticamente de 100% no índice de concordância universal.

O protocolo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), também recomenda a inclusão de itens de conteúdo como: subir com o membro não operado em primeiro lugar, subir com o membro operado, subir o auxiliar de marcha, descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar, descer o membro operado, descer com o membro são entre outras (Wainwright et al., 2020). Outros autores, como Saraiva et al., (2020), enfatizam a relevância de um programa de Enfermagem de Reabilitação no período perioperatório, inserido no contexto de ensino, treino e orientação para pessoas que passaram por uma Artroplastia de Anca. Reforçando, os especialistas concordaram sobre a capacitação precoce da pessoa, com o objetivo de maximizar a sua capacidade funcional, independência, reintegração na sociedade e aumentando a sua qualidade de vida.

Autores como Majid, Lee e Plummer (2015), no seu estudo sobre a intervenção educacional pré-operatória na pessoa submetida a Artroplastia da Anca, tiveram resultados importantes como a diminuição do número de dias de hospitalização, relativamente às pessoas que obtiveram qualquer educação ou informação sobre o assunto, salientando assim, que é importante a intervenção educacional no pré-operatório na pessoa submetida a Artroplastia da Anca. Teixeira et al. (2022) referem ainda que programas de Enfermagem de Reabilitação, a pessoas que sofrem lesões como a fratura da anca, tendo em vista a promoção da qualidade de vida para a participação e reinserção na comunidade o mais precoce possível e a recuperação da capacidade funcional da pessoa. De acordo com o mesmo autor, um programa de Enfermagem de Reabilitação deverá ser focado na implementação de planos de intervenção com vista à melhora do autocuidado, através de programas de treino motor e de treino de atividades de vida diárias, com o propósito da readaptação das limitações, que poderão ter ficado após a pessoa ter sido submetida a Artroplastia da Anca.

A via de abordagem foi considerada relevante pois vai influenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no tipo de exercícios a serem realizados e posicionamentos e, segundo Cruz et al., (2021) as restrições de movimentação, resultantes da via de abordagem, devem ser cuidadosamente consideradas na prestação de cuidados pelo Enfermeiro de Reabilitação. Isso inclui atividades como levantar-se, posicionar-se, transferir-se e movimentar-se, além das ações de ensino e treino que influenciam a realização das atividades de vida diárias. Os métodos de prevenção de luxação da prótese diferem de acordo com a abordagem utilizada, devendo-se ter cuidado com o tipo de movimento que a pessoa deverá realizar, o que também foi referido pelos peritos.

Estes também sugeriram a prevenção da luxação da prótese. Segundo Pato, (2012) a luxação pode ocorrer em três direções (posterior, anterior e superior) e na sua maioria, ocorre na posterior. Em termos teóricos, qualquer cirurgia que impeça a estabilidade e capacidade de contenção posterior do material usado na prótese aumenta o risco de luxações. Outros autores também referem que uma das complicações mais comuns no pós-operatório, são a luxação e subluxação da anca, sendo importante ensinar a pessoa a reconhecer os sinais de alerta, como dor intensa no local da anca, dificuldade em mover o membro e discrepância no comprimento dos membros inferiores, normalmente sendo mais curto no membro cirúrgico (Lourenço, et al., 2021).

O Programa de Enfermagem de Reabilitação para pessoas que foram submetidas a Artroplastia da Anca tem uma intervenção educacional, essencial para garantir uma transição segura no regresso a casa. A abordagem educacional, do Enfermeiro de Reabilitação, deve privilegiar o ensino e a prática das atividades de vida diária, adaptando-se às metas, capacidades e necessidades da pessoa. O programa de reabilitação deve incluir ensino e treino sobre posicionamentos, transferências para a cama, cadeira e casa de banho, técnicas de levantar, transferir-se para a banheira ou polibã, bem como habilidades para vestir-se, calçar-se e utilizar a casa de banho. Tudo isto deve ser realizado tendo em conta os recursos de assistência disponíveis e as precauções necessárias para evitar a luxação dos dispositivos protésicos (Sousa & Carvalho, 2023).

Esta intervenção realizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve estar enquadrada nos princípios do cuidado centrado na pessoa e família, como recomenda o guia de boas práticas clínica da RNAO sobre o cuidado focado na pessoa e família em que o enfermeiro deverá estabelecer uma relação terapêutica e de confiança tanto a nível verbal como não verbal criando uma relação verdadeira, de respeito com a pessoa e família para que estes tenham uma participação decisiva na sua recuperação (RNAO, 2023). O enfermeiro deverá, também, garantir o atendimento às necessidades da pessoa e melhorar a literacia da pessoa durante a transição, colaborando no

desenvolvimento de um plano de cuidados que sustente as necessidades da pessoa e da sua rede de apoio (RNAO, 2023). Na realidade, para uma transição segura e eficaz nos cuidados, o envolvimento contínuo (colaborar com a pessoa e sua rede de apoio) em todas as fases da transição: em todo o período perioperatório, da pessoa submetida a Artroplastia da Anca, para garantir a segurança e efetividade do cuidado e capacitar a pessoa para que esta entenda as suas necessidades e possua a literacia necessária sobre o processo. A RNAO (2023), reforça uma abordagem colaborativa, centrada na pessoa e interprofissional, que contribui para uma transição segura e eficaz nos cuidados prestados. No que concerne ao risco de queda a RNAO (2023), refere que o enfermeiro deverá realizar educação para saúde à pessoa que sofre de risco de queda e sua família ou rede de apoio, com inclusão de intervenções para prevenção de quedas.

Pode, desde já, afirmar-se que a utilização de programas de reabilitação funcional motora e respiratória no processo de cuidados, está associada à melhoria da situação clínica das pessoas submetidas a Artroplastia da Anca, especialmente da população idosa, além de contribuir para o aumento da sua independência. Isso auxilia significativamente na redução do uso contínuo dos serviços de saúde e dos custos envolvidos (Sousa et al., 2024).

A aplicação de um programa de reabilitação personalizado à pessoa submetida a Artroplastia da Anca, é crucial para a reabilitação a prevenção e identificação antecipada de complicações e melhoria funcional, independentemente do material utilizado na cirurgia e da via de abordagem. A recuperação no pós-operatório vai depender da existência de uma equipa interdisciplinar que envolva a pessoa e o cuidador familiar nos cuidados, sendo que a abordagem à pessoa em processo ou submetida a Artroplastia da Anca necessita de coordenação de cuidados entre vários grupos de prestadores de cuidados de saúde (Varacallo, et al., 2023).

Em relação às limitações do estudo elas são semelhantes a todos os estudos que utilizam o método Delphi. Além de utilizar uma amostra intencional, é relevante destacar que não há consenso na literatura sobre os critérios para estabelecer o número e as características dos peritos, a quantidade de rondas, e os critérios para estabelecer o consenso, sendo que estes fatores podem afetar a análise dos resultados (Keeney et al, 2011). Outra limitação é a baixa adesão dos participantes na Ronda 2 podendo levar-nos a concluir que esta baixa adesão poderá ter sido decorrente de o questionário ser um pouco extenso e ter-se colocado o preenchimento de todos os itens novamente, com a inclusão de mais dois na Ronda 2. Devido à existência de poucos estudos nacionais e internacionais sobre a atuação do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa submetida a Artroplastia da Anca segundo a via de abordagem cirúrgica, levou à necessidade de recorrer a estudos que se baseassem em intervenções ou programas de reabilitação implementados por outros profissionais, cujos procedimentos

estivessem relacionados com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Como recomendações para práticas futuras, salienta-se a importância de continuar a realizar investigação ao nível dos programas de Enfermagem de Reabilitação, que se revelam relevantes para validar e aumentar o nível de evidência daquilo que é feito na prática clínica.

Segundo os referenciais teóricos de Orem e Meleis é possível depreender que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um facilitador no processo de transição, ajudando no autocuidado e no capacitar a pessoa e família a ultrapassarem as novas mudanças, promovendo uma adaptação funcional e saudável. Segundo Santos (2024), a enfermagem vai além da dimensão objetiva e não se limita ao cuidar do corpo. A sua característica mais marcante é a presença constante e participativa dos enfermeiros, que os torna essenciais ao sistema de saúde, pois acompanham todo o ciclo de tratamento da pessoa e são um elo entre os vários membros da equipa (Santos, 2024).

Deste modo, os cuidados de enfermagem contribuem para a promoção da saúde e acrescentam valor ao sistema de saúde, tendo a enfermagem um papel económico importante, ao gerar ganhos tanto para as instituições de saúde como para a sociedade que se traduz na redução do tempo de internamento, na prevenção de doenças, na diminuição de erros e complicações e reinternamentos, fatores que melhoram a produtividade e reduzem os gastos para os serviços de saúde e os financiadores (Santos, 2024).

CONCLUSÃO

Com uma amostra de 22 peritos, conseguiu-se validar 64 itens relativamente à estrutura e conteúdo da intervenção educacional em ER para promover a adaptação em pessoas submetidas a AA, fundamentalmente na área da reeducação funcional respiratória e motora. As pessoas submetidas a Artroplastia da Anca são na sua maioria idosos, que por vezes já têm comorbilidades antes da cirurgia e associadas à idade, o que poderá dificultar a sua recuperação e a transição segura para o domicílio. A cirurgia implica mudanças importantes no modo de vida da pessoa e familiar cuidador, sendo fundamental a aquisição de novas competências e conhecimentos, de modo a que a pessoa seja capaz responder com segurança às transições impostas pela nova condição.

Um dos contributos importantes para a prática clínica atribui-se ao facto de ter sido possível validar a estrutura e conteúdo da intervenção educacional do Enfermeiro de Reabilitação, através de um programa de Enfermagem de Reabilitação para o retorno a casa de pessoas submetidas a Artroplastia da Anca, obtendo consenso do painel de peritos, demonstrando que este programa é passível de ser integrado num programa de Enfermagem de Reabilitação a pessoas submetidas a Artroplastia da Anca.

Os resultados obtidos através deste estudo serão importantes para viabilizar a avaliação da aplicabilidade e aceitabilidade, assim como a avaliação da eficácia da intervenção educacional do Enfermeiro de Reabilitação aplicada em contexto de estágio pela Mestre em Enfermagem de Reabilitação Célia Nicolau. Salientar, ainda, que os estudos sobre a participação de Enfermeiros de Reabilitação nos programas de reabilitação respiratória e motora com a população submetida a Artroplastia da Anca ainda são modestos, razão pela qual se lança o desafio para que se efetuem mais estudos neste campo, com intenção de aprimorar a prática clínica da Enfermagem de Reabilitação, assim como a pesquisa e o ensino/aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agochukwu, N. Q., Skolarus, T. A., & Wittmann, D. (2018). Telemedicine and prostate cancer survivorship: A narrative review. *mHealth*, 4, 45–45. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.09.08>
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Antunes, T., Sá, M. C., & Nabais, A. (2023). A pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur: A intervenção do enfermeiro de reabilitação na prevenção do seu declínio funcional. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e833. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e833>
- Arriaga, P., Almeida, A., Paulino, C., Fraga, S., Dias, S., Nunes, C., ... & Pedro, A. R. (2021). *Health literacy survey 2019 – Portugal: Níveis de literacia em saúde*. Universidade Católica Portuguesa. https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/38270039/Arriaga_et_al._2021_Health_Literacy_Survey_2019_Portugal._N_veis_de_literacia_em_sa_de.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Cai, Y., Han, Z., Cheng, H., Li, H., Wang, K., Chen, J., et al. (2024). The impact of ageing mechanisms on musculoskeletal system diseases in the elderly. *Frontiers in Immunology*, 15. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.140562>
- Cardoso, A. & Brito, A. (2024). Epistemologia em enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 27-35). Lisboa: Lidel
- Carta de Ottawa (1986) 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Célia Belim. (2023). A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Literacia Em Saúde- 1ª Edição*
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M.-A. (2010). A delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2320–2330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05367.x>
- Charepe, Z. (2024). Modelos e teorias de enfermagem do século XXI. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 69-78). Lisboa: Lidel

Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Baixinho, C. L., Castro, J. & Sousa, L. (2021). A pessoa com Doença Músculo Esquelética. In: C., Marques-Vieira, Sousa, L. & C. L., Baixinho, (Orgs). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp.761-786). Lusodidacta: Sintra

DGS (2005). Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacionaldesaude/programasnacionais/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas-pdf.aspx>

DGS (2013). Artroplastia Total da Anca. Norma nº 014/2013 de 23/09/2013

DGS (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15568/1/d189833.pdf>

Dias, M. do R. J., Alves Faria, A. da C., Ferreira, M. S. M., Faleiros, F., Novo, A., Gonçalves, M. N., Rocha, C. G. da, Teles, P. J. F. C., Ribeiro, M. P., Ventura da Silva, J. M. A., & Ribeiro, O. M. P. L. (2022). From Health Literacy to Self-Care: Contributions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7767. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137767>

Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18- 29. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2021.2030. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2023). *Plano Nacional de Literatura em Saúde e Ciências do Comportamento2023-2030: Plano Estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978- 972 675-343-8

Fernandes I., Vigia C. & Sousa L. (2020) Capacitation of the person undergoing total hip arthroplasty: a case study, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3): 194 – 209 <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i3-11>

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. da, Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V., Pinto, S. C., & Gomes, C. (2019). Active Life: projeto para

uma transição hospital-comunidade segura após artroplastia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-06157>

Ferreira, R., Pedrosa, A. R., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C. L. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Glenister, R., & Sharma, S. (2023). *Anatomy, bony pelvis and lower limb, hip*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing

Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1988). *Solutions manual: Applied statistics for the behavioral sciences*. Houghton Mifflin

Hunter, D. J., March, L., & Chew, M. (2020). Osteoarthritis in 2020 and beyond: a Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10264), 1711–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32230-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32230-3)

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Estatísticas demográficas – 2023. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646169385&DESTAQUESmodo=2

Keene Woods, N., Ali, U., Medina, M., Reyes, J., & Chesser, A. K. (2023). Health Literacy, Health Outcomes and Equity: A Trend Analysis Based on a Population Survey. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231156132>

Keeney, S., McKenna, H. & Hasson, F. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16

Lei n.º 8/2024 (2024). Procede à terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 14 de 19-01-2024), 57-75. ELI: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/01400/0005700075.pdf>

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*. 8:e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

Lobo, A. F. R., & Palma, T. M. R. da. (2024). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 5156–5170. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>

Loureiro, M., Duarte, J., Mendes, E., Oliveira, I., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2024). Identifying Elements for a Cardiac Rehabilitation Program for Caregivers: An International Delphi Consensus. *Healthcare*, 12(20), 2049. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202049>

Lourenço M., Faria A., Ribeiro R. & Ribeiro O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In: Nené, M., & Sequeira, C. (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 281- 328). Lisboa: Lidel

Majid, N., Lee, S., & Plummer, V. (2015). The effectiveness of orthopedic patient education in improving patient outcomes: a systematic review protocol. *JB1 database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 122–133. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1950>

Marilane de Araujo Moura, & Ana Paula Custódio. (2020, November 11). NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS SUBMITTED TO TOTAL HIP ARTHROPLASTY. *Revista JRG de Estudos Académicos, Volume III, III*. <https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.4281529>

Martino, A. D., Keating, C., Butsick, M. J., Platano, D., Berti, L., Hunter, L. N., et al. (2024). Enhancing recovery: surgical techniques and rehabilitation strategies after direct anterior hip arthroplasty. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10195-024-00786-y>

Martins, A. F. M., Batista, F. I. O., Silva, C., Pino, H. N. & Nunes, I. (2022). Self-care Promotion in the Person Undergoing Hip Arthroplasty: Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care. *Lecture Notes in Bioengineering*, 171–181. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_16

Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 10–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Medeiros, A. S. de, Silva, A. C. M. da, Lima, C. A. de, Silva, L. L. da, Bispo, V. S., Oliveira, F. É. S. de, & Pereira, P. da S. (2024). Abordagem fisioterapêutica no pós-operatório de artroplastia de quadril em adultos. *Research, Society and Development*, 13(10), e77131047141. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i10.47141>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Moura, M., & Custódio Ana Paula. (2020, November 1). Nursing assistance to patients submitted to total hip arthroplasty. *Revista JRC de Estudos Académicos, III*, 622–635

Nicolau, C., Ciríaco, M., Ferreira, B., Ferreira, R., Baixinho, C. & Sousa L. (2022a). Preparing the Return Home of a Person After a Hip Arthroplasty - Capacitation for a Safe Transition. *Lecture Notes in Bioengineering*, 108–120. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_11

Nicolau, C., Mendes, L., Ciríaco, M., Ferreira, B., Baixinho, C. L., Fonseca, C., et al. (2022b). Educational Intervention in Rehabilitation to Improve Functional Capacity after Hip Arthroplasty: A Scoping Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 656. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Acedido a 23/12/2024 18:23. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Questionário global de atividade física (GPAQ)*. Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis. Disponível em: www.who.int/ncds/surveillance/steps

Paiva, A. (2024). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. In Marques, Nené, & Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 11-20). Lisboa: Lidel

Palma, M., Teixeira, H., Dias, P., Messias, P., Bule, M. J., Ferreira, R., & Vieira, J. V. (2022). *Prevention of Falls in the Elderly and in People with Mobility Changes* (pp. 341–354). https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_32

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Paniagua, D. V., Ribeiro, M. P. H., Correia, A. M., Cunha, C. R. F. e, Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 5), 2264–2271. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>

Pato, D. (2012). *Luxação de próteses totais da anca: causas e tratamento* (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório Científico da Universidade de Coimbra em: <https://hdl.handle.net/10316/43320>

Peixoto, G. M., Silveira, C. O., Ribeiro, V., Carvalho, I. P., & Alves, D. O. (2024). Principais complicações da artroplastia total de quadril: Uma revisão sistemática. *Lumen et Virtus*, 15(39), 3093–3105. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/levv15n39-115>

Pereira, I., Ferreira, R., Goes, M. M., Mestre, T., Oliveira, H. & Vieira, J. (2021). Gains from Nursing Care in Mobilizing the Elderly Person After Hip Arthroplasty. *Lecture Notes in Bioengineering*, 262–276. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_25

Pizetta, L. T., Silveira, G. A., Nava, J. S., Araújo, B.M.S., Monges, A. E. A., Ferrari, T. B. et al. (2024). *Avanços na compreensão e tratamento da osteoartrose: uma revisão abrangente*. 1(3), 711–721. Disponível em: <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.152>

Ramos, A., Judas, F., Fonseca, F., & Simões, J. (2019). *Artroplastia Total da Anca. Aspetos biomecânicos, biológicos e clínicos*. In: B4T - Blue for technology (Ed).; 1st ed., Vol. I. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. Aveiro.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2023). *Transitions in care and services*. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person-and Family-Centred Care*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 119, II Série (pp. 16655-16660)

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série - N.º 85

Reis, G. & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 57-65). Reimpressão 1ª Edição. Lusodidacta

Reis, G., Bule M. J., Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. In M., Nené, & C., Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 154-163). Lidel.

Rocha, P., Baixinho, C. L., Marques, A., & Henriques, M. A. (2023). Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: A systematic review. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 52, 101063. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101063>

RPA. (2023). *Página inicial*. <http://www.rpa.spot.pt/>

Santos, S. (2024). Os cuidados na comunidade: uma leitura sobre o seu papel, modos e organização. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 244-252). Lisboa: Lidel.

Saraiva, P. C., Anunciação, S. M., Pontinha, C. M., Neves, I. M., Batista, A R., & Monteiro, G. I. (2020). Ganhos em independência funcional como promotor da qualidade de vida. *Millenium*, (2ed espec nº5), 225-231. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.24.00297>

Shuai, L., Huiwen, W., Shihao, D., Fangyuan, W., Juehua, J., & Jun, L. (2023). A comparison of different surgical approaches to hemiarthroplasty for the femoral neck fractures: A meta-analysis. *Frontiers in Surgery*, 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.1049534>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., et al. (2019). *Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação*. Revista Investigação em Enfermagem, 35–44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>

Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, M. T. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica* (DGS). <http://hdl.handle.net/10400.21/683>

Sousa L. & Carvalho, M., (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de Internamento em Ortopedia. In. Marques-Vieira C., & Sousa, L., (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 405-420). Lusodidacta

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, M. S., Casaca-Carreira, J., & Sérgio, J. S. (2021, março). Relação entre o plano de reabilitação na prótese total da anca (PTA) e a abordagem cirúrgica: aplicação do Método de Delphi. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 13, (pp. 18–26). <https://www.researchgate.net/publication/351229859>

Sun, J., Xu, Y., Zhu, J., Zhu, B., & Gao, W. (2024). Efficacy and safety of continuous nursing in improving

functional recovery after total hip or knee arthroplasty in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.013>

Teixeira, H., Palma, M., Messias, P., Dias, P., Fonseca, C., Fernandes, M., de Sousa, L., & Ferreira, R. (2022). *Contributions to Rehabilitation Nursing Care for the Elderly with Hip Fracture* (pp. 296–306). https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_28

TW, Gill, M., Mcdonald, DA, G Middleton, R., Reed, M., Sahota, O., Ljungqvist, O. (2019). Declaração de consenso para cuidados perioperatórios em cirurgia de substituição total de quadril e joelho: recomendações da Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society. *Acta Orthopaedica*, 91 (1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

Varacallo, M., Luo, T. D., & Johanson, N. A. (2023). *Total Hip Arthroplasty (THA) Techniques*. PubMed; StatPearls Publishing. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507864/>

Vieira, A. (2019). *Envelhecimento e Bioética*. *Gazeta Médica*, 6(3). <https://doi.org/10.29315/gm.v6i3.278>

Vilela, C., Lima, A. & Martins, M. M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada*. (pp. 157-164). Lisboa: Lidel.

Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., et al. (2019). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: recommendations. *Acta Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations*. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

Zhan, L., He, Y., Liu, Q., Pei, M., Yu, L., & Liu, X. (2022). Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. *Nursing Communications*, 6(0), e2022016. <https://doi.org/10.53388/IN2022016>

Zhang, C., & Xiao, J. (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of International Medical Research*, 48(1). <https://doi.org/10.1177/0300060519889718>

Zhou, X., & Wei, T. (2024). Application of multi-disciplinary team nursing model enhances recovery

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

after surgery for total hip arthroplasty and total knee arthroplasty. *American Journal of Translational Research*, 16(8), 3938–3949. Disponível em: <https://doi.org/10.62347/bhgs1734>

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO 1 (Q1)

ITEM	1	2	3	4
17- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA				
Conscientização e controlo da respiração				
Respiração abdomino-diafragmática				
Reeducação costal				
Tosse dirigida e assistida				
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA				
18- Posicionamentos no leito				
Decúbito dorsal com pernas afastadas				
Decúbito lateral para o lado não operado				
Decúbito semi-dorsal para o lado operado				
19- Exercícios no leito				
Contrações isométricas dos abdominais				
Contrações isométricas dos glúteos				
Contrações isométricas do quadríceps				
20- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.)				
Elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores)				
4a- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.)				
Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho				
Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo				
Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica				
Extensão/flexão dos dedos dos pés				
21- Levantar da cama				
Sair pelo lado operado				
Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco de 90º				
Manter o membro operado em extensão				
Fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão				
Arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada				
22- Deitar na cama				
De costas para a cama, encosta as nádegas e com o apoio dos braços faz força com o membro não operado e senta-se na cama				
Com o tronco inclinado para trás e com o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama				
Roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão				
23- Sentar na cadeira				
De preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços				
Colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteica a tocar na cadeira				
Com o membro operado em extensão, coloca as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se				
Para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento				
Depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo				
24- Levantar da cadeira				
Chegar o corpo para a beira da cadeira				
Colocar o membro operado em extensão				
Fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se				
25- Uso de chuveiro/banheira				
Se possível, usar chuveiro em vez de banheira				
Usar barras de apoio				
Tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira (banheira)				
Entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro				

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

operado em extensão				
Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado				
26- Uso do sanitário				
Utilizar alteador de sanita e barras de apoio				
Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar				
Apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar				
Para se levantar, proceder de forma inversa				
27- Treino de marcha com andarilho ou canadianas				
Primeiro avança o andarilho ou as canadianas				
Avançar o membro operado até ao nível do andarilho ou auxiliar de marcha				
Avançar o membro não operado				
Para mudar de direção, virar para o lado não operado				
28- Subir escadas				
Subir com o membro não operado em primeiro lugar				
Subir com o membro operado				
Subir o auxiliar de marcha				
29- Descer escadas				
Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar				
Descer o membro operado				
Descer com o membro não				
30- Entrar no carro				
Posicionar-se de costas para o banco do carro				
Apoiar os membros superiores no banco e sentar mantendo o membro operado em extensão				
Depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro com a ajuda das mãos ou de outra pessoa				
31- Sair do carro				
Rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro				
Apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco				
Apoiar-se no auxiliar de marcha				
32- Prevenção da luxação da prótese				
Manter as pernas afastadas				
Não fletir a anca operada mais de 90º				
Não cruzar as pernas				
As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita)				
Não realizar rotação externa				
Não realizar decúbito lateral para o lado operado				

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO 2 (Q2)

ITEM	1	2	3	4
1- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA				
Conscientização e controlo da respiração				
Respiração abdomino-diafragmática				
Reeducação costal				
Tosse dirigida e assistida				
Utilização de bastão				
Técnica de expiração forçada (TEF)				
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA				
2- Posicionamentos no leito				
Decúbito dorsal com pernas afastadas				
Decúbito lateral para o lado não operado				
Decúbito semi-dorsal para o lado operado				
3- Exercícios no leito				
Contrações isométricas dos abdominais				
Contrações isométricas dos glúteos				
Contrações isométricas do quadríceps				
4- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.)				
Elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores)				
4a- Mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.)				
Extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho				
Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo				
Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica				
Extensão/flexão dos dedos dos pés				
5- Levantar da cama				
Sair pelo lado operado				
Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco de 90º				
Manter o membro operado em extensão				
Fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão				
Arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada				
6- Deitar na cama				
De costas para a cama, encosta as nádegas e com o apoio dos braços faz força com o membro não operado e senta-se na cama				
Com o tronco inclinado para trás e com o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama				
Roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão				
7- Sentar na cadeira				
De preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços				
Colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteica a tocar na cadeira				
Com o membro operado em extensão, coloca as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se				
Para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento				
Depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo				
8- Levantar da cadeira				
Chegar o corpo para a beira da cadeira				
Colocar o membro operado em extensão				
Fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se				

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

9- Uso de chuveiro/banheira				
Se possível, usar chuveiro em vez de banheira				
Usar barras de apoio				
Tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira (banheira)				
Entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão				
Sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado				
10- Uso do sanitário				
Utilizar alteador de sanita e barras de apoio				
Colocar o membro operado em extensão antes de se sentar				
Apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar				
Para se levantar, proceder de forma inversa				
11- Treino de marcha com andarilho ou canadianas				
Primeiro avança o andarilho ou as canadianas				
Avançar o membro operado até ao nível do andarilho ou auxiliar de marcha				
Avançar o membro não operado				
Para mudar de direção, virar para o lado não operado				
12- Subir escadas				
Subir com o membro não operado em primeiro lugar				
Subir com o membro operado				
Subir o auxiliar de marcha				
13- Descer escadas				
Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar				
Descer o membro operado				
Descer com o membro são				
14- Entrar no carro				
Posicionar-se de costas para o banco do carro				
Apoiar os membros superiores no banco e sentar mantendo o membro operado em extensão				
Depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro com a ajuda das mãos ou de outra pessoa				
15- Sair do carro				
Rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro				
Apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco				
Apoiar-se no auxiliar de marcha				
16- Prevenção da luxação da prótese				
Manter as pernas afastadas				
Não fletir a anca operada mais de 90º				
Não cruzar as pernas				
As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita)				
Não realizar rotação externa				
Não realizar decúbito lateral para o lado operado				

ANEXOS

ANEXO I - LISTA PARA VERIFICAÇÃO DA APRENDIZAGEM RELACIONADA COM OS ASPETOS IMPORTANTES NA CIRURGIA DEARTROPLASTIA DA ANCA

Tema		Data/avaliação			Obs.
Reeducação Funcional Respiratória	1	conscientização e controlo da respiração			
		respiração abdomino-diafragmática			
		reeducação costal			
		tosse dirigida e assistida			
Reeducação Funcional Motora	2	<u>Posicionamentos no leito:</u> ▪ Decúbito dorsal com pernas afastadas ▪ Decúbito lateral para o lado não operado ▪ Decúbito semi-dorsal para o lado operado			
		<u>Exercícios no leito:</u> ▪ contrações isométricas dos abdominais ▪ contrações isométricas dos glúteos ▪ contrações isométricas do quadríceps			
	4	▪ mobilizações ativas/assistidas/resistidas dos membros sãos (pré e pós-op.) ▪ elevação da bacia (com membro operado em extensão, com membro não operado em flexão e com ajuda dos membros superiores) ▪ mobilizações ativas/assistidas/resistidas do membro operado (pós-op.): ▪ extensão/flexão até 90º da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho ▪ abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo ▪ dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica ▪ extensão/flexão dos dedos dos pés			
	5	<u>Levantar da cama:</u> ▪ sair pelo lado operado ▪ sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco mais de 90º ▪ manter o membro operado em extensão ▪ fletir o membro não operado e rodar até tocar no chão ▪ arrastar as nádegas para a frente e ficar de pé apoiando-se sobre a perna não operada			

“Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a Artroplastia da Anca”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

	6	<u>Deitar na cama:</u> ▪ de costas para a cama, encosta as nádegas e com o apoio dos braços, faz força com o membro não operado e senta-se na cama ▪ com o tronco inclinado para trás e com o apoio dos braços e membro não operado, chegar para dentro da cama ▪ roda a bacia e as pernas para o centro da cama, mantendo a perna operada em extensão				
Reeducação Funcional Motora	7	<u>Sentar na cadeira:</u> ▪ de preferência usar cadeira de assento alto e com apoio de braços ▪ colocar-se de costas para a cadeira, com a região poplíteia a tocar na cadeira ▪ com o membro operado em extensão, coloca as mãos nos braços da cadeira e com o apoio do membro não operado, senta-se ▪ para utilizar cadeira sem apoio de braços, deve sentar-se de lado na cadeira, de modo a apoiar um braço no encosto da cadeira e o outro braço no assento ▪ depois de se sentar em segurança, girar o corpo, segurando com as mãos no membro operado e acompanhando o movimento do corpo				
	8	<u>Levantar da cadeira:</u> ▪ chegar o corpo para a beira da cadeira ▪ colocar o membro operado em extensão ▪ fazer força no membro não operado e nos braços e levantar-se				
	9	<u>Uso de chuveiro/banheira:</u> ▪ se possível, usar chuveiro em vez de banheira ▪ usar barras de apoio ▪ tomar banho sentado, em banco adequado ou tábua de banheira (banheira) ▪ entrar no chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro não operado em primeiro lugar e depois o membro operado em extensão ▪ sair do chuveiro/banheira em primeiro lugar com membro operado em extensão e depois o membro não operado				
	10	<u>Uso do sanitário:</u> ▪ utilizar alteador de sanita e barras de apoio ▪ colocar o membro operado em extensão antes de se sentar ▪ apoiar os membros superiores nas barras laterais e baixar-se lentamente até se sentar ▪ para se levantar, proceder de forma inversa				
	11	<u>Treino de marcha com andariço ou canadianas:</u> ▪ primeiro avança o andariço ou as canadianas				
Reeducação Funcional Motora		▪ avançar o membro operado até ao nível do andariço ou auxiliar de marcha ▪ avançar o membro não operado ▪ para mudar de direção, virar para o lado não operado				
	12	<u>Subir escadas:</u> ▪ subir com o membro não operado em primeiro lugar ▪ subir com o membro operado ▪ subir o auxiliar de marcha				
	13	<u>Descer escadas:</u> ▪ descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar ▪ descer o membro operado ▪ descer com o membro não				
	14	<u>Entrar no carro:</u> ▪ posicionar-se de costas para o banco do carro ▪ apoiar os membros superiores no banco e sentar mantendo o membro operado em extensão ▪ depois de sentado, rodar o tronco colocando o membro operado para dentro do carro com a ajuda das mãos ou de outra pessoa				
	15	<u>Sair do carro:</u> ▪ rodar o tronco levando o membro operado para fora do carro ▪ apoiar os membros superiores no banco e levantar o tronco ▪ apoiar-se no auxiliar de marcha				
	16	<u>Prevenção da luxação da prótese:</u> ▪ manter as pernas afastadas ▪ não fletir a anca operada mais de 90º ▪ não cruzar as pernas ▪ as cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (elevador de sanita) ▪ não realizar rotação externa ▪ não realizar decúbito lateral para o lado operado.				

Anexo II - REFERÊNCIA PCE45_2024



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE45_2024

Assunto: Emissão de Parecer para Dissertação “Validação de uma intervenção educacional no pós-operatório de pessoa submetida a artroplastia da anca”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, para o Estudo, utilizando a Grelha de Verificação de Intervenção Educacional no Pós Operatório (Nicolau et al., 2022), é concordante ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 17 de dezembro de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be "M. J. Santos".

Professora Adjunta Maria João Santos