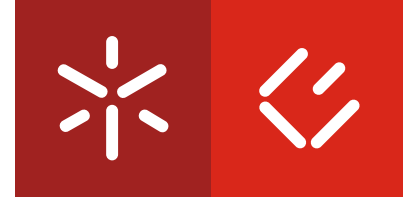




A Intervenção da Equipa de Enfermagem de Reabilitação nos
Utentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho/Anca

Julho de 2021

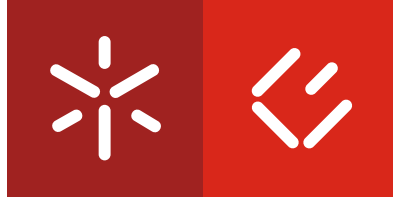


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Sara Raquel Magalhães Pereira

**A Intervenção da Equipa de Enfermagem
de Reabilitação nos Utentes Submetidos
a Artroplastia Total do Joelho/Anca**

Julho de 2021



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Sara Raquel Magalhães Pereira

**A Intervenção da Equipa de Enfermagem
de Reabilitação nos Utentes Submetidos
a Artroplastia Total do Joelho/Anca**

Projeto de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho de Mestrado realizado sob orientação do
Professor Doutor José António Crispim
e da
**Professora Doutora Nazaré da Glória Gonçalves
do Rego**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa pessoal e profissional findada com o culminar deste projeto. Gostaria de deixar os mais sinceros agradecimentos a todos os que de uma forma direta e indireta me apoiaram ao longo deste árduo ano.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar, à minha família e amigos pois sem o apoio deles nada teria sido possível. Um obrigado pelo apoio constante, por terem acreditado em mim e pela força transmitida nos momentos mais difíceis. São, sem dúvida, o meu porto seguro.

Um agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor António Crispim, pelo empenho, dedicação e motivação transmitida ao longo deste desafio. Um didata e investigador imensurável que transmite segurança e confiança no decorrer da elaboração do projeto.

À minha coorientadora, Professora Doutora Nazaré da Glória Gonçalves do Rego, por ter sido a todos os níveis um exemplo incomparável. Empenhada e preocupada no decorrer desta jornada, motivando-me para que conseguisse levar os meus objetivos avante.

Gostaria também de deixar um agradecimento especial a todos os utentes internados no serviço de ortopedia do CHTS que colaboraram no estudo pois sem eles a realização do mesmo não seria levada a bom porto.

RESUMO

O presente trabalho encontra-se subordinado ao tema: A Intervenção da Equipa de Enfermagem de Reabilitação nos Utentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho/Anca.

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), através da análise de dados disponíveis em documentos cedidos pela Direção de Sistemas Informáticos (DSI) do Hospital. O programa de Enfermagem de Reabilitação tem início no serviço em Janeiro de 2014 pelo que, se realizará um estudo comparativo entre 2010-2013 e 2015-2019.

Como é de conhecimento público, o CHTS dá resposta a uma densidade populacional extensa e envelhecida, o que leva a que esteja sujeito a diversos desafios no que respeita à forma de gerir as extensas listas de espera.

O serviço de Ortopedia não é exceção e surge assim, a necessidade da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação no serviço, que desse resposta a uma maior rotatividade cirúrgica sem descartar a prestação de cuidados de qualidade.

Surge pela carência de respostas aos utentes com problemas do foro osteoarticular, nomeadamente com gonartrose e coxartrose, de modo a que estes tivessem um acompanhamento mais especializado levando a uma recuperação precoce, eficaz e com elevada taxa de sucesso. O foco da equipa de enfermagem de reabilitação será a recuperação do utente, bem como a preparação do seu regresso ao domicílio com todos os envolventes que este tipo de cirurgias preconiza.

Este estudo visa demonstrar a importância de uma Equipa de Enfermagem de Reabilitação (EER) no serviço de Ortopedia do CHTS, que presta cuidados especializados aos utentes do foro ortopédico, mais concretamente aos utentes submetidos a Artroplastia Total do Joelho (ATJ) e Artroplastia Total da Anca (ATA), seguindo os passos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação proposto para estes utentes. Pretende-se ainda evidenciar as lacunas de um sistema de informação que impedem uma gestão adequada do Programa de Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave:

Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Especialização; Listas de Espera; Ortopedia;

ABSTRACT

This study is conducted under the theme: The Intervention of the Rehabilitation Nursing Team in patients undergoing Total Knee/hip Arthroplasty.

The study was developed at the Orthopedics service of the Tâmega e Sousa Hospital Center (CHTS) through the analysis of data available in documents provided by the Computing Systems Directorate (DSI) of the Hospital. The Rehabilitation Nursing program began in January 2014 and, therefore, a comparative study between 2010-2013 and 2015-2019 will be conducted.

The CHTS responds to an extensive and aging population density, which leads it to be subject to several challenges regarding how to manage the extensive waiting lists.

The Orthopedics service is no exception and thus the need arises to implement a rehabilitation nursing program in the service, which would respond to a greater surgical turnover without neglecting the provision of quality care.

It arose due to the lack of responses to patients with osteoarticular problems, namely gonarthrosis and coxarthrosis, so that they could have a more specialized follow-up leading to an early and effective recovery with a high success rate. The focus of the rehabilitation nursing team will be the recovery of the patient, as well as the preparation for his or her return home, with all the surroundings that this type of surgery requires.

This study aims to demonstrate the importance of a Rehabilitation Nursing Team (RNT) in the Orthopedics Department of the CHTS, which provides specialized care to orthopedic patients, more specifically to patients undergoing Total Knee Arthroplasty (TKA) and Total Hip Arthroplasty (THA), following the steps of a Rehabilitation Nursing Program proposed for these patients. It also aims to highlight the gaps in an information system that prevent an adequate management of the Rehabilitation Nursing Program.

KeyWords:

Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Specialization; Waiting Lists; Orthopedics;

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Tabelas	ix
Índice de Gráficos	x
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
Capítulo 1 – Introdução	13
1.1. Caracterização do Serviço de Ortopedia do CHTS	17
1.2. Contextualização – Contributos para a Gestão	18
Capítulo 2 – Enquadramento Teórico	21
2.1. A Arte de Reabilitar	22
2.1.1. Programa de Enfermagem de Reabilitação nos Utentes Submetidos a ATA e ATJ eletiva	24
2.1.2 Reabilitação pré – operatória	27
2.1.3. Reabilitação pós – operatória	31
2.1.4.Listas de espera.....	32
2.1.5. Percurso do Utente para Cirurgia	37
2.1.6. Série Temporal	38
2.2. Programa de Enfermagem de Reabilitação – Análise SWOT	44
Capítulo 3 – Metodologia	42
3.1. Abordagem Metodológica	46
3.2. Tratamento de Dados.....	47
Capítulo 4 - Análise dos Resultados.....	53
4.1. Caraterização da População	54
4.2. Discussão dos Resultados	68
4.3. Custos Associados aos Utentes Ortopédicos	75
4.4. Questões de Investigação.....	76

4.5. Fatores que podem afetar as variáveis em estudo.....	79
4.6. Propostas de Melhoria a Implementar no Serviço	81
Capítulo 5 – Conclusão	82
5.1. Limitações ao Estudo	85
5.2. Recomendações	87
Capítulo 6 - Referências Bibliográficas.....	88
Anexos	94

Índice de Figuras

Figura 1 – A Arte de Reabilitar no Serviço de Ortopedia do CHTS	24
Figura 2 - Prótese Total do Joelho	29
Figura 3 – Prótese Total da Anca	29
Figura 4 – Percurso para cirurgia	33
Figura 5 – Evolução Cronológica dos Programas existentes em Portugal criados para combater as Listas de Espera	34
Figura 6 – Percurso do Utente	37
Figura 7 – Forças e Fraquezas da Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no serviço.....	40
Figura 8 – Oportunidades e Ameaças da Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no serviço	41
Figura 9 – Percurso Cronológico do Programa de Enfermagem de Reabilitação	45
Figura 10 – Fatores que afetam as variáveis em estudo	79

Índice de Tabelas

Tabela 1: Vantagens para o Utente <i>versus</i> Vantagens para o Hospital da Implementação do Programa de Enfermagem de Reabilitação	19
Tabela 2: As várias etapas do Programa de Enfermagem de Reabilitação	25
Tabela 3: Critérios de inclusão e exclusão dos utentes em estudo	48
Tabela 4: Variáveis que influenciam o estudo.....	51
Tabela 5: Idade mínima e máxima dos utentes submetidos ATJ/ATA nos períodos em estudo.....	56
Tabela 6: Representatividade numérica dos utentes que padecem de resposta cirúrgica do Serviço de Ortopedia do CHTS.....	67
Tabela 7: Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis por Patologia.....	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Média de Idades dos Utentes Internados	55
Gráfico 2: Representatividade de Género 2010-2013/ 2015-2019.....	56
Gráfico 3: Representatividade Cirúrgica em função do diagnóstico nos diferentes anos	57
Gráfico 4: Percentagem de utentes submetidos a ATA e ATJ nos diferentes anos	58
Gráfico 5: Variação do número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses nos anos 2010-2013.....	58
Gráfico 6: Variação do número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses nos anos 2015-2019	60
Gráfico 7: Destino após Alta Clínica no período 2010-2013	62
Gráfico 8: Destino após Alta Clínica no período 2015-2019	62
Gráfico 9: Média de Dias de Internamento.....	64
Gráfico 10: Comparação do número total de utentes inscritos em Ortopedia, inscritos para ATA/ATJ e Cirurgias Realizadas nos diferentes anos.....	66

Anexos

Anexo I – Panfleto PTA	95
Anexo II – Panfleto PTJ	97
Anexo III – Guia de Consulta Pré-Operatória – ATA	99
Anexo IV – Guia de Consulta Pré-Operatória – ATJ	102
Anexo V – Autorização da Comissão de Ética do CHTS.....	105
Anexo VI – Escala de coma de Glasgow	106
Anexo VII – Grelha de Registo dos Utentes Submetidos a ATJ/ATA.....	107
Anexo VIII – Protocolos Cirúrgicos instituídos no serviço para ATJ/ATA.....	110
Anexo IX – Índice de Barthel	116

Lista de Abreviaturas e Siglas

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVD – Atividades de Vida Diária

CHTS – Centro Hospital do Tâmega e Sousa

DSI – Direção Sistemas Informáticos

ECG – Escala Coma de Glasgow

EEER – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional Estatística

LIC – Listas de Inscritos para Cirurgia

OE – Ordem dos Enfermeiros

PTJ – Prótese Total do Joelho

PTA – Prótese Total da Anca

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados continuados Integrados

SAM – Sistema Apoio Médico

SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SI- Sistemas de Informação

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

UCC – Unidade Cuidados Continuados

Sinais Convencionais

≈ Aproximadamente

% Percentagem

≤ Menor ou Igual

Capítulo 1 - Introdução

1. Introdução

A crescente instabilidade sócio económica em que se vive, aliada à procura de políticas de gestão em saúde que visem a prestação de cuidados seguros, de qualidade, acessíveis e simultaneamente económicos é um dos grandes desafios da atualidade.

A qualidade é vital para a garantia da satisfação das necessidades dos utentes, e numa época em que o investimento na área da saúde foi grande, e que se visa o corte nas despesas e a prestação de cuidados ao menor custo, é imperioso que se aposte na inovação e na implementação de programas de proximidade, que facilitem a recuperação dos utentes, atenuem a incidência de complicações e diminuam os tempos de internamento.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019) tem-se verificado um crescente aumento no número de pessoas idosas (65 ou mais anos), associado ao aumento da longevidade e à baixa natalidade, traduzindo-se numa percentagem de idosos (22,1%) significativamente superior à de jovens (13,6%). Tendo por base o Plano Nacional de Saúde em vigor, pretende-se uma prestação de cuidados aos cidadãos, inclusiva, assente na equidade de acesso, na qualidade e em políticas saudáveis, com cuidados centrados e adequados às pessoas. (DGS, 2015)

Com a existência de uma população cada vez mais envelhecida, são mais aqueles que sofrem de disfunções articulares, uma vez que a osteoartrose tem uma elevada prevalência entre os idosos. As causas de morte em Portugal por doenças do sistema osteoarticular/tecido conjuntivo entre 2013-2018 (últimos dados conhecidos) aumentaram gradualmente, sendo mais predominantes no género feminino (INE, 2019). Importa, portanto destacar que a coxartrose e a gonartrose são das causas mais frequentes de incapacidade física, o que resulta numa maior procura para a realização, respetivamente, da Artroplastia Total da Anca (ATA) e da Artroplastia Total do Joelho (ATJ), uma vez que são as opções cirúrgicas com maior taxa de sucesso na resolução deste tipo de patologia. É de destacar que a elevada taxa de sucesso se deve não só às características do utente e às inovações nas técnicas cirúrgicas mas, fundamentalmente, à reabilitação instituída pelos enfermeiros. Os especialistas em enfermagem de reabilitação cada vez mais assumem uma posição de relevo e excelência na equipa interdisciplinar, sendo a sua prática fundamentada na evidência científica e na proximidade do contexto clínico, integrando e envolvendo não só o utente, como o membro da família cuidador, numa prestação de cuidados segura, de qualidade e com obtenção de ganhos em saúde.

Neste contexto, surge a presente investigação, desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho e aplicada no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (CHTS), nomeadamente com recurso a dados disponíveis em Documentos Internos, cedidos pela Direção de Sistemas Informáticos (DSI) do Hospital. Este estudo visa demonstrar a importância da permanência de uma equipa de enfermagem de reabilitação no serviço de Ortopedia do CHTS e o seu consequente impacto na redução do número de dias de internamento de cada utente. Para tal, será efetuada uma análise comparativa dos dados existentes prévios à implementação de um programa de enfermagem de reabilitação, com os dados obtidos, pós implementação do referido programa de enfermagem de reabilitação.

O programa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem início no serviço de Ortopedia em Janeiro de 2014 e visa trabalhar em prol do utente de modo a que haja redução do número de dias de internamento de cada utente com consequente maior agilidade na rotatividade cirúrgica após a sua implementação. Iremos comparar os dados existentes no período de 2010 – 2013 e 2015 – 2019 sendo que o ano de 2014 é considerado o ano zero, sem levantamento de dados estatísticos.

O foco da equipa de enfermagem de reabilitação está centrado na recuperação do utente bem como, na preparação do seu regresso ao domicílio com todos os envolventes que este tipo de cirurgias preconiza. Surge assim, uma efetiva necessidade de implementação deste programa para que se prestem cuidados especializados a estes utentes 12h/dia, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), de modo a acompanhá-los de uma forma particularizada e assim garantir o sucesso cirúrgico com uma alta clínica mais precoce. Conforme defendem diversos autores que serão citados ao longo deste documento, este programa de enfermagem de reabilitação inicia-se no pré – operatório, com uma consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação onde existe um primeiro contacto com os utentes propostos para cirurgia e onde o utente e prestador de cuidados são ensinados, instruídos e treinados para o seu processo de recuperação pós-operatório.

Este tema e a exploração do mesmo emerge pela necessidade de demonstrar que a equipa de enfermagem de reabilitação tem influência na alta clínica do nosso utente, com um internamento menos duradouro, conseguindo assim o serviço de ortopedia dar resposta a um maior número de utentes que dele necessitam.

Este estudo assenta numa abordagem paradigmática do tipo positivista tendo por base um método quantitativo com avaliação anterior e posterior à intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação, o que nos traduz dados mais objetivos, centrados em medir os fenómenos em causa.

Como tal, e decorrente da revisão bibliográfica, da discussão com peritos e da experiência profissional emergiram as seguintes questões às quais procuramos dar resposta:

- Existem ganhos para o serviço/hospital com a implementação de uma equipa de reabilitação e consequente implementação de um programa de reabilitação?
- Existe uma redução efetiva no número de dias de internamento dos utentes com este tipo de patologia?

Pelo exposto, este projeto tem como objetivo principal:

- Análise e Descrição da informação disponível sobre as a ATJ e ATA realizadas no intervalo entre 2010-2013 e 2015-2019, com o propósito de melhorar a informação existente no sistema de informação do hospital.

Tem ainda como objetivos específicos:

- Análise da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação no serviço de ortopedia do CHTS, realizados a utentes submetidos a ATA e ATJ eletiva;
- Indicar a necessidade da permanência de uma equipa de reabilitação, que presta cuidados especializados, 12h por dia no serviço de Ortopedia do CHTS.
- Demonstrar a diminuição do número de dias de internamento.

Tendo por base estas premissas efetuou-se pesquisa bibliográfica com o interesse de determinar o estado da arte, recorrendo para o efeito a artigos de investigação científica, livros, teses de mestrado e doutoramento, obtidos através de bases de dados e motores de busca. Foi dada preferência à literatura dos últimos cinco anos, contudo foram também tidos em consideração estudos anteriores sempre que se considerou relevante a informação para a discussão do presente estudo.

A técnica de colheita de dados adotada na elaboração deste estudo baseou-se na consulta e análise pormenorizada dos dados estatísticos fornecidos pela direção de sistemas informáticos, tendo sido recolhidos dados referentes ao período de 2010 - 2013 e 2015 – 2019.

O presente documento encontra-se organizado em seis partes distintas.

No primeiro capítulo, é feita uma introdução ao projeto, onde há a descrição do tema em causa, as motivações para a sua realização, os objetivos do estudo e a metodologia a que se recorreu para o desenvolvimento do trabalho. Será ainda feita uma caracterização do serviço para que haja um

enquadramento do modo de funcionamento, bem como uma contextualização do programa e respetivos contributos para a gestão. No segundo capítulo, será feito um enquadramento teórico onde serão apresentados alguns estudos relacionados com o tema abordado, de forma a destacar o estudo em causa. O terceiro capítulo contempla o desenvolvimento do projeto. É feita uma descrição detalhada da metodologia de trabalho utilizada no projeto. No quarto capítulo, há uma análise dos dados colhidos no pré e pós implementação do programa de enfermagem de reabilitação, discutem-se os resultados das análises efetuadas e apresentam-se algumas sugestões de melhoria. No quinto capítulo, nomeiam-se as principais conclusões que serão de extrema importância para réplicas de programas de enfermagem de reabilitação noutros serviços do CHTS e até em outros hospitais. Expõe-se ainda nesta fase as principais limitações ao estudo. Por último, temos as referências bibliográficas seguido dos anexos existentes que suplementam o projeto.

1.1. Caracterização do Serviço de Ortopedia do CHTS

O CHTS é uma das maiores unidades hospitalares do país, composta pelo Hospital Padre Américo em Penafiel e pelo Hospital S. Gonçalo em Amarante, tratando mais de 5% da população portuguesa (520.000 utentes), distribuídos por uma vasta área geográfica em 12 concelhos de 4 distritos.

É uma entidade coletiva de direito público de natureza real, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Este segue uma conduta socialmente responsável e tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sem prejuízo do direito de livre escolha dos utentes originários de outras áreas geográficas.

O serviço de Ortopedia é parte integrante do CHTS e localiza-se no piso 9 do Hospital Padre Américo em Penafiel. É constituído por dois serviços (ortopedia 1 e ortopedia 2). No serviço existem na totalidade 52 camas (26 camas existentes em cada serviço), com uma taxa de ocupação superior a 94%.

A equipa é constituída pelo diretor de serviço, 25 médicos (especialistas e internos), uma enfermeira chefe, 36 enfermeiros generalistas, 24 assistentes operacionais e dois elementos no secretariado (assistentes técnicos). Fazem parte da equipa de enfermagem do serviço ortopedia, oito enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dos quais quatro exercem funções na área da especialidade a tempo inteiro. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação exercem funções de segunda a domingo, 12 horas por dia no período diurno.

Neste serviço, os colaboradores trabalham todos em prol de um objetivo comum: combater a imobilidade, promovendo a recuperação e a autonomia do utente e permitindo assim, o retomar das AVD's mais precocemente. A sua política da qualidade assenta no cumprimento dos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade, tendo em vista a melhoria contínua e a satisfação de todos os que dele usufruem.

É um serviço que comporta utentes do foro ortopédico para cirurgia eletiva e do foro ortotraumatológico provenientes maioritariamente do Serviço de Urgência (SU).

1.2. Contextualização – Contributos para a Gestão

A equipa de Enfermagem de Reabilitação do serviço de Ortopedia do CHTS tem realizado vários estudos no âmbito dos ganhos em saúde para o utente com consequentes ganhos para o hospital após implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação. Estes estudos já foram apresentados em congressos anteriores onde demonstra ganhos efetivos para todos os cativos. No entanto, dado que os estudos existentes cingem-se num espaço temporal reduzido, onde apenas são estudados 3 anos após o início do EER no serviço, e onde apenas demonstram os ganhos existentes para o nosso utente, pretende-se agora analisar neste novo estudo as variações existentes no espaço temporal em causa com as respetivas inferências na área da gestão hospitalar.

É certo que com o trabalho diário desenvolvido em prol do nosso utente temos um internamento menos duradouro por parte do mesmo com inferidas vantagens que daí advém (tabela 1).

Como tal, este projeto visa também demonstrar à gestão hospitalar que os ganhos para o utente e para o hospitalar continuam a ser notórios sempre com a perspetiva de aperfeiçoar os cuidados prestados, o suporte fornecido ao utente no pós regresso ao seu domicílio e o manar de novos programas de melhoria contínua.

Tabela 1: Vantagens para o Utente *versus* Vantagens para o Hospital da Implementação do Programa de Enfermagem de Reabilitação

Vantagens para o Utente	Vantagens para o Serviço/Hospital
◆ Maior adesão na sua recuperação; ◆ Participação mais proactiva; ◆ Recuperação precoce; ◆ Envolvimento familiar no processo de recuperação; ◆ Menor risco de complicações pós-operatórias; ◆ Menor risco de reinfeção.	◆ Redução do tempo de internamento; ◆ Possibilidade de maior rotatividade de doentes com consequente redução da lista de espera cirúrgica; ◆ Redução do número de infeções/outras complicações; ◆ Aumento do grau de satisfação da pessoa e família/prestador de cuidados; ◆ Promoção da qualidade do serviço prestado pelos profissionais do CHTS (utente e família satisfeitos levam uma imagem positiva, quer do serviço, quer do hospital, para o exterior); ◆ Maior visibilidade do trabalho diário desenvolvido. ◆ Menor Custo Hospitalar despendido com cada utente.

Dado que a ATA e a ATJ são as cirurgias eletivas major existentes no nosso serviço, com um grande número de realizações anuais, a equipa de enfermagem de reabilitação tem vindo aprimorar os projetos existentes para estes utentes para que se possa dar uma resposta efetiva e eficaz de modo a que se encontrem satisfeitos no seu processo de recuperação.

A realização deste novo estudo surge pela necessidade de se demonstrar que a equipa de Enfermagem de Reabilitação trabalha em prol do nosso utente assentando nas duas vertentes principais: servir com qualidade, com impacto no número de dias de internamento, libertando o maior número de camas diárias para que haja uma consequente maior rotatividade cirúrgica; intervir na resposta a uma das grandes preocupações das gestão hospitalares, as extensas listas de espera cirúrgicas pois, com a desocupação do número de camas proporcionamos mais oportunidades cirúrgicas aos utentes que do nosso serviço necessitam.

Através da análise de estudos anteriores realizados no serviço, verificamos que desde a implementação do Programa de Enfermagem de Reabilitação para os utentes submetidos a ATA e ATJ eletivas, o número de dias de internamento foi diminuindo. No decorrer desse estudo pretende-se demonstrar que essa tendência é mantida.

Capítulo 2 - Enquadramento Teórico

2. Enquadramento Teórico

No enquadramento teórico pretende-se expor a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica que se julga ser relevante para a compreensão da temática em estudo. Através da análise de outros estudos iremos enquadrar esta temática no cerne da literatura.

2.1. A Arte de Reabilitar

A Arte de Reabilitar, no serviço de ortopedia do CHTS, nasce da necessidade de dar resposta aos utentes com problemas do foro osteoarticular, mais especificamente com coxartrose e gonartrose e já com comorbilidades associadas, de modo a que estes tenham uma recuperação mais eficaz e regressem ao domicílio mais preparados para enfrentar as adversidades que advêm de uma cirurgia. Para que tal fosse possível, surge então a necessidade de implementação de um programa direcionado a estes utentes.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) está direcionada para prevenir incapacidades e ainda maximizar as capacidades para o futuro (Freitas, 2017). Desta forma, as intervenções dos enfermeiros especialistas têm como objetivo promover o diagnóstico precoce, prevenir complicações, melhorar as funções, de forma a manter ou recuperar a independência nas AVD's, reduzindo o impacto das incapacidades presentes, quer sejam a nível motor, neurológico ou cardiorrespiratório (OE, 2011).

Tal como defende Zhang & Jordan (2010) o aumento da prevalência e incidência de osteoartrose com a idade deve-se essencialmente a vários fatores de risco e a mudanças biológicas que ocorrem ou se agravam com o envelhecimento. A obesidade e o excesso de peso, por exemplo, têm vindo a ser apontados como fatores de risco (Felson, Lawrence, Hochberg, McAlindon, Dieppe, Minor & Goldberg, 2000).

Assim, a população ao qual o CHTS dá resposta, é uma população maioritariamente envelhecida já com problemas osteoarticulares em estadios avançados sendo que, a necessidade da realização da cirurgia é mandatária.

Como evidenciam os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da baixa natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos.

Segundo estes mesmos dados, ao longo do período em análise, verificou-se também o envelhecimento da população em idade ativa, como evidencia a diminuição do índice de renovação da população em idade ativa.

Meier, Mizner, Marcus, Dibble, Peters, & Lastayo, 2008 defendem ainda que o aumento da longevidade da população portuguesa tenderá a aumentar o número de intervenções cirúrgicas na tentativa de diminuição da dor e consequente melhoria da qualidade de vida em pessoas com problemas osteoarticulares.

Muitos dos utentes que nos chegam ao internamento de ortopedia referem que o principal sintoma que os leva a recorrer a este tipo de cirurgia eletiva é a dor intensa que lhes diminui qualidade de vida, depositando toda a confiança na equipa de saúde e na cirurgia para voltarem a melhorar o seu dia a dia.

A ATA e a ATJ são assim, as técnicas cirúrgicas realizadas com o objetivo de diminuir a dor, corrigir deformidades e permitir uma amplitude de movimento funcional, mantendo a estabilidade e a função da articulação para as AVD's. A ATA e a ATJ têm por base um procedimento cirúrgico onde é realizada uma substituição artificial dos componentes anatómicos, constituindo um procedimento eficaz para o tratamento da dor e para correção de deformidades associadas à osteoartrose e artrite reumatoide (Júnior, Castro, Gonçalves, Rodrigues, Cunha & Lopes, 2005). A ATJ surge atualmente, segundo Ortega, Barco & Rodríguez (2002), como a cirurgia ortopédica com maior taxa de êxito e aquela que proporciona ao utente e à equipa de saúde um maior grau de satisfação.

O objetivo major da intervenção do EEER é assim melhorar e promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e deste modo, preservar a autoestima (Hesbeen, 2001). O nível elevado de conhecimentos e a experiência permitem-lhe tomar decisões quanto à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010).

Este tipo de cirurgias são cada vez mais realizadas dado o envelhecimento populacional, como tal, a implementação de um programa de reabilitação no pré e pós-operatório representa cada vez mais uma necessidade efetiva, sendo considerado fulcral para o sucesso terapêutico (Barbosa, Faria & Neto, 2005).

A existência de um programa de reabilitação onde se prestam cuidados individualizados e de excelência faz todo o sentido pois, precisamos da prestação de cuidados especializados para que possamos ter resultados de qualidade com uma consequente maior satisfação dos nossos utentes. Segundo a OE

(2010), os cuidados de enfermagem de reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Figura 1).



Figura 1 - A Arte de Reabilitar no Serviço de Ortopedia do CHTS

2.1.1. Programa de Enfermagem de Reabilitação nos Utentes Submetidos a ATJ e ATA eletiva

A implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação no serviço de Ortopedia no CHTS nasce pela necessidade de se dar uma resposta mais eficaz e um acompanhamento mais eficiente aos utentes submetidos a ATJ e ATA, onde os cuidados a estes utentes são prestados por enfermeiros especialistas na área da Reabilitação. Isto leva a uma maior satisfação do utente no que concerne à sua recuperação funcional, a uma alta clínica mais precoce, resultante numa maior rotatividade cirúrgica dado que o utente se encontra mais capaz para regressar ao domicílio e assim libertar a cama hospitalar.

Para que seja possível este tipo de acompanhamento implementa-se um programa de Reabilitação onde os enfermeiros especialistas atuam nas mais variadas fases de recuperação do utente e que é sinteticamente demonstrada através da tabela 2.

Tabela 2: As várias etapas do Programa de Enfermagem de Reabilitação

Consulta Pré – Operatória de Enfermagem	• Explicação do procedimento cirúrgico; • Explicação do programa de reabilitação que vai ser aplicado após a cirurgia: ensinar, instruir e treinar técnicas de mobilização articular; prevenção de complicações/infeções no pós – operatório e respetivos cuidados; controle da dor; estratégias para ultrapassar algumas adversidades do pós-operatório; prevenção de quedas; recursos na comunidade. • Encaminhamento médico se identificado algum problema para agilização cirúrgica; • Identificação das necessidades sociais como por exemplo averiguação de cuidador; • Alerta para a necessidade de material adaptativo (alteador de sanita, canadianas, cadeira-sanita) no domicílio; • Entrega de panfleto informativo (Anexo I e II).
1º dia pós-operatório	• Reeducação funcional respiratória; • Crioterapia (20 min de 3/3 horas); • Reeducação funcional motora (exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadricípites), isotónicos (dorsiflexão tibiotársica e flexão plantar, mobilizações ativas dos membros sãos); • mobilização ativa/assistida dos segmentos articulares do membro intervencionado; • Realização do 1º levante para cadeirão (caso hajam condições clínicas favoráveis);

2º dia pós-operatório	• Manter Crioterapia; • Manter exercícios anteriores acrescentando os de equilíbrio e os exercícios ativos de flexão / extensão sentado na beira do leito/cadeira; • Mobilização passiva e ativa - assistida (conforme tolerância); • Instruir/ treinar transferência cama/cadeira; • Instruir/treinar marcha com andarilho/canadianas (marcha a 3 pontos).
3º dia pós-operatório	• Manter Crioterapia • Mobilização ativa do membro/articulação intervencionada (conforme tolerância); • Instruir/treinar autocuidados; • Instruir/treinar marcha com canadianas; • Instruir/treinar subida e descida de degraus; • Ensino programado com o prestador de cuidados presencialmente para que este se encontre preparado para cuidar no domicílio; • Explicação sobre prevenção de complicações e respetivas vigilâncias no domicílio; • ALTA CLÍNICA.
4º dia pós-operatório	• ALTA CLÍNICA (caso utente não se encontre preparado para regresso ao domicílio no 3º dia pós-operatório). • Reforço de Treino de AVD's (técnicas de transferências, posicionamentos, cuidados de higiene, vestir/despir e calçar; como apanhar objetos do chão; treino de entrada e saída do carro; treino de marcha com canadianas; técnicas de posicionamento na atividade sexual); • Reforço e treino nos exercícios de mobilização articular ativos respeitando as amplitudes de cada articulação;

O programa de Enfermagem de Reabilitação é de extrema importância pois, conforme defendem os autores Barksdale & Backer, 2005 e Sendir, 2000, a falha no fornecimento de informação suficiente sobre processo de doença e tratamento, bem como a adaptação física, período de deambulação, possíveis fatores stressantes, causam ansiedade nos utentes submetidos a ATA e ATJ após a cirurgia. É importante que os profissionais de saúde reconheçam esses *insights*. Identificar e atender às necessidades de informação de cada utente pode aumentar a sua compreensão quanto ao seu processo de doença e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida, estado de saúde e assim reduzir custos de saúde (Loring, 2002 e Sendir, 2000).

Segundo a revisão integrativa da literatura que Suhonen e Leino-Kilpi (2006) conduziram para explorar as necessidades de informação dos utentes cirúrgicos adultos, mostrou que as áreas de informação importante desses utentes incidiam sobre os principais sintomas, cuidados com a ferida, atividade, dor, analgésicos, autocuidado pós-operatório, aconselhamento sobre a gestão dos sintomas, coordenação dos cuidados de acompanhamento e recursos na comunidade. Assim, a informação transmitida na consulta pré-operatória de enfermagem de Reabilitação e ao longo do internamento vai ao encontro do preconizado na literatura e colmata as principais dúvidas existentes no pós-operatório, o que leva a uma recuperação integrada mais eficiente.

Ao longo do período de internamento direcionamos a educação do utente de forma individualizada de acordo com as necessidades e estilo de aprendizagem de cada um pois, cada pessoa tem o seu ritmo de aprendizagem.

Para além da individualidade de cada utente e do seu processo de aprendizagem, devemos ainda ter em atenção a sua saúde mental. Conforme defende Berliner (2015) e Lavernia (2013), uma saúde mental/emocional pré-operatória deficiente diminui a probabilidade de alcançar uma melhoria clínica em pleno após ATA e ATJ e aumenta o risco de readmissão hospitalar, respetivamente.

2.1.2. Reabilitação pré - operatória

O período pré-operatório é uma das fases mais importantes para o sucesso cirúrgico. É aqui que tudo começa, é nesta fase que a pessoa e cuidador/família desenvolvem competências e adquirem conhecimentos para uma recuperação eficaz no intra e pós-operatório.

A colocação de um implante metálico, mais vulgarmente conhecida por prótese, que neste estudo em particular é designado por prótese total do joelho (PTJ) (Figura 2) e por prótese total da anca (PTA)

(Figura 3) acarreta mudanças anatômicas e funcionais que os nossos utentes, na maior parte dos casos, não se encontram alerta para essas possíveis alterações e, surge assim a necessidade de avaliação dos nossos utentes num primeiro momento.

Para que possamos ter um primeiro contacto com o nosso utente e respetivo cuidador/família criamos a consulta pré-operatória de enfermagem, com elaboração dos respetivos guias direccionados para a consulta pré-operatória ATA (Anexo III) e ATJ (Anexo IV), gerida por enfermeiros especialistas em reabilitação. Nesta consulta ensinamos, instruímos e treinamos os nossos utentes e respetivos cuidadores de forma a que estes assimilem e interiorizem o que devem e não devem fazer para possam ter sucesso na sua recuperação.

A necessidade da existência de uma consulta pré-operatória de Enfermagem surge para que todos se encontrem envolvidos no processo de reabilitação pós-cirúrgico e para que se detetem e colmatem falhas que posteriormente ponham em causa a alta clínica do utente em tempo útil. Assim na consulta pré-operatória, realizada por enfermeiros especialistas em reabilitação, são abordados:

- Explicação do procedimento cirúrgico;
- Explicação do programa de reabilitação que vai ser posto em prática após a cirurgia: ensinando, instruindo e treinando, técnicas de mobilização articular, exercícios de fortalecimento muscular, técnicas de transferências, sentar-se e levantar-se da cadeira, andar com auxiliar de marcha, entrar e sair da banheira/banho, vestir e despir os membros inferiores, treino de subir e descer escadas, entrar e sair do carro, atividades domésticas, reinício da atividade sexual;
- Encaminhamento médico se identificado algum problema patológico ou farmacêutico que possam por em causa a realização da cirurgia;
- Identificação das necessidades sociais – Existência ou não de Cuidador no Domicílio por exemplo;
- Entrega de panfleto informativo para esclarecimentos minor no domicílio.

É importante que a pessoa esteja física e psiquicamente preparada para que todo este procedimento obtenha o sucesso desejado. Este programa inclui uma equipa interdisciplinar bem como a própria pessoa e cuidador/família, otimizando as suas capacidades na continuidade de cuidados. Para além de dar a conhecer à pessoa e cuidador/família todo o procedimento cirúrgico, a equipa visa orientar, informar, incentivar e ensinar determinados exercícios e atitudes que vão contribuir para evitar ou diminuir a incidência de complicações pós-operatórias, promover a recuperação e a autonomia e permitir o retomar das atividades de vida diárias (AVD's) o mais precocemente possível.

Conforme defendem os autores Spósito, Lahoz, Máximo, & Mestriner, 1990, no período pré-operatório, o utente deve ser orientado para a realização de exercícios isométricos para fortalecimento de glúteos e quadríceps, sendo estes músculos imprescindíveis para a marcha. Os membros superiores também devem ser fortalecidos, principalmente o tríceps braquial, pela necessidade de utilização de meios auxiliares de marcha no pós-operatório. O utente deve ser instruído igualmente sobre o uso dos auxiliares da marcha, tanto em superfícies planas como no subir e descer escadas.

Assim, a defesa destes autores vai ao encontro do que será preconizado no serviço de ortopedia do CHTS para que haja uma concordância com o que é defendido na literatura e o implementado no nosso programa de reabilitação de forma a comprovar que os resultados obtidos vão ao encontro dos dados científicos.

É na consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação que são explanados todos os procedimentos envolvidos na reabilitação de cada utente e onde o principal foco é a instrução e o saber-fazer. O utente e o seu respetivo cuidador serão envolvidos e também responsabilizados por parte do sucesso ou insucesso que pode advir ao longo do processo de cura.

A importância da avaliação, educação e reabilitação pré-operatória do utente é realçada na revisão sistemática conduzida por Coudeyre, Jardin, Givron, Ribinik, Revel & Rannou, (2007). Segundo estes autores a reabilitação pré-operatória contribui para a redução do tempo de internamento e para o aumento dos ganhos em saúde.

A defesa destes autores vai, assim, de encontro ao que pretendemos demonstrar futuramente com a implementação deste programa no serviço.



Figura 2 – Prótese Total do Joelho



Figura 3 – Prótese Total da Anca

Como defende Spósito, Lahoz, Máximo, & Mestriner (1990), deve realizar-se uma avaliação clínica o mais completa possível a todos os utentes intervencionados. São manifestos os benefícios resultantes da avaliação pré-operatória, bem como de uma explicação do programa de reabilitação que vai ser posto em prática após a cirurgia. O enfermeiro de reabilitação deve instruir o utente sobre exercícios de contração do quadríceps e de elevação da perna em extensão antes do procedimento cirúrgico. Por fim, a necessidade da existência de uma consulta pré-operatória de enfermagem surge para que todos se encontrem incluídos no processo de reabilitação e para que se detetem e colmatem fracassos que posteriormente ponham em causa a alta clínica do utente no tempo preconizado no nosso programa. A realização da consulta pré-operatória, realizada por EEER, tem como objetivos:

- Ensinar a viver com ATA/ATJ. Ensinando, instruindo e treinando, conforme guia da consulta pré-operatória;
- Promover uma boa recuperação funcional;
- Capacitar utente e integrar família para o regresso a casa;
- Diminuir o número de horas de cuidados de enfermagem gastos no ensino ao utente proposto para ATA/ATJ de forma individual, rentabilizando os cuidados especializados para outros focos que promovam uma recuperação funcional mais eficiente;
- Diminuir o numero de dias de internamento pós ATA/ATJ;
- Diminuir o número de reinternamentos por infeção após ATA/ATJ.

Como referido anteriormente e como resposta a uma das questões por nós levantadas, um programa de reabilitação deve começar o mais precocemente possível para que haja posteriormente um maior envolvimento da pessoa e respetivo cuidador na sua recuperação funcional pós ser submetido à cirurgia. É através deste primeiro contacto na consulta pré-operatória de Enfermagem que iniciamos um envolvimento e uma interação saudável entre todos.

A evidência científica demonstra que a prestação de cuidados com base no *Rapid Recovery*, melhora significativamente a recuperação pós operatória, reduz a morbilidade e deve por isso ser mais amplamente adotado. É também esperada uma melhoria significativa pela integração da cirurgia minimamente invasiva. (Kehlet & Wilmore, 2008).

2.1.3. Reabilitação pós - operatória

A reabilitação pós-operatória é de extrema importância para que consigamos levar a cabo a recuperação funcional completa do nosso utente. Após a realização da cirurgia, o enfermeiro especialista em reabilitação garante que os ensinamentos realizados no pré-operatório são efetivamente postos em prática.

De acordo com Guan, Lv e Shi (2006) um dos fatores que mais influencia os resultados em saúde nos utentes submetidos a Artroplastia é a realização de reabilitação funcional o mais cedo possível após cirurgia.

A reabilitação funcional da articulação do joelho e da anca no pós-operatório imediato, através de exercícios passivos, passivos - assistidos, ativos e ativos - resistidos é necessária para uma melhor adaptação ao material ortopédico (Spósito, Lahoz, Máximo & Mestriner, (1990).

A existência de um plano de reabilitação no pós-operatório, e sobretudo a intensidade da reabilitação efetuada, através de movimentos passivos oferece notáveis benefícios em termos de uma recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e aumento da amplitude articular (Lenssen & de Bie, 2006).

A reabilitação de utentes submetidos a Artroplastia tem-se mostrado eficaz, particularmente no que diz respeito à proprioceção, e que é considerado fundamental para a estabilização e para a proteção da articulação, o que, naturalmente, favorece a funcionalidade e a melhoria da qualidade de vida (Mangione, Craik, Tomlinson, & Palombaro, 2005).

Assim, através da parceria enfermeiro especialista – utente percebemos que a reabilitação pós-operatória tem um papel fulcral no que concerne à obtenção de ganhos em saúde aliados aos ensinamentos realizados numa fase pré-operatória. A combinação destas técnicas promove a diminuição de dias de internamento, com consequente redução dos riscos associados a um internamento prolongado. Isto leva a que as camas existentes no serviço de internamento se encontrem mais cedo disponíveis para dar resposta a outros utentes.

É ainda de extrema importância, a permanência no seio das equipas de enfermeiros especialistas em reabilitação, que prestam cuidados especializados, para que os utentes sejam acompanhados de forma individualizada e possam ter planos de reabilitação com alguma frequência e intensidade de modo a que tenhamos notáveis benefícios em termos de uma recuperação mais rápida.

Sendo que um dos objetivos deste programa é o de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados e consequentemente o aumento da segurança e satisfação dos utentes alvo dos cuidados do EEER, é fundamental um acompanhamento individual para que consigam replicar os cuidados prestados no

domicílio e assim dar continuidade, perspectivando um regresso ao domicílio seguro e promotor de um processo de reabilitação eficaz, adaptado ao potencial e necessidades do utente/cuidador/família.

2.1.4. Listas de espera

As extensas listas de espera são das maiores preocupações da gestão hospitalar. Estas traduzem a necessidade urgente em dar resposta cirúrgica a uma população cada vez mais envelhecida. Estas surgem pela carência de respostas aos utentes com problemas do foro osteoarticular, nomeadamente com gonartrose e coxartrose. Portanto, o foco da equipa de enfermagem de reabilitação está centrado na recuperação do utente bem como, a preparação do seu regresso ao domicílio com todos os envolventes que este tipo de cirurgias preconiza.

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2001), refere as listas de espera como o (...) número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial. Referem ainda como tempos de espera o número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para realização dos mesmos (DGS, 2001).

A existência de listas de espera é um dos aspetos do acesso a cuidados de saúde que mais tem sido alvo de discussão política. Uma das explicações para o aumento das listas de espera prende-se com os importantes avanços na tecnologia cirúrgica e anestésica, verificadas nas últimas décadas, as quais vieram aumentar o alcance, a segurança e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo sistema de saúde. Este facto teve como consequência o aumento significativo na procura de cirurgias (Barros, 2008). No entanto, e numa visão menos favorável, podem entender-se as listas de espera como o resultado de uma imperícia do sistema de saúde em satisfazer as necessidades fundamentais de saúde dos cidadãos.

Assim, a programação cirúrgica deve obedecer aos seguintes critérios de selecção, organizados por ordem descendente de importância (DGS, 2006):

- Prioridade clínica – estabelecida pelo médico especialista em função da patologia base, gravidade, impacto na vida do utente e velocidade de propagação da doença;
- Antiguidade na Lista de Inscritos para a Cirurgia (LIC) – em caso de igual prioridade clínica será seleccionado em primeiro lugar o utente que se encontre inscrito na lista há mais tempo.

O envelhecimento da população e a procura acrescida a que este obriga em relação a alguns procedimentos cirúrgicos não é um fator controlável pelas autoridades de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias e as expectativas da população daí decorrentes. Contudo, se o controlo destes fatores escapa às autoridades de saúde, os aspetos de prática clínica podem ser indutores de uma utilização mais racional de recursos, nomeadamente através da criação de protocolos médicos, entre outras medidas (Pedro, 2008).

No que diz respeito aos tempos de espera, há vários pontos de análise, relativamente ao que se refere às intervenções cirúrgicas, tal como é apresentado na figura seguinte (Barros, 2008 – Figura 4).

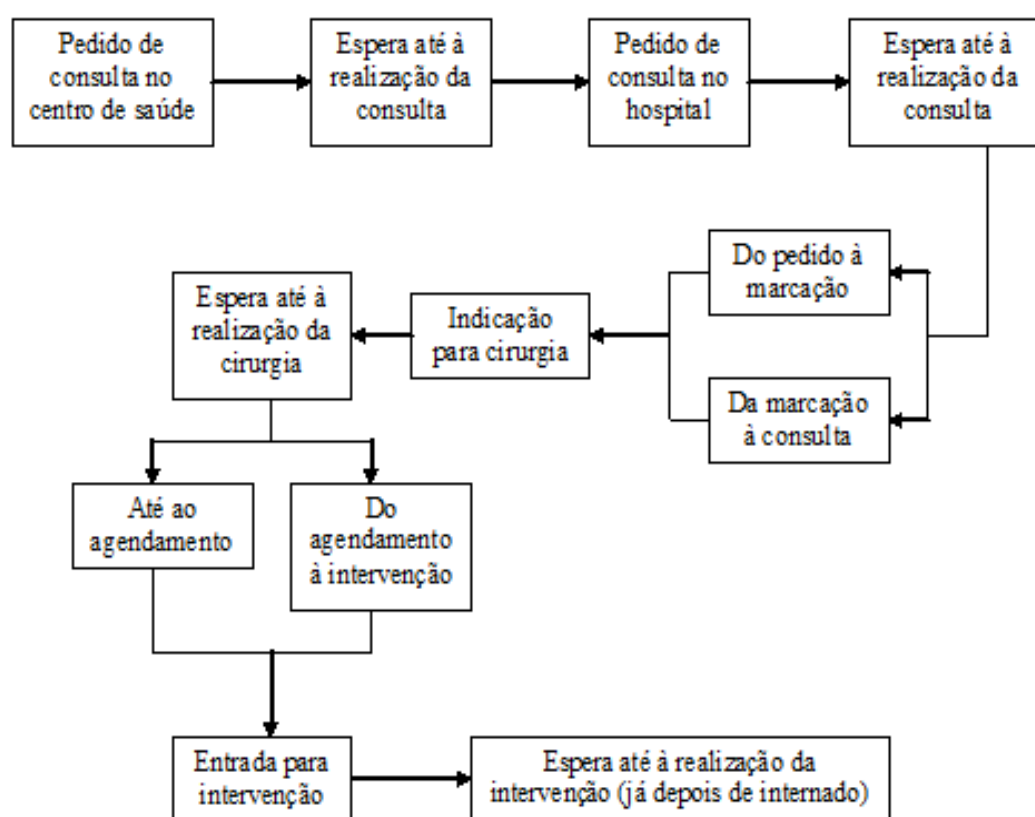


Figura 4 – Percurso para cirurgia. (Fonte: Barros, 2008)

Com o objetivo de minorar as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e de recuperação de listas de espera cirúrgica, foram criados diversos programas (figura 5) (OCDE, 2013).

Esses programas criados para combater as listas de espera cirúrgica, foram numa primeira fase, orientados para o estímulo e incremento da atividade cirúrgica, quer no sector privado e social, quer através de incentivo à realização de atividade adicional no sector público. O último programa implementado - SIGIC, 2004, teve como objetivo regular toda a atividade cirúrgica programada e envolver

todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia.

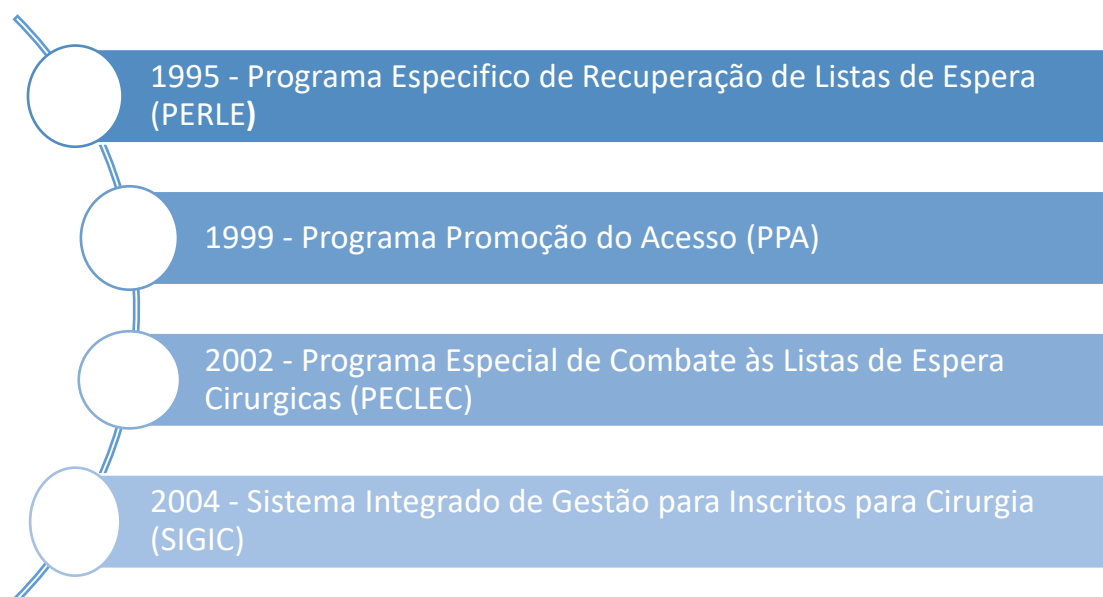


Figura 5: Evolução Cronológica dos Programas existentes em Portugal criados para combater as Listas de Espera

Atualmente, o programa em voga nas instituições públicas é o programa SIGIC. Este visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde, de acordo com o calendário estabelecido pela referida resolução (MGIC, 2011).

Segundo Pereira (2004), no lançamento público do SIGIC, foi considerado que (...) mais importante que o número de pessoas aguardar por cirurgia, é o tempo médio de espera.

O SIGIC assenta em cinco grandes princípios (MGIC, 2011):

- Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na LIC;
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes;
- Maior controlo e transparência através da constituição de unidades de apoio ao SIGIC a três níveis: hospitalar, regional e nacional.

Como é de conhecimento público, o CHTS dá resposta a uma extensa área geográfica e a um elevado número populacional. Sendo que temos uma população nacional cada vez mais envelhecida, há também uma grande procura no que toca à realização de cirurgias ortopédicas nomeadamente ATA e ATJ.

Os principais motivos que levam os nossos utentes a procurar a cirurgia como tratamento da sua patologia ortopédica advêm essencialmente das limitações funcionais que a coxartrose e a gonartrose lhes provoca por consequência principal da idade avançada da nossa população. Estas mesmas limitações são provocadas essencialmente pela dor elevada que este tipo de patologia detém, pela diminuição da mobilidade, aumento da dependência nas AVDs, com consequente diminuição da qualidade de vida.

Dada a impossibilidade de dar resposta a todos estes utentes em tempo útil por vários motivos, dos quais se destacam:

- um bloco operatório partilhado com outras especialidades cirúrgicas, tendo a especialidade ortopédica atribuída apenas uma/duas salas operatórias, limitando o número de cirurgias realizadas diariamente;
- um serviço com uma taxa de ocupação superior a 94% sendo que seria necessário o aumento do número de camas em regime de internamento para dar vazão à população da área que necessita de cirurgia ortopédica;
- limitação nos recursos humanos, dos quais se destacam os elementos da equipa de enfermagem de reabilitação. Segundo o Regulamento nº 743/2019, que regula a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (ao abrigo da OE) diz-nos que a alocação, por serviço deve ser de, pelo menos dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana. No entanto, o serviço de ortopedia apenas dispõe de um enfermeiro especialista em reabilitação das 12h diurnas, em todos os dias da semana, a prestar cuidados aos utentes ortopédicos não conseguindo assim intervir na recuperação de todos os utentes que pelo serviço passam;

Assim sendo, surge a necessidade de criação de respostas cirúrgicas sendo que essas mesmas respostas passam pela atribuição de um vale cirurgia. Sempre que o hospital público não possa garantir a realização da cirurgia dentro do tempo estipulado, emite um vale cirurgia para que este recorra a um dos hospitais privados ou sociais convencionados com o Ministério da Saúde.

Segundo os dados fornecidos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Tempos de Resposta no SNS, define ainda que a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados tem um prazo máximo

de realização de seis meses (180 dias), após a data da indicação para cirurgia, podendo estes tempos ser encurtados em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente.

Para a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, o Tempo Máximo Resposta Garantido (TMRG) é fixado em 180 dias após a data da indicação para cirurgia, podendo estes tempos ser encurtados em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente. No entanto, até 31 de dezembro de 2017, vigora o prazo de 270 dias contados da indicação para cirurgia.

De uma forma geral o SIGIC apresenta como principais objetivos, a redução do tempo médio de espera para a realização de uma cirurgia e o controlo do tempo máximo de espera para cirurgia no âmbito do SNS, incentivando as políticas de promoção do acesso aos cuidados de saúde (Barros, 2008). Deste modo, podem destacar-se os seguintes objetivos e estratégias (UCGIC, 2005):

- Redução do tempo médio de espera para cirurgia – através do aumento da capacidade produtiva dos hospitais, formas de remuneração atrativas, maior utilização dos recursos e criação de alternativas quando não existe capacidade de resposta;
- Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia – transferência dos utentes que ainda aguardam pela cirurgia quando é atingido 75% do tempo máximo de espera ou emitindo vales – cirurgia em instituições privadas ou de carácter social;
- Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos – recorrendo a mecanismos de aumento do tempo de utilização dos recursos e transferindo a procura para hospitais com a capacidade assistencial não esgotada;
- Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas – através da publicação das normas para a inscrição e progressão na LIC, do conjunto de direitos e deveres dos utentes inscritos e, dos indicadores sobre a atividade cirúrgica e sobre a LIC do hospital.

2.1.5. Percurso do Utente para Cirurgia

Os nossos utentes até chegarem à equipa de enfermagem de reabilitação do serviço de ortopedia do CHTS ultrapassam várias barreiras incluídas nos tramites normais do percurso cirúrgico, conforme se pode verificar na figura seguinte (figura 6):

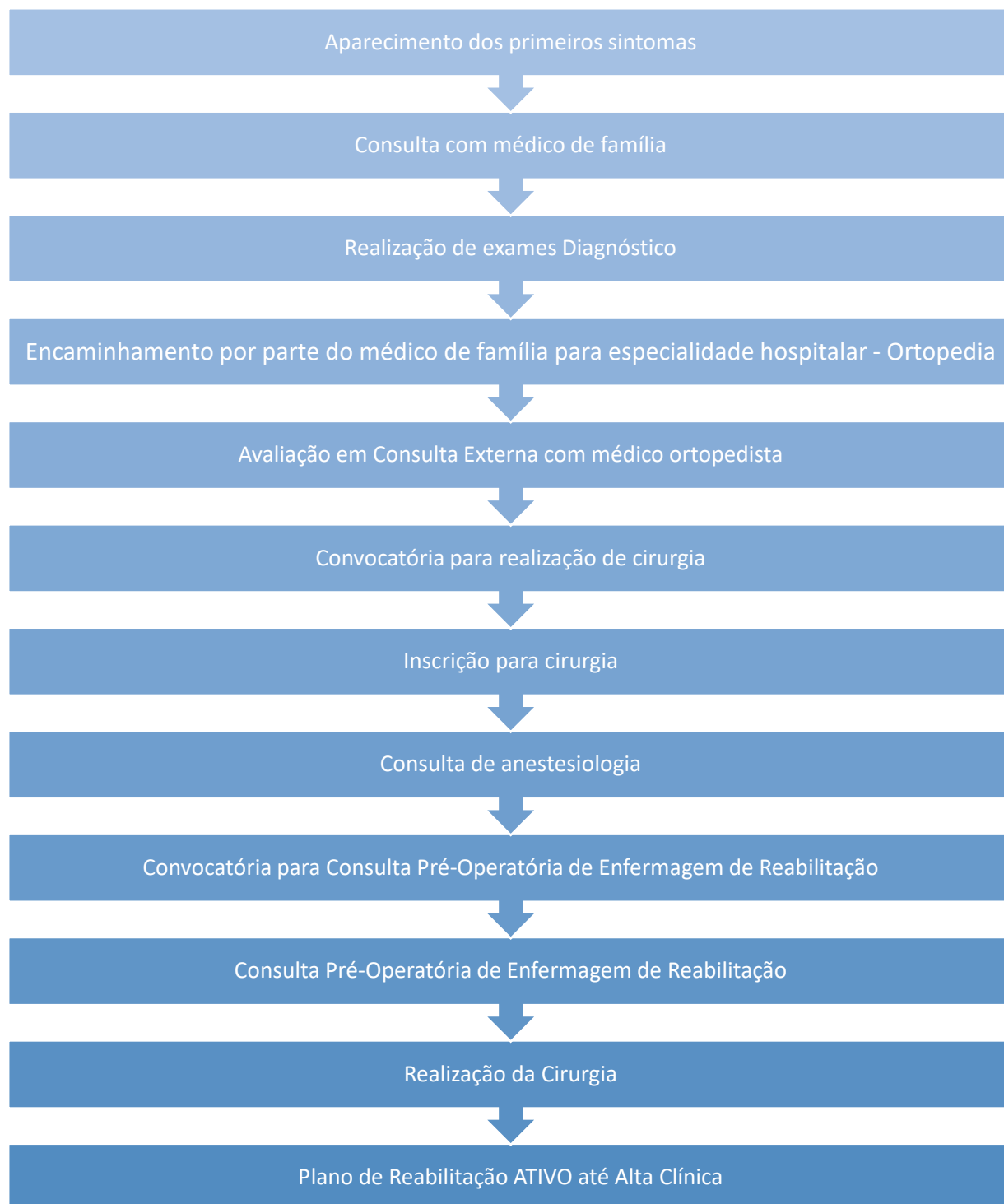


Figura 6 – Percurso do Utente

Todos os passos que o utente tem de percorrer até findar na colocação da prótese, iniciam-se com o aparecimento dos primeiros sintomas (sendo que o principal sintoma é a dor intensa na articulação/membro afetado), sendo este o principal motivo que leva a toda a burocracia seguinte. Estes passos percorridos pelo nosso utente até findar na resolução da sua patologia, pode ser prolongado no tempo. Este pode gerar um quadro de ansiedade que associado ao fator idade e a todas as comorbilidades que a maior parte dos nossos utentes detém, fragiliza o seu estado de saúde global. Assim, muitos dos utentes laborados pela equipa de enfermagem de reabilitação trazem uma componente ansiosa que muitas vezes atrasa o seu processo de recuperação.

2.1.6. Série Temporal

Este projeto assenta num estudo comparativo, incluso numa série temporal, sendo que será analisado um período pré (2010-2013) e pós (2015-2019) implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia do CHTS.

Uma série temporal pode ser definida como um conjunto de observações ordenadas no tempo tal como se sucede na análise dos dados no capítulo 4. As observações estão ordenadas em intervalos de tempo igualmente espaçados, como por exemplo, meses e anos. Neste caso a ordem dos dados é fundamental. Uma característica muito importante deste tipo de dados é que as observações vizinhas são dependentes e o interesse é analisar e modelar esta dependência (Bohn & Griebel, 2013).

Sem nunca descartar que na análise da nossa série temporal podem intervir vários componentes, sendo eles:

- Tendência – expressa a variação no sentido da inclinação da série ao longo do tempo. No nosso caso, há uma evolução global ao longo dos anos.
- Sazonalidade – Pode existir uma flutuação periódica variável. Dado que a grande maioria das férias dos profissionais de saúde são gozadas no verão, pode existir uma diminuição cirúrgica no terceiro trimestre do ano, levando a uma diminuição de cirurgias eletivas realizadas nestes meses.
- Ciclo – reflete desvios da variável em relação à tendência, indo e voltando sobre um ponto referencial. Neste estudo não se adequa pois, no estudo em causa não existe uma tendência objetivamente observada. As previsões de um ciclo são efetuadas de forma subjetiva logo não reflete o que se pretende demonstrar.

- Erro – o erro reflete flutuações a curto prazo. Reflete variações esporádicas das séries temporais, provocadas por acontecimentos casuais. Como o nosso estudo reflete uma marca cronológica de cerca de uma década, o erro que possa existir será menor.

Quando se analisa uma série temporal, espera-se que nessa exista uma causa relacionada com o tempo que influenciou os dados e que possa continuar a influenciá-los.

Para Barbancho (1970), é através da abstração de regularidades contidas nos fenómenos observáveis de uma série temporal que existe a possibilidade de se construir um modelo matemático como representação simplificada da realidade.

Segundo Morettin e Toloi (1981) e Chafffield (2000), os objetivos de se analisar uma série temporal prendem-se:

- Descrição: Determinar as propriedades de uma série como por exemplo, o padrão de tendência, a existência de alterações estruturais, sazonalidades, entre outros.
- Explicação/Modelação: Encontrar um modelo estatístico adequado que permita explicar o comportamento da série no período a ser estudado.
- Previsão: Estimar valores futuros de uma Série Temporal, com base em valores passados.
- Controlo de processos: Boas previsões permitem ao estatístico, tomar medidas de forma a controlar um determinado processo.

Na ciência, uma parte que pode ser isolada para se realizar um estudo sobre ela, em que se conhecem as influências internas e externas atuantes, pode ser definido como Sistema.

Segundo Torres (2001), os Sistemas que evoluem no tempo são classificados por Sistemas Dinâmicos. Um Sistema Dinâmico de uma forma geral pode estar sob ação de **p** sinais de entrada e revelar o seu comportamento por **q** sinais de saída, em que a variável independente **t** representa o tempo.

Segundo Tong (1999), estes sinais de entrada e saída de um sistema dinâmico poderão ser vistos como séries temporais, ou seja, valores de uma determinada grandeza em função do tempo.

O presente estudo assenta na análise de uma série temporal onde se pretende estudar o passado e perspetivar o futuro. Os dados comparativos em estudo demonstram o aperfeiçoamento que o serviço de ortopedia do CHTS possa vir a padecer de forma a melhorar o programa estabelecido para os nossos utentes e assim alargar ideias para o surgimento de novos projetos.

2.2. Programa Enfermagem Reabilitação - Análise SWOT

Prévio ao desenvolvimento deste projeto, foi feita uma análise SWOT para ajudar na formulação da estratégia a adotar, permitindo assim mais facilmente identificar as Forças (Ganhos) e Fraquezas (Perdas) (Figura 7) sentidas com a adoção do Programa de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia, mas também as Oportunidades e Ameaças (Figura 8) advindas dessa adoção.



Figura 7 – Forças e Fraquezas da Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no serviço

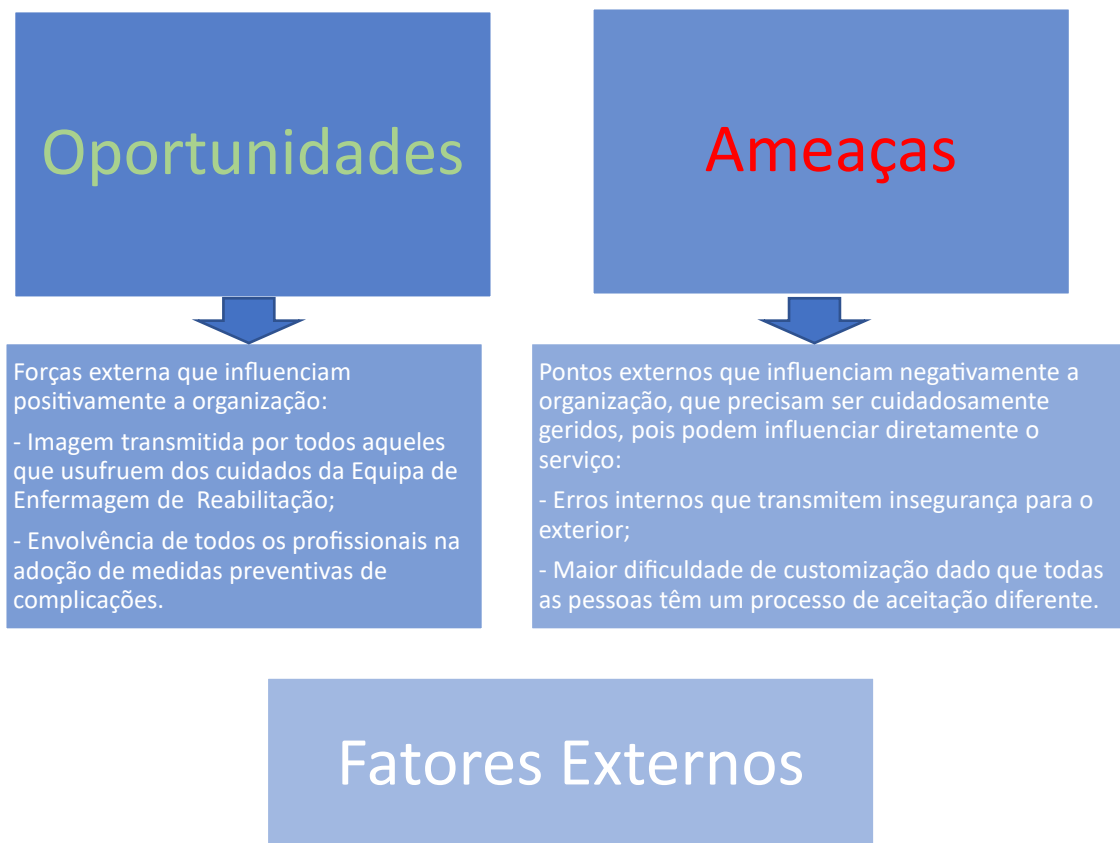


Figura 8 – Oportunidades e Ameaças da Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no serviço

Capítulo 3 - Metodologia

3. Metodologia

Ao longo da elaboração deste documento pretende-se dar a conhecer a importância da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação aos utentes submetidos a ATA e ATJ bem como a consequente redução no número de dias de internamento que finda numa desocupação das camas existentes no serviço de internamento e assim maior possibilidade de realização de cirurgias eletivas com consequente resposta favorável no impacto nas listas de espera.

Dada a relevância desta temática, foi definido que a população-alvo deste estudo serão todos os utentes propostos para ATA e ATJ primária internados no serviço de Ortopedia do CHTS no período de 2010 – 2013 e de 2015 – 2019.

Nesse sentido a nossa amostra será igual ao universo estudado. Assim, como pretendemos inquirir toda a população e incluí-la no processo rumo aos objetivos definidos, não serão utilizadas técnicas de amostragem. Sendo este estudo um estudo retrospectivo.

A população de um estudo diz respeito ao conjunto de elementos ou indivíduos que o investigador está interessado em estudar (Polit & Beck, 2011). Após a definição da população o investigador recorre à amostragem para escolher um subconjunto da população que a represente, e que seja objeto do estudo (Fortin, 2009).

O presente estudo é de carácter descritivo, delineado pré e pós programa de Enfermagem de Reabilitação, baseado no paradigma quantitativo. Este enquadra-se num paradigma quantitativo na medida em que se pretende objetivar e quantificar uma realidade.

As pesquisas quantitativas, envolvem análise de números e o resultado é baseado na avaliação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva (Sousa, 2007).

A determinação das variáveis existentes neste estudo são de extrema importância pois, são elas que ditam os pontos-chave deste projeto. No que concerne às variáveis que serão alvo de estudo (tabela 3) podemos identificar o número de utentes submetidos a ATA/ATJ, o número de utentes inscritos neste tipo de cirurgia, o número de dias de internamento dos nossos utentes e a consequente maior rotatividade no número de utentes da lista de espera, estando a equipa de enfermagem de reabilitação, o serviço e a instituição diretamente ligados aos lucros alcançados.

Sendo que este estudo é também um estudo comparativo, será feito o levantamento dos dados pertinentes através da base de dados existente a nível hospitalar, trabalhados com recurso ao programa informático Excel, onde os dados demográficos dos utentes serão avaliados por estatística descritiva

(com consentimento positivo da comissão de ética do respetivo hospital em anexo v). Comparamos assim, os dados existentes antes da implementação (2010 a 2013) e pós implementação (2015 a 2019) do programa de enfermagem de reabilitação. O programa de enfermagem de Reabilitação no serviço de ortopedia nasce em 2014 (considerado o ano 0) contudo, foi o ano onde se foram limando algumas arestas e como tal não serão levantados dados relativos a esse mesmo ano para que os dados levantados sejam o mais fidedignos possível.

O projeto assenta numa abordagem paradigmática do tipo positivista tendo por base um método quantitativo com avaliação anterior e posterior à implementação do programa de enfermagem de reabilitação, o que nos traduz dados mais objetivos, centrados em medir os fenómenos em causa.

Para que possamos levar a cabo o nosso estudo, baseados nos fundamentos da literatura, realizamos uma pesquisa exploratória e documental onde o colmatar das nossas elações assenta num pressuposto metodológico.

Assim sendo, todos os dados serão recolhidos na instituição, utilizando a técnica referida, para que seja possível a análise à hipótese de eventual relação existente entre as variáveis definidas.

No capítulo seguinte, os dados são representados de forma gráfica, de forma a identificar padrões de evolução e desajustes entre as duas fases em estudo.

Esta pesquisa documenta vários aspetos do fenómeno em análise, descreve a veracidade dos factos e categoriza a informação, por isso é considerado um estudo descritivo. Para Fortin (1999) os estudos descritivos visam obter mais informação das características de uma população ou de um fenómeno. O presente estudo insere-se nesta tipologia uma vez que se pretende demonstrar de forma mais aprofundada a importância do papel do EEER no cuidado ao utente do foro ortopédico, explanando assim o impacto das suas intervenções nestes utentes.

Ao longo do estudo recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e da estatística indiferenciada nomeadamente quadros de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média e moda), medidas de variabilidade (valor mínimo/ valor máximo).

Conforme figura 9, observamos o percurso cronológico do Programa de Enfermagem de Reabilitação onde se faz referência às várias etapas existentes.

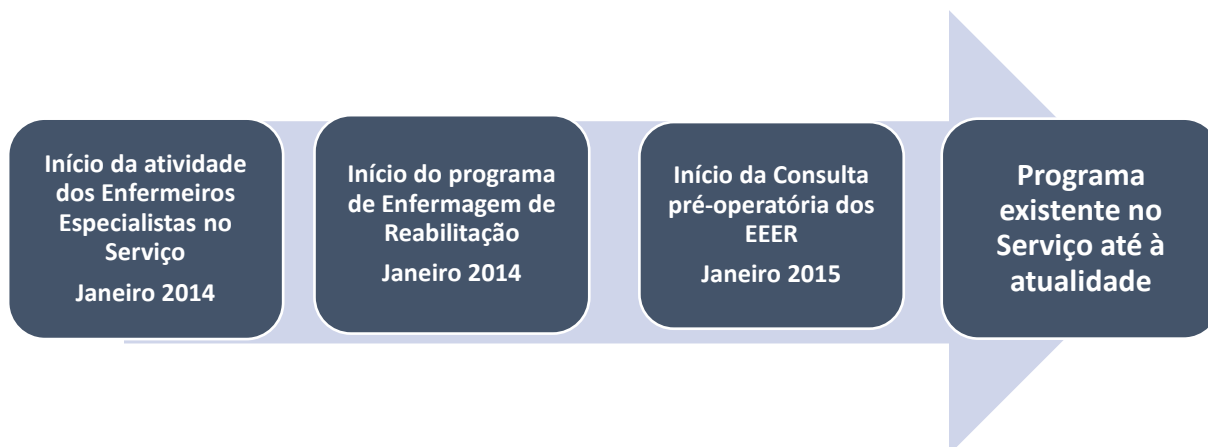


Figura 9 - Percurso Cronológico do Programa de Enfermagem de Reabilitação

Segundo Fortin (2009), no decorrer de uma investigação estão implícitas questões morais e éticas que podem entrar em conflito com o rigor da mesma.

A elaboração de estudos clínicos, apesar de ter como objetivo o desenvolvimento do conhecimento que possa contribuir para a melhoria da condição de saúde dos nossos utentes, precisa de dar resposta aos requisitos éticos que certificam o bem comum dos participantes (Ministério da Saúde, 2010).

Os direitos do indivíduo que devem ser absolutamente protegidos numa investigação são o direito “(...) à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo.” (Fortin, 2009, p.128).

Na elaboração deste estudo, o respeito pelos princípios éticos foram tidos em conta, sendo constantemente assegurados:

- princípio da não maleficência – a participação no estudo não acarretaria qualquer tipo de risco ou malefício para o participante;
- respeito pela justiça – tratamento justo e equitativo de todos os participantes ao longo da investigação
- direito à autodeterminação – a participação no estudo foi opcional e voluntária;
- direito à privacidade – foi assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, não sendo em qualquer momento da investigação nenhum utente identificado;
- consentimento informado – foram explicitados os objetivos do estudo e a sua problemática.

Com o propósito de honrar estes princípios, foi solicitado e obtido o parecer favorável da Comissão de Ética do CHTS (anexo V). No decorrer do nosso estudo, nenhum dos nossos utentes é identificado sendo que estes são apenas traduzidos em números.

3.1. Abordagem Metodológica

Como já referido anteriormente, este projeto de Enfermagem de Reabilitação nasce pela necessidade de se dar resposta aos utentes do foro ortopédico que se encontram em lista de espera. É implementado um programa de enfermagem de Reabilitação para os utentes com coxartrose e gonartrose que necessitam de ATA e ATJ respetivamente de modo a que se prestem cuidados especializados para que haja uma recuperação eficiente do nosso utente, diminuindo assim o número de dias de internamento com consequente maior rotatividade nas listas de espera.

O projeto em causa assenta numa abordagem paradigmática tendo por base um método quantitativo, do tipo comparativo, com avaliação anterior e posterior à implementação do programa de enfermagem de reabilitação, onde nos expressa dados mais objetivos, centrados em mensurar os fenómenos em causa.

Os objetivos de um estudo traduzem o que o investigador pretende especificamente alcançar com a investigação, sendo enunciados declarativos que definem a orientação do estudo e que estão intimamente relacionados com o nível de conhecimentos na área em questão (Fortin, 2009).

Pelo exposto, ao longo da elaboração deste documento pretende-se dar resposta aos principais objetivos.

Objetivo principal:

- Análise e Descrição da informação disponível sobre as a ATJ e ATA realizadas no intervalo entre 2010-2013 e 2015-2019, com o propósito de melhorar a informação existente no sistema de informação do hospital.

Objetivos específicos:

- Análise da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação no serviço de ortopedia do CHTS, realizados a utentes submetidos a ATA e ATJ eletiva;
- Indicar a necessidade da permanência de uma equipa de reabilitação, que presta cuidados especializados, 12h por dia no serviço de Ortopedia do CHTS.
- Demonstrar a diminuição do número de dias de internamento e consequente maior rotatividade cirúrgica.

É através da determinação da finalidade e objetivos do estudo que se torna clara a orientação e as escolhas a seguir numa investigação (Polit & Beck, 2011).

Com base nos objetivos do trabalho, foi necessário o levantamento de dados estatísticos para que se conseguisse obter dados comparativos fidedignos que nos traduzissem resultados efetivos e para que

conseguíssemos obter informação que evidencie as lacunas do sistema de informação que impedem uma melhor gestão do programa de enfermagem de reabilitação.

Segundo Fortin (2006), o desenho da investigação define-se como o conjunto de decisões que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. A prática profissional pertence ao mundo empírico pelo que faz todo sentido que se faça investigação visando o aprofundamento do conhecimento e assim a melhoria da prática profissional.

3.2. Tratamento de Dados

O presente projeto é desenvolvido no serviço de ortopedia do CHTS e pretende incluir a população que recorre aos nossos serviços no que respeita à cirurgia eletiva, mais concretamente, os utentes que são submetidos a ATA e ATJ.

O nosso estudo assenta numa análise comparativa dado que se pretende comparar dados no pré e pós implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação, sendo que a população irá ser estudada no período 2010-2013 e 2015-2019. Optou-se pela inclusão no estudo de todos os utentes submetidos a ATA e ATJ internados no período definido, tratando-se de uma amostra sequencial.

Como se pretende inquirir toda a população, todos os utentes propostos para ATA e ATJ primária estão sujeitos a critérios de inclusão e exclusão, como demonstrado na tabela 3.

De acordo com Fortin (2009), existem diversos métodos para a recolha de dados de acordo com a natureza do problema de investigação. Cabe ao investigador definir qual o tipo de instrumento que melhor se adequa aos objetivos do estudo e às questões de investigação.

Apesar de existir uma panóplia de métodos de colheita de dados, certas problemáticas não podem ser estudadas satisfatoriamente devido à falta de instrumentos pertinentes, sendo necessário que o investigador crie instrumentos de medida apropriados ao objeto de estudo (Fortin, 2009).

Tabela 3: Critérios de inclusão e exclusão dos utentes em estudo

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
◆ Presença na Consulta pré-operatória de enfermagem; ◆ ECG (Escala Coma Glasgow) = 15; ◆ Capacidade de marcha prévia (com ou sem utilização de auxiliar de marcha).	◆ Recusa por parte do utente em colaborar; ◆ Não presença na consulta pré-operatória de Enfermagem; ◆ Ausência de Prestador de Cuidados; ◆ Contraindicação médica ou incapacidade do utente para cumprir protocolo; ◆ Incapacidade prévia na marcha.

Dado que há uma necessidade extrema de potenciarmos as capacidades dos nossos utentes e de que damos resposta a uma população cada vez mais envelhecida, estes devem estar sujeitos a critérios de inclusão e de exclusão para que possamos ter um núcleo de utentes capacitados. Embora, mesmo os utentes que não têm critérios de inclusão no estudo sejam incluídos na prestação de cuidados direcionados pela equipa de enfermagem de reabilitação no período de internamento onde são prestados todos os cuidados de igual forma.

Os critérios de inclusão prendem-se:

- Presença do nosso utente e respetivo prestador de cuidados (previamente convocados via telefone ou carta registada) na consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação para que possam ser ensinados, instruídos e treinados numa fase pré-operatória e ainda preparar o seu domicílio previamente com condições que permitam uma boa recuperação na fase pós-operatória. Como por exemplo a aplicação/compra de material de apoio que facilitem os cuidados/recuperação (exemplo: instalação de barra de apoio na cabine de duche; compra de alteador de sanita no caso dos utentes submetidos a ATA; compra de auxiliar de marcha adequado; eliminação de barreiras arquitetónicas);

- O estado de consciência dos nossos utentes, onde foi contemplada a Escala de Coma de Glasgow (Anexo VI) terá de ter uma pontuação de 15 pois significa que o nosso utente tem capacidade para adquirir e assimilar o conhecimento transmitido e assim colaborar no seu processo de reabilitação;
- Deve ter capacidade de marcha prévia independentemente de necessitar ou não do uso de auxiliar de marcha para a sua locomoção. Pois significa que os grupos musculares e amplitudes articular estão preservados e assim compatíveis com potencial de marcha no pós-operatório.

No entanto, os critérios de exclusão devem-se:

- À recusa por parte do utente em não colaborar no estudo. Apesar de não existir um consentimento informado em formato papel, todos os utentes são informados verbalmente da sua possível participação ou não no estudo tendo a oportunidade de recusa;
- Não presença na consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação. Nesta consulta há um envolvimento prévio do nosso utente e respetivo cuidador em todo o processo operatório sendo fulcral esta participação. A sua não presença pode limitar o seu processo de recuperação no período de internamento e pós alta clínica pelo que decidimos excluir estes utentes onde realço mais uma vez que, em período de internamento são de igualmente modo sujeitos aos cuidados do enfermeiro especialista em reabilitação;
- Ausência de prestador de cuidados. Todos os utentes submetidos a ATA e ATJ ficam com uma condição física limitativa no pós-operatório imediato sendo necessário um cuidador presente numa fase inicial para que o seu processo de recuperação funcional seja eficiente. A não presença de cuidador no domicílio pode condicionar o número de dias de internamento destes utentes;
- Contraindicação médica ou incapacidade do utente para cumprir protocolo. O serviço detém de protocolos (anexo VIII) direcionados aos cuidados prestados para os mais variados tipos de cirurgias realizadas. Como tal, se o nosso utente não possui um ECG=15, comorbilidades que promovam complicações no pós-operatório, por exemplo, dificilmente terão estabilidade para seguir protocolo instituído no serviço. Posto isto, foi decidido pela equipa de enfermagem de reabilitação, que estes utentes com maior probabilidade de complicações pós-operatórias e com consequente diminuição no seu potencial de reabilitação não seriam incluídos no estudo;

- Incapacidade prévia na marcha. Apesar de alguns dos nossos utentes sujeitos a ATA ou ATJ já se encontrarem num grau de dependência total, não deixam de padecer de problemas osteoarticulares que lhes provoca dores intensamente limitantes. Como tal são sujeitos ao tratamento cirúrgico e trabalhados de igual forma pela equipa de enfermagem de reabilitação embora, como têm um processo de reabilitação mais limitativo onde na grande maioria dos casos não é possível seguir o plano de reabilitação estipulado decidiu-se a não inclusão destes utentes.

Segundo a orientação do Comitê de ética em pesquisa FASURGS (2016), os critérios de inclusão e exclusão estão interligados, sendo possível dizer que “critérios de inclusão” são os requisitos utilizados pelos pesquisadores para selecionar os sujeitos que serão convidados a participar da pesquisa, justamente pelas suas características subjetivas e peculiares. Já os “critérios de exclusão” são as características verificadas nos sujeitos selecionados que os impedem de participar da pesquisa, por não atenderem aos propósitos da pesquisa, por possuírem um estado de saúde que os excluem daquele grupo que está apto a participar, por gravidez, entre tantos outros motivos.

No que respeita às variáveis que influenciam este estudo (Tabela 4), estas estão relacionadas com o tipo de cirurgia realizada, condição clínica e cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. No que diz respeito às variáveis relacionadas com a condição clínica, foi tido em conta o tempo de internamento pois, quanto maior o tempo de internamento mais grave a sua condição clínica.

No que respeita às variáveis relacionadas com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, foram tidos em conta o número de horas diárias de trabalho do enfermagem de reabilitação com disponibilidade para prestar cuidados de reabilitação a estes utentes. Sendo que estes se encontram no serviço 12h por dia em todos os dias da semana, os cuidados prestados ao grupo de utentes em estudo é similar.

Quanto à variável tipo de cirurgia realizada, foram tidos em conta os utentes submetidos a ATA e ATJ com critérios de reabilitação.

As nossas variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se, sempre que possível, pelas variáveis quantitativas.

Tabela 4: Variáveis que influenciam o estudo

Variáveis	Relação
Número de utentes submetidos a ATJ	No nosso estudo temos 1051 utentes no período de 2010-2013 e 1271 utentes no período de 2015-2019, submetidos a ATJ sendo que o aumento ou a diminuição deste número traduz a rotatividade cirúrgica do serviço.
Número de utentes submetidos a ATA	No caso dos utentes submetidos a ATA, no nosso estudo temos 1154 utentes no período de 2010-2013 e 1092 utentes no período de 2015-2019. Não sendo encontrada uma explicação para a disparidade existente comparativamente ao número de ATJ realizadas.
Números de utentes inscritos para ATJ/ATA	Dado que as listas de espera são dinâmicas, não nos foi possível fornecer números exatos quanto ao número de inscritos. Os números fornecidos são os existentes em sistema no dia 31 de Dezembro de cada ano correspondente. No entanto, podemos verificar que houve um aumento no número de cirurgias realizadas levando a concluir que há uma maior resposta no que toca a este tipo de cirurgias eletivas.
Número de dias de internamento	Dado que cada um dos nossos utentes é um ser único e deve ser visto de forma holística, deve ser também tratado de forma ímpar. Logo, dependendo de alguns fatores (como o número de comorbilidades associadas, a sua tolerância à dor, entre outros) que possam influenciar o seu processo de reabilitação está diretamente ligado com o número de dias de internamento que o nosso utente pode ter. Quanto maior o tempo de internamento mais grave a sua condição clínica.

Número de horas diárias de trabalho do EEER	O número de horas diárias de trabalho do enfermeiro de reabilitação com disponibilidade para prestar cuidados de reabilitação a estes utentes de forma individual. Sendo que estes se encontram no serviço 12h por dia em todos os dias da semana, os cuidados prestados ao grupo de utentes em estudo (ATJ e ATA) é similar.
Destino após alta clínica	O destino após alta clínica pode influenciar diretamente os dados obtidos no final do estudo. Os utentes que ingressam numa UCC para otimizar o seu processo de recuperação funcional, prolongam o seu internamento hospitalar levando a que haja um aumento significativo na nossa média de dias de internamento.

Durante o período em estudo, temos um total de casos estudados de 4568 utentes. Nos anos 2010-2013 foram estudados um total de 2205 utentes, sendo que 1154 utentes foram submetidos a ATA e 1051 utentes a ATJ.

Nos anos 2015-2019, foram estudados 2363 utentes. Sendo que, 1092 utentes foram submetidos a ATA e 1271 a ATJ.

Quanto ao instrumento da colheita de dados, tendo em conta os objetivos do estudo e as características da população optou-se por uma análise estruturada com recurso ao preenchimento de uma grelha realizada pelos EEER (Anexo VII) do serviço de ortopedia do CHTS. A construção desta grelha de registo de dados dos utentes com critérios de inclusão no estudo foi realizada com base na literatura existente à data.

O preenchimento desta grelha é feito pelo Enfermeiros Especialista em Reabilitação, no momento de admissão do nosso utente no serviço, que se encontre de serviço nesse mesmo dia.

Nos estudos quantitativos, o questionário/preenchimento de grelha pré-definida é um dos métodos de eleição para a recolha de dados devido às suas características: é menos dispendioso que outros métodos; pode garantir o anonimato caso seja do interesse do utente; permite apresentar as mesmas diretrizes para todos os sujeitos; pode ser aplicado a várias pessoas em simultâneo (Fortin, 2009).

Capítulo 4 – Análise, Discussão dos Resultados e Propostas de Melhoria

4. Análise dos Resultados

Este capítulo destina-se à apresentação dos dados colhidos de forma a que possamos comprovar a eficácia da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação num serviço. Demonstrando assim, que a prestação de cuidados especializados traz vantagens para o nosso utente (saem mais preparados para lidar com o seu novo estado de saúde no domicílio), para o serviço e consequentemente para o hospital.

Por fim, traz ainda benefícios para todos os utentes que se encontram na área de residência do CHTS e que necessitam de cuidados cirúrgicos do foro ortopédico pois, havendo uma maior rotatividade no internamento gera consequentemente uma diminuição do tempo médio de espera e assim uma maior possibilidade de ver a sua patologia tratada o mais cedo possível.

A explanação do estudo inicia-se pela caracterização da população ao nível sociodemográfico seguindo-se, a caraterização do estado clínico incluindo os diagnósticos e o tempo de internamento.

Tendo em consideração que os dados por si só não respondem às questões de pesquisa é fulcral analisá-los sistematicamente, de forma a serem detetados padrões e tendências (Polit & Beck, 2011). É nesta fase que o investigador explica com recurso à evidência científica os resultados que obteve propondo recomendações (Fortin, 2009).

4.1. Caraterização da População

A caraterização da nossa população inicia-se com o explicar da média de idades dos nossos utentes. É importante perceber o tipo de população que estamos a analisar pois, mediante a faixa etária, as condições físicas e a sua consequente reabilitação difere.

Em seguida iremos expor a população mais representativa em função do género e do diagnóstico para que se consiga interrelacionar alguma possível ligação.

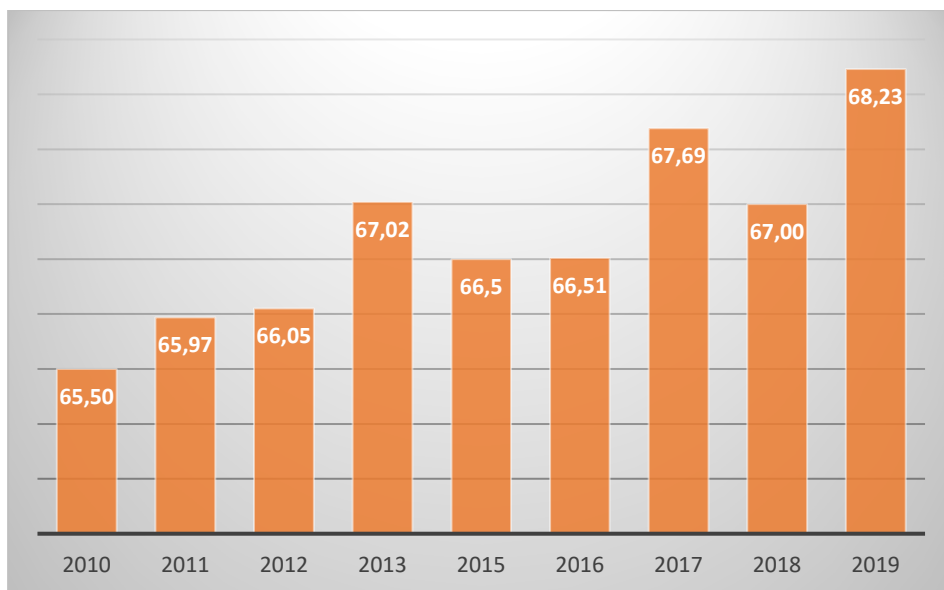


Gráfico 1: Média de Idades dos Utentes em estudo

No que respeita à idade dos nossos utentes, gráfico 1, pode-se verificar que a média de idades nos dois espaços horizontais comparativos (2010 – 2013 e 2015 – 2019) é superior a 65 anos, ou seja, uma amostra maioritariamente idosa. Este facto prende-se com o aumento da esperança média de vida da população sendo que como se vive mais tempo, temos mais desgaste osteoarticular e consequente necessidade na substituição das nossas principais articulações (ATA/ATJ).

Conforme verificamos através da tabela 5, temos um intervalo de idade bastante díspar nos utentes submetidos a artroplastia. No nosso estudo, no período de 2010-2013, o utente mais novo tem 31 anos e foi submetido a ATA e o mais velho 83 anos sendo submetido a ATJ. No período 2015-2019, o utente de menor idade apresentava 28 anos e o de maior idade 87 anos, sendo ambos submetidos a ATA.

Tabela 5: Idade mínima e máxima dos utentes submetidos ATJ/ATA nos períodos em estudo

	2010 - 2013		2015 - 2019	
	ATA	ATJ	ATA	ATJ
Idade Mínima (anos)	31		28	
Idade Máxima (anos)		83	87	

O diagnóstico principal existente no nosso serviço, que levam os nossos utentes a serem submetidos a ATA numa idade tão jovem é a Necrose Avascular da Cabeça do Fémur. Segundo Manuel (2014), o tratamento pode ser médico ou cirúrgico dependendo da fase da doença. O tratamento médico consiste em repouso, medicação analgésica e bifosfonatos. O tratamento cirúrgico inclui descompressão da articulação, endomielectomia, enxerto ósseo vascularizado, osteotomias do fémur proximal ou artroplastias, sendo que na fase terminal da doença a única maneira de tratar os pacientes é a ATA.

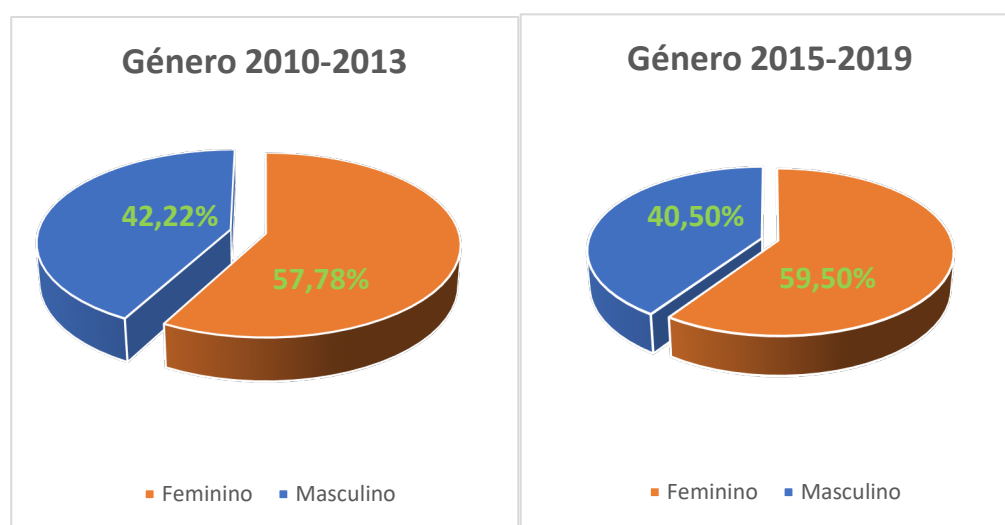


Gráfico 2: Representatividade de Género 2010-2013/ 2015-2019

No que respeita ao género, gráfico 2, podemos observar que prevalece uma maior incidência de intervenção no sexo feminino. Nos anos de 2010 a 2013 foram submetidos a Artroplastia Total da Anca e Joelho cerca de 1274 (57,78%) utentes do sexo feminino e 931(42,22%) do sexo masculino, perfazendo um total de 2205 utentes intervencionados em 4 anos.

Nos anos de 2015 a 2019 podemos observar que foram submetidos a Artroplastia Total da Anca e Joelho cerca de 1406 (59,5%) utentes do sexo feminino e 957 (40,5%) do sexo masculino, perfazendo um total de 2363 utentes intervencionados em 5 anos.

Conseguimos assim auferir que o sexo feminino, é o género predominante no que toca a este tipo de patologias do foro ortopédico.

Esta evidência pode ser explicada na medida em que a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens. Segundo Campos (2014), as mulheres vivem mais tempo do que os homens, mas apresentam piores condições de vida.

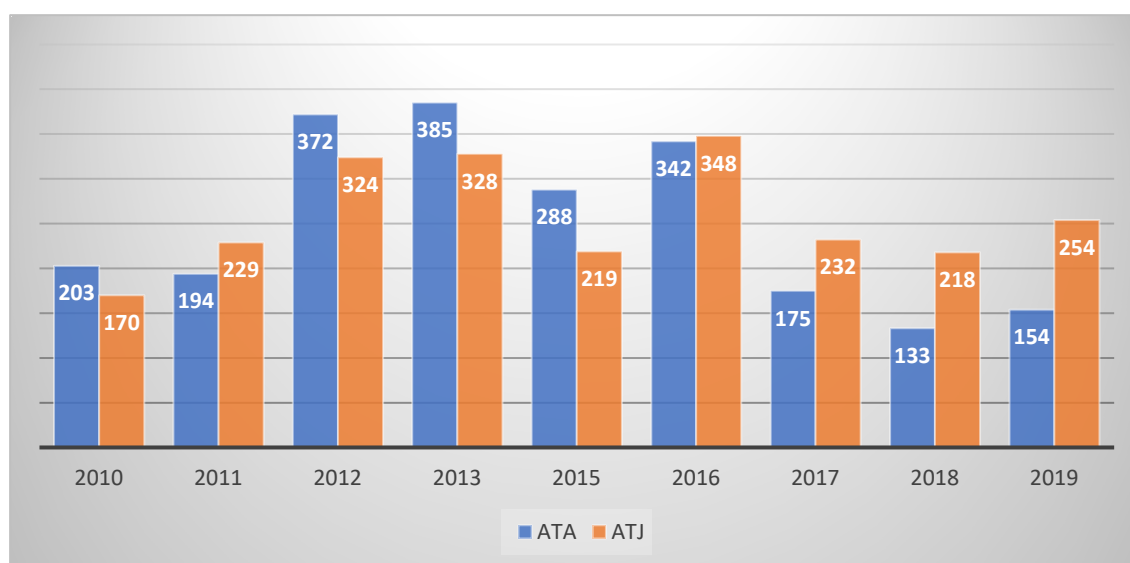


Gráfico 3: Representatividade Cirúrgica em função do diagnóstico nos diferentes anos

O gráfico 3 representa o número de cirurgias realizadas nos diferentes anos. Após análise dos dados colhidos, conseguimos ainda apontar que no espaço temporal 2010-2013 o diagnóstico com maior prevalência seria a Coxartrose mas, no segundo período em análise (2015-2019) essa tendência foi sofrendo alterações pois conseguimos verificar que o diagnóstico mais frequente é a Gonartrose. Apesar desta alteração, não há influência direta no número de dias de internamento uma vez que ambas as patologias seguem o mesmo programa de enfermagem de reabilitação.

Podemos assim verificar que nos anos de 2010-2013 foram submetidos a ATA cerca de 1154 utentes e a ATJ cerca de 1051, enquanto que, no período de 2015-2019 foram submetidos a ATA cerca de 1092 e a ATJ 1271 utentes.

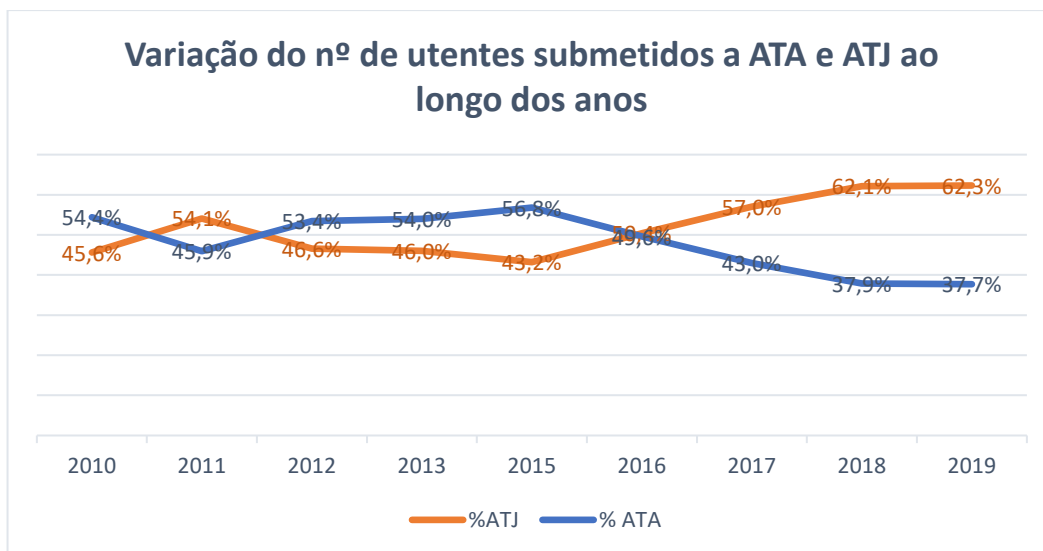


Gráfico 4: Percentagem de utentes submetidos a ATA e ATJ nos diferentes anos

O gráfico 4 serve precisamente para demonstrar, de uma forma, mais simplista a tendência de cirurgias ocorridas. É notório que no final do gráfico a curva que representa a ATJ é muito superior em relação à curva que representa os utentes submetidos a ATA. Podemos ainda apurar que, com o passar dos anos, existe tendencialmente um maior número de utentes submetidos a artroplastia total do joelho primariamente à anca. Até à data não se encontra uma justificação científica que demonstre esta disparidade em relação a ATA e ATJ realizadas no segundo período.

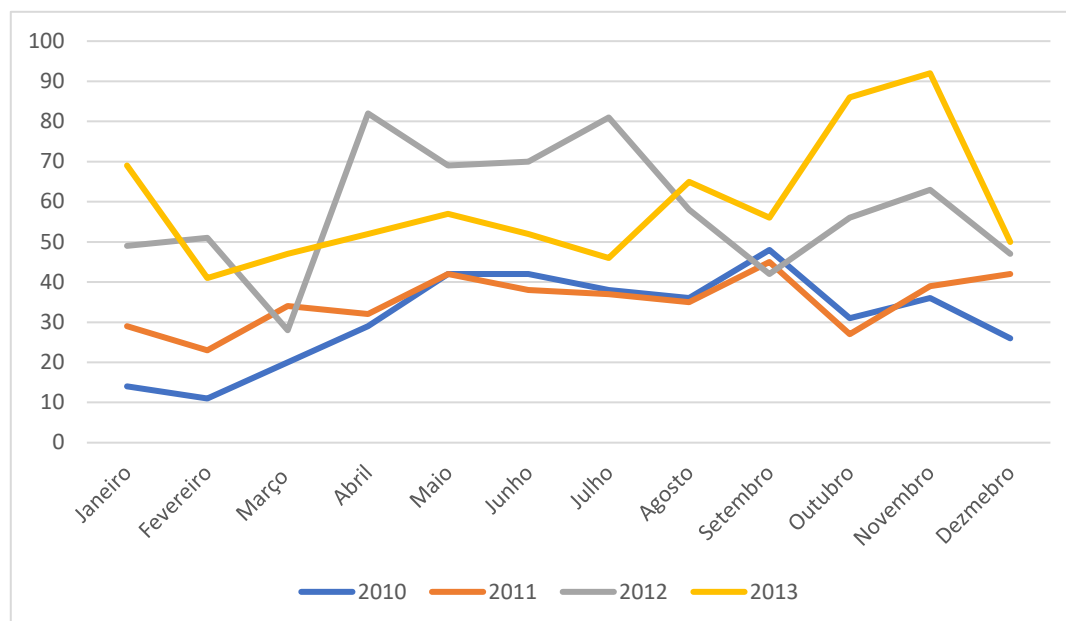


Gráfico 5: Variação do número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses nos anos 2010-2013

No gráfico 5, apresenta-se o número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses de 2010, 2011, 2012 e 2013.

O ano de 2010 e 2011 comporta-se de forma semelhante. O mês de Fevereiro é o mês com menos realização de cirurgias embora haja uma tendência crescente ao longo dos outros meses. Verifica-se ainda que nestes dois primeiros anos o fluxo cirúrgico no que toca a este tipo de cirurgias foi reduzido comparativamente com os outros anos.

No ano de 2012, há um decréscimo acentuado do número de utentes submetidos a ATJ e ATA nos meses Julho, Agosto e Setembro. Dado que tendencialmente nesse meses há um maior número de profissionais a gozar férias, pode existir uma relação causal. No entanto, de Abril a Julho, há um elevado número de cirurgias realizadas sendo que em Abril foram realizadas 82 ATJ/ATA, em Maio 69, em Junho 70 e em Julho 81. No ano de 2012 o mês com maior número de utentes submetidos a ATA e ATJ foi o mês de Abril com 82 cirurgias realizadas, seguido do mês de Julho com 81. Todos os outros meses padecem de números inferiores.

Quanto ao ano de 2013, pode-se verificar que o maior número de cirurgias realizadas foi no mês de Novembro onde, 92 utentes foram intervencionados. Há um aumento significativo nos meses de Outubro e Novembro sendo que no resto do ano as variações são reduzidas.

Pela análise do gráfico pode-se verificar que no ano de 2010 o mês com maior número de utentes intervencionados foi o mês de Setembro, com 48 utentes submetidos a ATJ e ATA. Em contrapartida temos o mês de fevereiro com menor número, 11 utentes intervencionados. Temos um total ATJ/ATA realizadas nesse ano de 363.

No ano de 2011, o mês com maior atividade cirúrgica foi de igual modo o mês de Setembro, com 45 utentes intervencionados e o mês com menor índice cirúrgico é o mês de Fevereiro com 23 utentes intervencionados. Temos um total ATJ/ATA realizadas nesse ano de 423.

No ano de 2012, o mês com maior fluxo cirúrgico é o mês de Abril, com 82 utentes submetidos a ATJ e ATA, sendo que no mês de Março apenas são realizadas 28 cirurgias. Temos um total ATJ/ATA realizadas nesse ano de 696.

Em seguida temos o ano com maior doentes intervencionados, o ano de 2013. Nos 12 meses foram intervencionados 713 utentes. Aqui, o mês de maior fluxo é o mês de Novembro com 92 próteses colocadas, sendo que o mês de Fevereiro volta a ser o mês com menos ATA/ATJ realizadas, 41.

Esta oscilação no número de cirurgias realizadas nos diferentes meses dos diferentes anos pode estar relacionada com imensos fatores dos quais se destacam as greves de profissionais da saúde que possam

ter existido levando a uma resposta cirúrgica pouco eficaz em determinados meses do ano. Conforme informação existente em Diário de Notícias, um trabalho de investigação elaborado pelo economista Drº Eduardo Costa refere que no período compreendido entre 2012 e 2018, “Portugal regista 127 greves hospitalares, num total de 268 dias de greve, envolvendo protestos de enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico, estimando-se impactos negativos na taxa de mortalidade e na atividade cirúrgica”. Outra razão prende-se com o elevado dias de internamento por parte dos utentes que apresentam complicações pós-operatórias, levando a uma taxa de ocupação mais duradoura, o que colmata num défice de camas existentes no internamento.

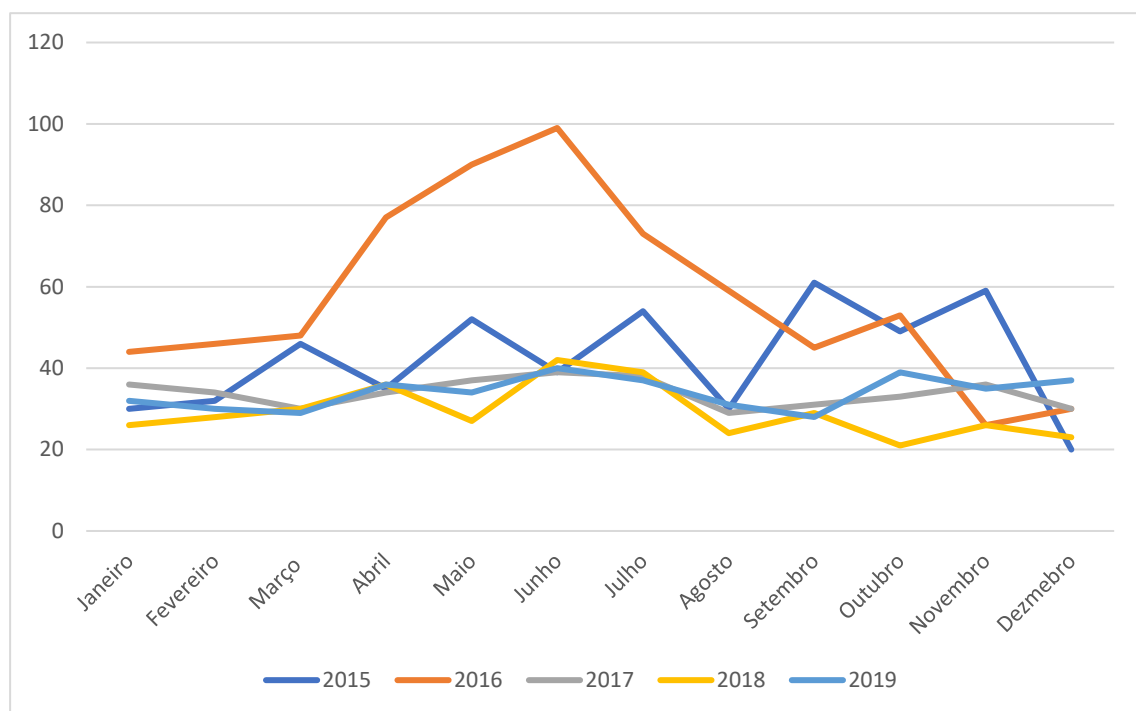


Gráfico 6: Variação do número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses nos anos 2015 -2019

O gráfico 6, representa o número de ATJ e ATA realizadas nos diferentes meses de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019.

Como se pode verificar através da análise gráfica, nos anos de 2015 e 2016 há um aumento substancial no número de cirurgias realizadas comparativamente com os três anos seguintes onde o comportamento gráfico é semelhante. Sendo notório que o ano de 2016 se destaca comparativamente a todos os outros anos.

O ano 2015 e 2016 são os anos que se seguem após implementação do Programa de Enfermagem de Reabilitação sendo que se pode dizer que esta maior rotatividade cirúrgica pode estar diretamente ligada aos cuidados do EEER pois como comprovado, houve uma diminuição do número de dias de internamento consequente de uma alta mais precoce e consequente maior rotatividade cirúrgica comparativamente com o período pré implementação do Programa de Enfermagem de Reabilitação.

Pela análise do gráfico pode-se verificar que no ano de 2015 o mês com maior número de utentes intervencionados foi o mês de Setembro, com 61 utentes submetidos a ATJ e ATA. Em contrapartida temos o mês de Dezembro com menor número, 20 utentes intervencionados. Temos um total ATJ/ATA realizadas nesse ano de 507.

No ano de 2016, o mês com maior atividade cirúrgica foi o mês de Junho, com 99 utentes intervencionados e o mês com menor índice cirúrgico é o mês de Novembro com 26 utentes intervencionados. Neste ano temos um aumento considerável no número de cirurgias realizadas comparativamente aos outros anos em estudo sendo que é nos meses de Abril, Maio, Junho e Julho que há um maior crescimento. Neste ano, temos um total ATJ/ATA realizadas de 690.

No ano de 2017, o mês com maior fluxo cirúrgico é o mês de Junho, com 39 utentes submetidos a ATJ e ATA, sendo que no mês de Agosto apenas são realizadas 29 cirurgias. Temos um total ATJ e ATA realizadas nesse ano de 407.

Segue-se o ano de 2018 onde o mês mais produtivo corresponde ao mês Junho, com 42 ATJ/ATA realizadas. Neste mês temos um total de ATJ/ATA realizadas de 351.

Por ultimo, temos o ano de 2019. Neste ano, nos 12 meses foram intervencionados 418 utentes. Aqui, o mês de maior fluxo volta a ser o mês de Junho com 40 próteses colocadas, sendo que o mês de Outubro ficou com a diferença de 1 cirurgia apenas. O mês de Setembro é o mês com menos ATA/ATJ realizadas, sendo de apenas 28.

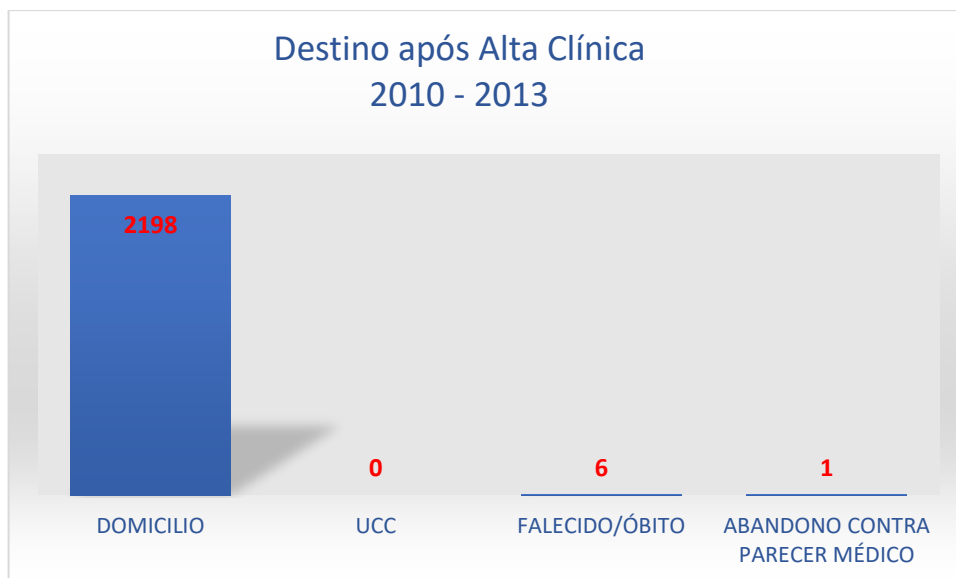


Gráfico 7: Destino após Alta Clínica no período 2010-2013

Após análise do gráfico 7, pode-se afirmar que no período 2010-2013, a recuperação pós alta clínica decorria no domicílio. Podemos assim deduzir que nesta fase, as Unidades de Cuidados Continuados (UCC) ainda não estavam divulgadas o suficiente e não eram de conhecimento comum, não levantando a possibilidade de uma recuperação fora do domicílio.

Conforme podemos constatar, neste período, existiram 2198 altas clínicas com destino ao domicílio, zero idas para UCC, seis óbitos e apenas uma alta clínica contra parecer médico.

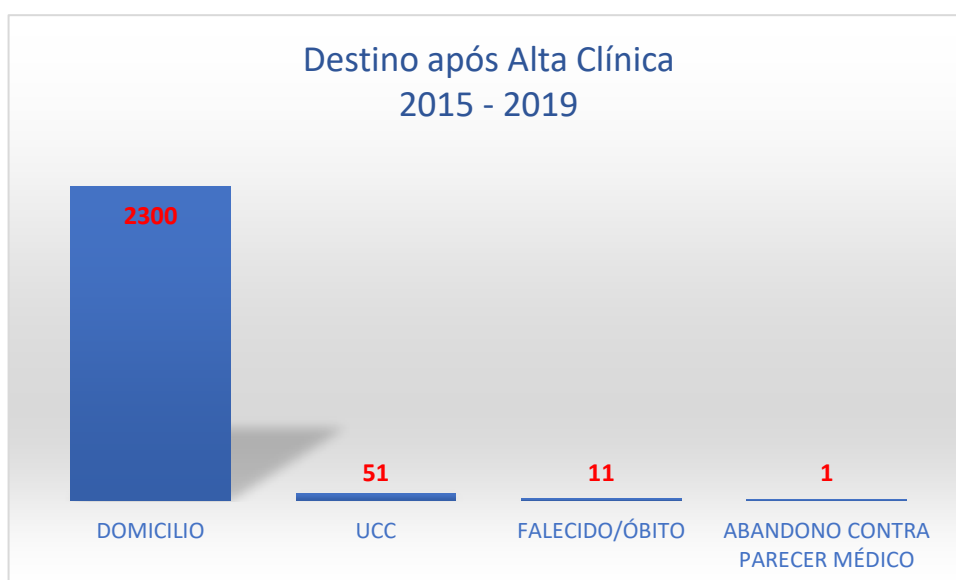


Gráfico 8: Destino após Alta Clínica no período 2015-2019

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de Junho como parceria dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. O objetivo geral definido para esta Rede foi “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”(Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019).

As UCC, estão inclusas nesta rede e dão resposta a situações sociais transitórias, como por exemplo, ausência de prestador de cuidados na fase aguda da sua recuperação, promovem a reabilitação e a independência após situação clínica aguda num período de internamento com um *timing* definido.

Como podemos verificar através da análise do gráfico 8, com o passar dos anos, as pessoas encontram-se mais informadas sobre apoios sociais existentes para o seu processo de recuperação levando a que seja solicitado no período de internamento hospitalar a ida para a UCC quer pelo utente e muitas vezes até a pedido da própria família.

As UCC levantam um problema ao nosso estudo pois, dado o panorama do país onde cada vez mais temos uma população envelhecida, com uma maior longevidade mas com pouca qualidade de vida, nasce o problema do cuidador. Como tal, as UCC, hoje em dia, servem também para dar resposta a alguns problemas sociais, ficando com a sua lotação rapidamente atingida não se conseguindo transferir os que se encontram em período de internamento hospitalar e necessitam efetivamente dessas unidades para promoção da sua recuperação funcional.

Estes utentes que demonstram interesse que o seu processo de recuperação finde numa UCC prolongam o seu internamento hospitalar à espera de vaga sendo que, aumenta a nossa média de dias de internamento inflacionando alguns dos dados do nosso estudo.

Podemos verificar, que neste período em causa (2015-2019), existem cerca de 51 idas para UCC e como demonstramos no gráfico seguinte, houve de igual modo um decréscimo na média de dias de internamento neste mesmo período (período este onde está implementado o programa e a equipa de Enfermagem de Reabilitação) concluindo-se assim que esta média de dias de internamento está diretamente sensível aos cuidados da equipa de enfermagem de reabilitação e a toda a preparação do utente por nós realizada.

Podemos também verificar que existe um maior número de cirurgias realizadas neste período, sendo no total 2363, das quais 2300 tiveram como destino pós alta clínica o domicílio.

Podemos ainda verificar que o número de óbitos quase duplicou neste período (11 óbitos no período 2015-2019) mas, como neste mesmo período o aumento médio da idade também aumentou podemos

concluir que pode estar diretamente relacionado ao fato de que cada utente tem uma ou mais comorbilidades associada.

Por fim, tivemos apenas uma alta por abandono contra parecer médico tal como no período anterior. Após análise minuciosa dos dados levantados verificamos que no período de 2015-2019 aguardaram ingresso na UCC cerca de 51 utentes sendo eles maioritariamente do sexo feminino, mais especificamente, 37 utentes do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

No período 2010-2013 nenhum dos utentes/familiares demonstraram interesse de que o seu processo de reabilitação passasse pelas UCC.

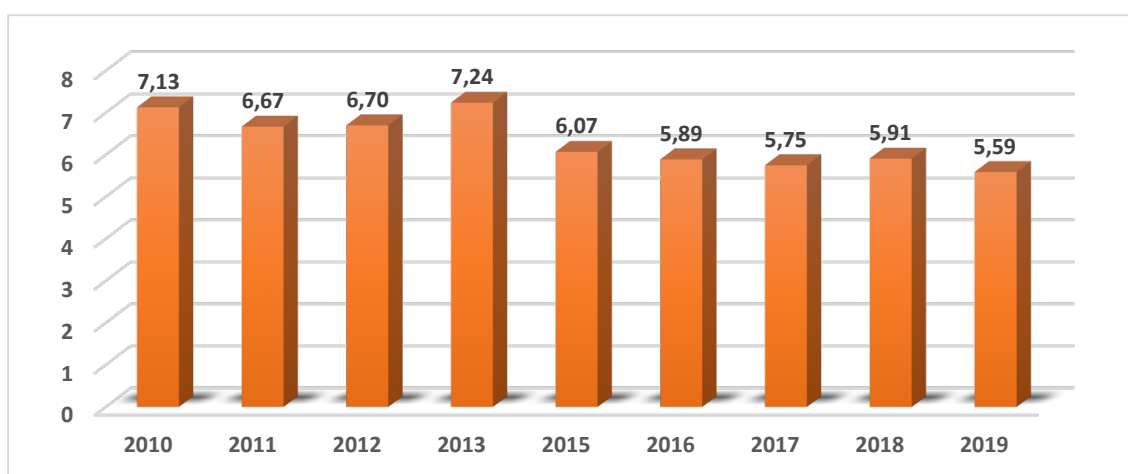


Gráfico 9: Média de Dias de Internamento

Através da análise do gráfico 9 podemos observar que tendencialmente, no período de 2015-2019 (período este onde a equipa de enfermagem de reabilitação tem o seu programa em funcionamento e se encontra no terreno), há um decréscimo no número de dias médio de internamento.

No período de 2010-2013 temos uma média de dias de internamento de $6,94 \approx 7$ dias, enquanto que no período de 2015-2019 a média de dias de internamento é de $5,84 \approx 6$ dias. Podemos assim dizer que houve um decréscimo ao longo dos anos de ≈ 1 dia. Segundo informação transmitida pelo gabinete de estatística, não houve alteração no período em estudo da dinâmica existente em prol deste tipo de cirurgias eletivas. Ou seja, o número de salas operatórias preconizadas para este tipo de cirurgias eletivas foi mantido no período em estudo e o número de recursos humanos foi também semelhante. A única alteração existente foi o início do Programa de Enfermagem de Reabilitação no que nasce no final do ano de 2013 e tem início da sua implementação no ano de 2014 pelo que, estes resultados estão sensíveis aos cuidados especializados prestados por esta equipa.

Contudo, pode-se ainda afirmar que estes resultados poderiam ser mais notórios caso os nossos utentes não tivessem necessidade de aguardar em período de internamento pela vaga na UCC. Como podemos verificar nos gráficos anteriores, no segundo período estudado há um aumento exponencial do número de utentes que demonstram vontade de recuperar fora do seu domicílio e preferem as UCCs como forma de reabilitação do período pós-operatório. Como tal, tendo a obrigatoriedade de permanecerem em período de internamento a aguardar o seu ingresso, aumentam consequentemente o número de dias em período de internamento, levando a que a nossa média esteja inflacionada por estes mesmos utentes. Conseguiríamos demonstrar melhores resultados caso estes utentes não fossem contemplados no estudo mas, uma vez que foram submetidos a Artroplastia Total Primária faz todo o sentido serem incluídos.

Sabemos ainda que os cuidados prestados ao utente não são única e exclusivamente da responsabilidade do EEER, tendo presente que o sucesso da recuperação está dependente de toda a equipa interdisciplinar mas, podemos dizer que fruto do trabalho e empenho nos cuidados prestados a estes utentes por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação, leva a que tenhamos estes resultados.

Segundo Hoeman (2011), o enfermeiro de reabilitação tem como competência o ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os utentes quer os cuidadores familiares nas suas atividades de vida diárias, para níveis máximos de independência. É precisamente neste princípio que nos regemos para atingirmos o grau de satisfação pretendida, importando-nos saber que o utente e o cuidador estão ambos envolvidos e a trabalhar em prol de uma eficiente recuperação no seu domicílio.

O EEER dirige as suas intervenções de acordo com as necessidades, características, capacidades e tolerância de cada pessoa na sua individualidade e singularidade. Estrutura a sua intervenção com uma abordagem holística, atende aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos da pessoa (Hoeman, 2011). Assim, o EEER é detentor de conhecimento capaz de alcançar o sucesso no processo de recuperação funcional.

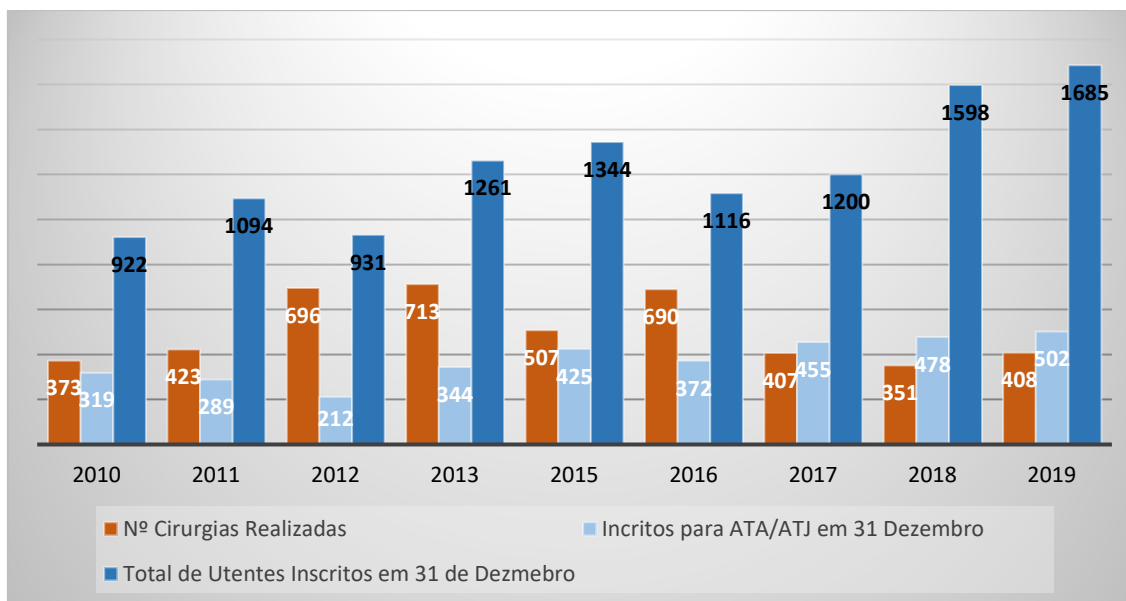


Gráfico 10: Comparação do número total de utentes inscritos em Ortopedia, inscritos para ATA/ATJ vs Cirurgias Realizadas nos diferentes anos

O gráfico 10 representa o número total de utentes inscritos, inscritos apenas para ATA/ATJ e o número efetivo de utentes submetidos a ATA e ATJ ao longo dos diferentes anos. Dado que as listas de espera são dinâmicas, ou seja, estão em constante alteração ao longo dos dias pelos mais variados motivos sendo eles, o cancelamento cirúrgico, o fornecimento de um vale cirúrgico de forma a ser intervencionado mais rapidamente noutra instituição, óbito do utente, não nos foi possível fornecer números exatos quanto ao número de utentes inscritos para ATA/ATJ ao longo dos anos pois, o gabinete de estatística do CHTS não dispõe da exatidão desses números. Através da análise do gráfico conseguimos verificar que, à data de 31 de Dezembro de cada ano, a fatia total do número de utentes inscritos para cirurgia no serviço de ortopedia, uma grande parte corresponde a utentes inscritos para ATA e ATJ.

Verifica-se que em cada ano, o número total de utentes inscritos no serviço de ortopedia do CHTS ronda os 1000 utentes, sendo que no ano de 2018 e 2019 há um aumento significativo que pode ser resultado de uma população envelhecida com mais problemas osteoarticulares que necessitam de tratamento cirúrgico, pode ser resultado de uma maior procura por parte dos nossos utentes dos cuidados oferecidos no serviço de ortopedia recusando assim a opção de tratamento dada em outro hospital através do vale cirúrgico ou pode ainda prender-se com a pouca oferta de tratamento ortopédico existente nas proximidades.

Pode-se ainda verificar que na grande maioria dos anos, o número de cirurgias realizadas é superior ao número de cirurgias agendadas para as patologias em estudo (ver tabela 6). Isto deve-se ao dinamismo das nossas listas de espera não sendo possível apresentar resultados concretos quanto ao número de inscritos para este tipo de patologias por ano. De salientar ainda que, dado o número de cirurgias realizadas *versus* o número de inscritos, o serviço de ortopedia evidencia alguma falta de capacidade em dar resposta a todos os nossos utentes propostos pela equipa médica para cirurgia pois, o número de inscritos para ATA/ATJ representados no gráfico 8 transmitem o número de utentes que à data de 31 de Dezembro daquele ano não viram a sua cirurgia marcada e assim transitaram na lista de espera para o ano seguinte.

De salvaguardar que o CHTS abrange um grande território geográfico tendo a necessidade de dar resposta a um grande número populacional.

Tabela 6: Representatividade numérica dos utentes que padecem de resposta cirúrgica do Serviço de Ortopedia do CHTS

Ano	Total Utes Inscritos para cirurgia na especialidade de Ortopedia	Nº Utes Inscritos para ATA e ATJ	Nº de ATA e ATJ Realizadas
2010	922	319	373
2011	1094	289	423
2012	931	212	696
2013	1261	344	713
2015	1344	425	507
2016	1116	372	690
2017	1200	455	407
2018	1598	478	351
2019	1685	502	408

Dado que o gabinete de estatística não consegue fornecer dados passados exatos pelo dinamismo das listas de espera vemos uma discrepância no número de ATJ/ATA realizadas e o número de inscritos. Tal significa que se conseguiu dar resposta ao longo do ano a parte dos utentes que encontravam propostos para cirurgia mas, alguns desses utentes não conseguiram ver a sua patologia tratada por diversos fatores como: complicações de saúde; várias comorbilidades associadas; erros administrativos; greves dos profissionais de saúde; prioridades cirúrgicas; presença de vaga na unidade de cuidados intermédios; material ortopédico disponível mediante características do utente; entre outros.

4.2. Discussão dos Resultados

Cada pessoa é única e deve ser vista de forma holística pelo EEER e assim ser tratada de forma individual, independentemente da sua condição económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa.

A discussão de resultados será realizada em primeira instância sobre as características sociodemográficas, seguido da análise do impacto do plano intervenção de Enfermagem de Reabilitação nos utentes submetidos a ATA e ATJ no serviço de ortopedia. Posteriormente serão ainda analisados os dados estatísticos pré e pós intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação e o seu impacto nos custos hospitalares.

Para o presente estudo temos uma população total de 4568 utentes. Sendo que, 2246 foram submetidos a ATA primária e 2322 foram submetidos a ATJ primária. Em causa está um estudo comparativo onde o primeiro período vai de 2010-2013 e o segundo período de 2015-2019. Sendo que o ano de 2014 é considerado o ano 0, não entrando no estudo, pois foi nesse ano que se deu início à implementação do programa da equipa de enfermagem de Reabilitação no serviço de Ortopedia do CHTS. O presente estudo analisa e descreve a informação disponível sobre as cirurgias em causa, realizadas no período supracitado com o intuito de melhorar a informação existente na base do sistema hospitalar. Demonstra ainda a importância do investimento por parte da entidade empregadora em profissionais especializados que prestem cuidados na sua área da especialidade e concebam e implementem projetos no seu serviço de forma a promover a excelência dos cuidados prestados.

Após levantamento e discussão dos dados colhidos vemos que no período de 2010-2013 foram realizadas 2205 cirurgias e no período de 2015-2019 foram realizadas 2363.

Através dos dados trabalhados no decorrer desta investigação podemos deduzir que houve efetivamente um decréscimo no número de dias de internamento após a implementação do programa de reabilitação embora, essa redução não seja observada de uma forma tão notória como o esperado pois verificamos que houve um aumento do número de utentes que desejaram que a sua recuperação pós-operatória fosse realizada numa UCC, uns porque não tinham retaguarda familiar no domicílio, outros porque entendiam que seria o melhor para o seu processo de recuperação, obrigando a um internamento hospitalar mais prolongado enquanto aguardavam a sua vaga na UCC ficasse disponível. Assim, a média de dias de internamento está inflacionada por estes utentes visto que temos uma média de dias de espera nas UCC superior ao período de internamento convencional. Observamos ainda que a grande maioria dos utentes presentes no estudo, após implementação do programa de enfermagem de reabilitação, tinha alta clínica para domicílio com uma média de dias de internamento baixa (≈ 4 dias). Sendo que, grande parte dos nossos utentes, ao terceiro dia pós-operatório já se encontra habilitado para lidar com o seu novo estado de saúde no domicílio. Mas, muitas vezes, por precaução e para vigilância de possíveis alterações neurovasculares permanecem mais um dia em regime de internamento.

Após análise dos gráficos expostos no capítulo anterior, verificamos que temos um intervalo de idade bastante colossal. Sendo que no nosso estudo, no período de 2010-2013, o utente mais novo tem 31 anos e o mais velho 83. No período 2015-2019, o utente de menor idade apresentava 28 anos e o de maior idade 87 anos.

Podemos ainda verificar que a média de idades encontra-se a aumentar de forma tendencial podendo assim dizer que o facto da esperança média de vida dos nossos idosos também se encontrar a aumentar pode estar diretamente relacionada. A nossa média de idades é sempre superior a 65 anos (faixa etária considerada idosa).

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (INE, 2019).

No entanto, conforme observado, verificamos que o número de óbitos após serem submetidos à intervenção cirúrgica também aumentou de forma exponencial o que nos leva a concluir que estes dados podem estar diretamente relacionados pois, os nossos idosos vivem mais anos mas com mais comorbilidades associadas levando a um maior risco de complicações pós-operatórias.

Segundo INE (2019), impactos crescentes das doenças do aparelho circulatório e das doenças do aparelho respiratório na mortalidade com o aumento da idade, sobretudo a partir dos 65 anos de idade, embora com expressões diferentes para os dois grupos de doenças.

Relativamente ao sexo, verificamos que o sexo feminino se encontra em maioria nos dois períodos em análise levando-nos a concluir que o sexo feminino apresenta uma esperança média de vida superior ao masculino. Através do nosso estudo conseguimos verificar que no total foram submetidos a intervenção cirúrgica 2680 utentes do sexo feminino e 1888 utentes do sexo masculino comprovando que o género predominante na classe idosa é o feminino.

As mulheres sobrevivem em maior número a idades mais elevadas comparativamente com os homens (INE, 2019).

No que diz respeito à representatividade cirúrgica, podemos verificar que no primeiro período em estudo foram intervencionados maioritariamente utentes com Coxartrose embora, no segundo período em estudo essa tendência tenha sido alterada pelo que a cirurgia mais realizada foi ATJ. Houve assim, uma alteração da tendência não havendo uma relação/explicação direta para esse fenómeno.

Quanto ao destino após alta clínica, vemos que entre 2010-2013 o destino principal é o domicílio levando-nos a concluir que o papel do cuidar da pessoa idosa perante processo de doença se encontrava bastante enraizada na sociedade. Com o avançar dos anos, verificamos que cerca de 51 utentes recuperaram numa UCC sendo que o motivo principal para este acontecimento era a inexistência de um cuidador para prestar cuidados no domicílio. Estas Unidades de recuperação surgem como resposta a uma componente social onde habilita as pessoas que se encontram num processo de recuperação e as torna mais habilitadas a executar as tarefas básicas do seu dia a dia.

Da análise média de idades, género, tipo de cirurgia realizada e médias de dias de internamento, verificamos que não existe uma relação direta porque, como demonstrado anteriormente, o número de dias de internamento é similar independentemente da cirurgia realizada, do género ou da idade. A variante que influencia a média de dias de internamento de uma forma mais notória está relacionada com prolongamento hospitalar enquanto aguardam vaga para ingresso na UCC.

Existem descompensações orgânicas num pós-operatório que estão diretamente relacionadas com as patologias prévias de cada utente o que, por norma, se pode direccionar para duas vertentes: uma recuperação no *timing* previsto após estabilização hemodinâmica agilizada eficazmente pela equipa de saúde ou então culmina na sua morte por falência multiorgânica.

Quanto à análise do número total de utentes inscritos para cirurgia no serviço de ortopedia do CHTS, número de utentes inscritos para ATA/ATJ à data de 31 de Dezembro de cada ano e o número de utentes submetidos a ATA/ATJ efetivos pode-se verificar que o serviço tem uma grande rotatividade cirúrgica pelo que o número total de inscritos é sempre superior a 1000 utentes exceto nos anos de 2010 e 2012 que temos um total de 922 e 931 respetivamente.

Uma vez que as listas de espera são dinâmicas, ou seja, estão em constante alteração, não conseguiram fornecer com exatidão o número de utentes inscritos em cada ano para as patologias em estudo. Sabemos sim, que os utentes têm um tempo de espera clinicamente aceitável por patologia (tabela 7). Os utentes do serviço de ortopedia do CHTS em particular, têm um máximo tempo de espera de 180 dias e que, aos 134 dias caso o utente não veja o seu problema solucionado é emitido um vale cirurgia para que este possa ter uma alternativa para a resolução da sua patologia. Esta alternativa passa pela a opção de escolha que é dada ao utente sobre o hospital onde quer ser intervencionado. Após emissão deste vale cirurgia o utente tem cerca de 30 dias para decidir se mantém a sua posição na lista de espera de ortopedia do CHTS ou se prefere ser submetido a cirúrgica num outro hospital. Através da informação fornecida pelo gabinete de estatística do CHTS, a lista de espera média para estes utentes é de 270 a 360 ($\approx$ 1 ano) e que a grande maioria prefere aguardar e ser submetido a ATA/ATJ no CHTS.

A dinâmica das listas de espera é alterada com bastante frequência prendendo-se com os motivos já explanados anteriormente, não nos sendo possível apresentar dados concretos para o número de utentes apenas inscritos para ATA/ATJ. Verifica-se de igual modo que o serviço de ortopedia dá uma resposta cirúrgica eficaz dados os recursos que dispõe para o efeito. No CHTS existe apenas um bloco operatório central sendo que as salas cirúrgicas são divididas com as restantes especialidades cirúrgicas (cirurgia geral, urologia, cardiologia, cirurgia plástica, ginecologia/obstetrícia, entre outras) ao contrário da realidade hospitalar existente num hospital de referência como o Hospital de São João (HSJ) ou no Centro Hospitalar do Porto (CHPorto - Hospital Santo António) onde, esta especialidade médica tem um bloco operatório não partilhado para que consigam dar uma resposta em tempo útil aos seus utentes. Grande parte do bolo cirúrgico (no que respeita a cirurgias eletivas) prende-se com cirurgias primárias para ATA e ATJ pois, através da análise dos dados verifica-se que, do número total de inscritos, 1/3 corresponde a ATA e ATJ.

A rotatividade cirúrgica do nosso serviço é muito superior aos dados apresentados visto que, dá ainda resposta a um serviço de urgência com grande afluência. No entanto, o foco do nosso estudo centra-se

nas cirurgias eletivas no que respeita aos utentes com diagnóstico de coxartrose e gonartrose pois é para onde a equipa de enfermagem de reabilitação direciona maioritariamente o seu programa.

As cirurgias realizadas no âmbito do serviço de urgência geral não são previamente agendadas, resultam de trauma.

Segundo dados colhidos na página do SNS, o CHTS em tempos médios de espera para cirurgia – sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC), subdivide o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) em 3 grandes grupos. Referem-se a dados do número de utentes a aguardar por cirurgia programada a 31 de Dezembro de 2020 e o tempo médio de resposta dos utentes operados (em dias), por prioridade (situação neoplásica maligna ou benigna).

No caso do serviço de ortopedia do CHTS, para os utentes considerados Muito Prioritários (doença oncológica e não oncológica), à data encontravam-se 4 utentes inscritos com uma média de espera de dois dias.

Quanto aos utentes considerados Prioritários (doença não oncológica), encontravam-se 12 utentes inscritos com uma média de dias de espera de 43 dias.

Por fim, quanto aos utentes considerados Normais (doenças não oncológica), encontram-se 1565 utentes inscritos com uma média de dias de espera de 116 dias – Dados retirados da plataforma digital (intranet) do CHTS.

No que toca à variação do número de cirurgias realizadas mensalmente nos diferentes anos em estudo, verifica-se que os anos mais produtivos cirurgicamente foram os anos de 2012, 2013, 2015 e 2016 tendendo a reduzir o fluxo de utente sujeitos a ATJ/ATA após 2016. Este fato pode estar relacionado com imensos fatores como por exemplo, a obrigatoriedade em dar resposta aos utentes que se encontram há 134 dias em espera (sendo que este número sofreu um encurtamento ao longo dos tempos) e como tal há a atribuição do vale cirurgia com a consequente oportunidade de realização cirúrgica noutro hospital. Pode ainda prender-se com a necessidade de dar resposta aos utentes do foro traumatológico ocupando assim as salas cirúrgicas com estes mesmos utentes. Entre outras.

Uma das formas pela qual se tenta solucionar a questão das listas de espera é através da noção de tempo aceitável de espera, que depende da condição clínica do utente e da patologia envolvida. Esta permite que haja uma lista de espera que minimiza as oscilações na chegada de novos utentes ao sistema e que permite uma melhor programação da prática médica (Ministério da Saúde, 2007).

O esforço realizado para que o SIGIC se tornasse num sistema simples resultou na deslocação do utente ao hospital e, na sequência de uma consulta de especialidade, a proposta de realização de uma

intervenção cirúrgica. Após a formalização do seu consentimento e posse de um certificado de inscrição na LIC, o utente fica a aguardar a cirurgia até um prazo máximo determinado mediante a prioridade clínica que lhe for atribuída (Ministério da Saúde, 2007).

Em relação ao tempo máximo de espera, o hospital dispõem de um período correspondente a 75%, o qual, se for ultrapassado, confere ao utente a possibilidade de transferência para outro hospital ou a emissão de um vale – cirurgia, o qual lhe permite a realização da intervenção cirúrgica num hospital privado (Barros, 2008).

Caso o utente não pretenda nenhuma destas opções, não perde a possibilidade de ser intervencionado, no entanto, a contagem do tempo de espera é reiniciada, sem prejuízo para o hospital, podendo este restabelecer a prioridade clínica e, caso considere necessário, antecipar a cirurgia (Pedro, 2008).

Tabela 7: Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis por Patologia

Diagnóstico	Natureza da Patologia/Intervenção	Tempo de Espera Aceitável
Hérnias e Eventrações	• Sem complicações • Com Potenciais Complicações • Sem Complicações mas com diminuição da capacidade no trabalho	≤ 180 dias ≤ 60 dias ≤ 90 dias
Colecistectomias	• Por litíase com complicações prévias • Por litíase sem complicações prévias	≤ 30 dias ≤ 180 dias
Cirurgia Vascular Arterial	• Com claudicação intermitente e/ou lesões carotídeas	≤ 21 dias
Varizes	• Com complicações Prévias • Sem complicações Prévias	≤ 60 dias ≤ 270 dias

Cirurgia Cardiotorácica	• Valvular • Coronária	≤ 60 dias ≤ 60 dias
Hérnia Discal		≤ 30 dias
Cataratas	• Bilaterais com grau de visão incapacitante • Unilateral com olho contralateral normal • Unilateral com amaurose do olho contralateral • Bilateral sem apreciável diminuição da autonomia	≤ 30 dias ≤ 180 dias ≤ 30 dias ≤ 180 dias
Retinopatia Diabética		≤ 30 dias
Prótese de Anca		≤ 180 dias
Prótese do Joelho		≤ 180 dias
Adenoma Prostático sem complicações		≤ 180 dias
Adenoma Prostático com complicações		≤ 90 dias
Oncologia (qualquer patologia)		≤ 21 dias

Fonte: DGS (1998)

4.3. Custos Associados aos Utentes Ortopédicos

As pessoas referem muitas vezes a saúde como sendo um valor inestimável, ao qual não é possível atribuir preço. Assim sendo por ter estas características a saúde deveria beneficiar de recursos ilimitados, sem restrições às necessidades correntes na área da prestação de cuidados e promoção da saúde. (Lourenço & Silva, 2008).

Os chamados custos diretos que estão associados à prestação do serviço de saúde, podem ser fixos, independentemente do doente ser tratado ou não, são exemplo os custos decorrentes da atividade como a limpeza e eletricidade, os custos variáveis que ocorrem quando o serviço é prestado como a utilização de produtos, fármacos e exames. Existem outro tipo de custos diretos que são os custos diretos não médicos que ocorrem por assim dizer noutros setores que não o da saúde, como é o caso das despesas de transporte de doentes, custos relacionados com o apoio social por exemplo (Lourenço & Silva, 2008).

Porém, todos os nossos utentes intervencionados têm um custo diário associado. Este custo está diretamente relacionado com o número de dias de internamento de cada utente. Segundo dados fornecidos pelo gabinete de estatística, a média diária de cada utente é de aproximadamente 130€. Sendo que há oscilações no custo diário de um utente ortopédico de ano para ano este valor é apenas uma mera referência conforme indicado pelo gabinete de estatística do CHTS.

Assim, o custo médio de internamento – Ortopedia compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, hotelaria, material de consumo clínico, custos de recursos humanos, equipamentos e amortizações.

Sendo que, o custo fornecido pelo nosso gabinete de estatística é uma junção de todos estes fatores incorporando as mais variadas oscilações.

A artroplastia total continua a ser uma das intervenções cirúrgicas de maior sucesso na medicina. O aumento da procura implica uma parcela cada vez mais pesada nos custos para os sistemas de saúde. (Bumpass & Nunley, 2012).

4.4. Questões de Investigação

De acordo com os objetivos do estudo e a avaliação dos resultados existem algumas questões que demonstram pertinência no seu levantamento e que se procura dar uma resposta conclusiva. Nesta fase procura-se ainda responder de forma objetiva às questões descritas na fase introdutória.

- Existem ganhos para o serviço/hospital com a implementação de uma equipa de enfermagem de reabilitação e consequente implementação de um programa de reabilitação?

Após análise dos dados colhidos podemos ver que existem ganhos em vários sentidos. Em primeiro lugar o utente pois este usufrui da prestação de cuidados especializados, é ensinado, instruído e treinado para que o seu processo de recuperação funcional seja notório a curto prazo trazendo satisfação ao nosso utente e ao seu respetivos cuidador. Ambos são responsabilizados e envolvidos no seu processo de cura de modo a que todos lucrem ao longo do processo.

Em segundo lugar o serviço pois este tem uma dinâmica que promove uma satisfação individual de cada profissional. Torna-se uma equipa mais coesa que trabalha em prol de um bem comum, a satisfação dos nossos utentes.

Por fim e não menos importante, os ganhos para o hospital. A equipa de enfermagem de reabilitação ao promover uma recuperação mais rápida do nosso utente que termina numa alta mais precoce conseguindo assim diminuir o número de dias de internamento, a libertação de camas que darão resposta aos utentes que entram no nosso serviço de urgência com necessidade de internamento ou até mesmo o internamento de utentes que se encontram na LIC. Isto gera uma proatividade no serviço que trará lucro hospitalar. Ao existir maior rotatividade como consequência da diminuição do número de dias de internamento de cada utente promove a diminuição dos custos com cada utente. Sem nunca descartar a satisfação global gerada e transmitida para o exterior passando a imagem de que o hospitalar presta efetivamente serviços de qualidade, transmitindo assim segurança a quem necessita dos nossos cuidados.

- Existe uma redução efetiva no número de dias de internamento e consequente impacto nas listas de espera para utentes com este tipo de patologia?

Conforme comprovado anteriormente, existe de facto uma redução no número de dias de internamento dos nossos utentes. Embora tenha presente de que tudo que envolve cada utente não é diretamente sensível aos cuidados da equipa de enfermagem de reabilitação, conseguimos auferir que após a prestação destes cuidados especializados onde se trabalha em prol de uma recuperação eficaz o mais

precocemente possível, verifica-se uma melhoria notória no seu envolvimento e proatividade e no seu processo de recuperação sentindo-se assim mais preparado para o regresso ao domicílio. Posto isto e dado que as listas de espera são dinâmicas não foram fornecidos números exatos sobre os utentes em LIC embora, através dos dados colhidos conseguimos observar que há um maior fluxo de utentes intervencionados no período pós implementação programa de enfermagem de reabilitação. Não se pode assim dizer que há um impacto nas listas de espera e cujos resultados estão diretamente relacionados com a intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação, embora se consiga comprovar que há efetivamente um decréscimo no número de dias de internamento dos nossos utentes com consequente rotatividade dos utentes que pelo nosso serviço passam. Havendo uma maior resposta no que toca aos utentes que necessitam de internamento.

- Existe uma relação direta com o destino após alta clínica e o número de dias de internamento dos nossos utentes?

O destino após alta clínica influencia a média de dias de internamento. Dado que os utentes que têm como destino as UCC ficam mais dias internados aguardar vaga, inevitavelmente aumenta o número de dias que ficam internados o que interfere consequentemente na média de dias de internamento.

- Existe relação da maior número de dias de internamento com o género, idade e cirurgia realizada?

Não foi comprovada que essa tríade de relação existisse. Através do explanado conseguisse perceber que independentemente do género, idade ou cirurgia realizada todos os utentes seguem o mesmo plano de enfermagem de reabilitação com alta clínica preconizada entre o terceiro/quarto dia pós-operatório. Quando tal não acontece, na grande maioria dos casos, está associado a complicações pós-operatórias.

- Existe relação no número de dias de internamento e o número de comorbilidades associadas a cada utente?

Pelo observado no terreno ao longo destes anos, pode-se dizer que sim. Quanto maior o número de comorbilidades maior o risco de surgirem complicações no pós-operatório e assim prolongar o número de dias de internamento. Contudo, não foi possível comprovar ao longo do estudo esta correlação. Dado o elevado número de utentes presentes no estudo e dado que cada utente é portador de duas ou mais comorbilidades associadas não foi possível fazer essa contagem manual em tempo útil.

- Existe relação direta na recuperação precoce do nosso utente com consequente redução no número de dias de internamento, com os cuidados prestados pelo EEER?

Sim existe. Dado que o programa de enfermagem de reabilitação preconiza o envolvimento do nosso utente e cuidador no seu processo de recuperação funcional e trabalha com estes diariamente em regime de internamento em prol de uma recuperação eficaz de forma a que sejam transmitidos e adquiridos todos os conhecimentos necessário para um retorno ao domicílio em segurança, podemos assim dizer que há efetivamente uma recuperação precoce e que esta relação está interligada.

Os cuidados prestados pelo EEER são direcionados de forma individualizada a cada utente para que se trabalhe as maiores dificuldades que cada utente apresenta pois, todos apresentam particularidades dado serem seres únicos.

- Existe uma relação direta no aumento do número de dias de internamento com aumento dos custos diários?

Sim existe. Conforme referido anteriormente e segundo dados fornecidos pelo gabinete de estatística, a média diária de cada utente é de aproximadamente 130€. Sendo que há oscilações no custo diário de um utente ortopédico de ano para ano este valor é apenas uma mera referência conforme indicado pelo gabinete de estatística do CHTS. Portanto, é coerente dizer que quanto maior o período de internamento maior o custo suportado pelo hospital com cada utente.

4.5. Fatores que podem afetar as variáveis em estudo

Existem fatores que interferem de modo direto nas nossas principais variáveis em estudo (Figura 10). No entanto, para que estes fatores seja contornados de modo a seja otimizada a cirurgia do nosso utente há uma hierarquização de procedimentos internos para que possíveis falhas sejam minimizadas.

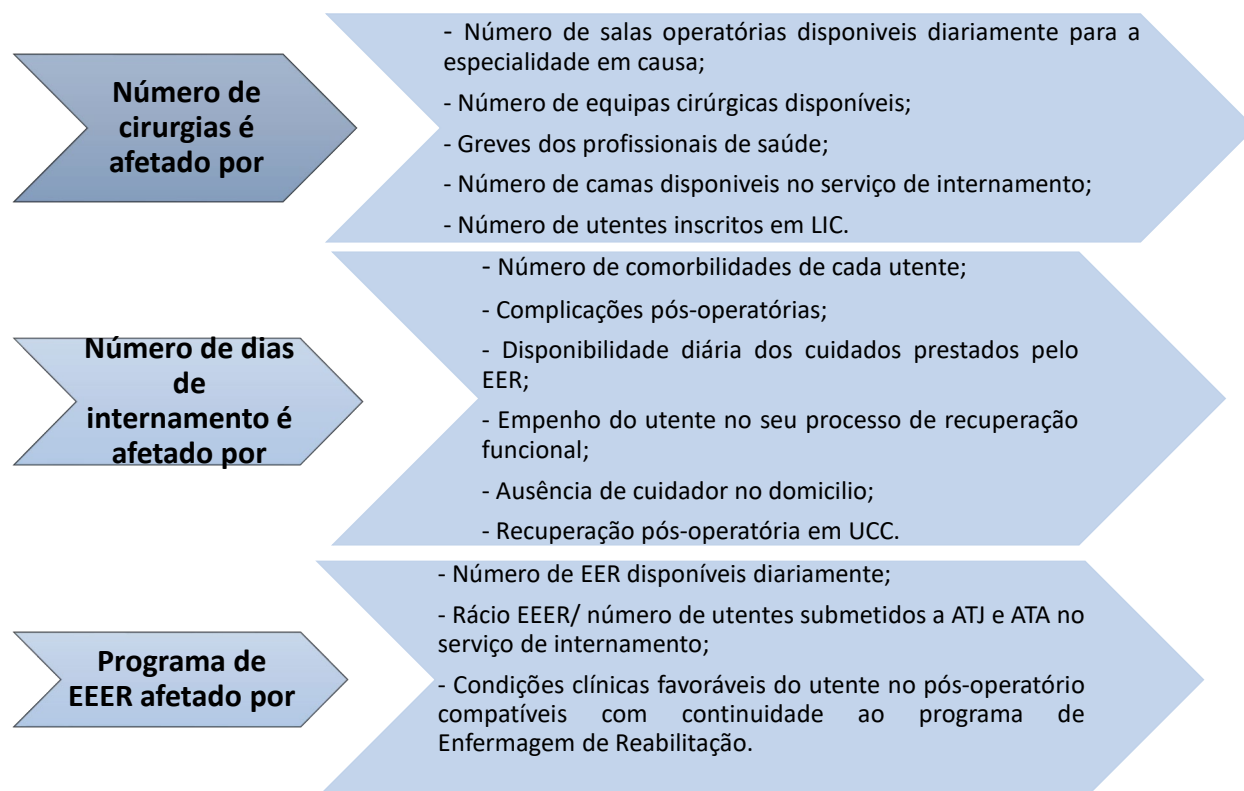


Figura 10 – Fatores que afetam as variáveis em estudo

Os mecanismos de gestão hospitalar utilizados nem sempre são de fácil execução. A complexidade num ambiente exigente como o dos cuidados de saúde, são muitas vezes influenciados por fatores incontornáveis, muitos deles de domínio político como por exemplo, a contratação de reforços para as equipas cirúrgicas. Contudo existem fatores que estão enraizados nas instituições que deveriam ser passíveis de mudanças para que se colmatassem falhas que culminam no cancelamento cirúrgico com todos os efeitos nefastos que isso implica na população a que o CHTS dá resposta.

Em suma, o indicador de cancelamento de cirurgias é importante na gestão do serviço de ortopedia, devendo ser alvo da atenção da equipe multidisciplinar capacitada e empenhada em alcançar melhores resultados para o utente, serviço e instituição.

Existe uma análise ao Sistema de Informação do Hospital que deve ser feita para que surjam novos indicadores potenciadores de qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem de Reabilitação a desempenhar funções no serviço de ortopedia. Os dados estatísticos que o gabinete de estatística dispunha do serviço de ortopedia para fornecimento prende-se com: número de utentes inscritos em LIC; número de utentes inscritos para ATJ/ATA; número de cirurgias realizadas no diferentes anos; número de dias de internamento de cada utente; destino após alta clínica; número de ATJ/ATA realizadas; género e idade.

Tal significa, que há indicadores sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados aos nossos utentes e que são passíveis de uma contribuição notória que termina na redução do número de dias de internamento e consequente maior capacidade de resposta aos utentes que se encontram inscritos em LIC, que não estão a ser incluídos no sistema de informação do hospital. Assim sendo, não surge a oportunidade de comprovar que há uma relação direta com cuidados prestados pelo EER e a redução do número de dias de internamento.

A identificação de indicadores que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem é um desafio, no entanto, traduz-se na oportunidade de demonstrar a natureza da contribuição dos enfermeiros para a recuperação dos seus utentes (McCance et al., 2011).

Para a OE, os indicadores destacam-se como “(...) marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (OE, 2007).

Após confirmação verifica-se que as condicionantes que influenciam o número de dias de internamento do nosso utente é mantida ao longo dos anos, à exceção da implementação de uma equipa de enfermagem de reabilitação no serviço de ortopedia, a desempenhar funções a tempo inteiro no início de 2014. Como tal, pode-se dizer que a diminuição de um dia de internamento se deve, muito provavelmente, aos cuidados prestados pela equipa de EEER e do seu desempenho diário em prol de uma recuperação eficiente do nosso utente.

4.6. Propostas de Melhoria a Implementar no Serviço

Uma das melhorias propostas para o futuro que completariam a eficácia deste programa de reabilitação implementado no serviço de ortopedia do CHTS prende-se com o desenvolvimento de uma aplicação para smartphone/computador interativa e intuitiva que permitisse à pessoa/família ter um acesso rápido e completo a informação segura no formato de vídeo (posicionamentos, transferências, planos de exercícios, aconselhamento de produtos de apoio e alterações no domicílio). Porém a aplicação não se pretende isolada e estandardizada, pelo que seria realizado um aconselhamento e adaptação pelo EEER a cada utente/cuidador na sua individualidade e diferentes necessidades.

Outra proposta de melhoria prende-se a nível estrutural do CHTS. Dada a afluência, a rotatividade cirúrgica e o número que transita da lista de espera de um ano para o outro, o serviço de ortopedia beneficiaria de um bloco operatório apenas direcionado à especialidade para que pudesse dar uma resposta mais eficiente no combate às listas de espera no que toca aos utentes com diagnóstico de coxartrose e gonartrose.

Capítulo 5 – Conclusão, Limitações do Estudo e Recomendações

5. Conclusão

O serviço de Ortopedia do CHTS tem uma missão e esta visa assegurar cuidados de enfermagem do foro ortotraumatológico de excelência, promover a integração familiar e garantir a continuidade dos cuidados a todos os que recorrem ao nosso serviço.

Para que consigamos comprovar a eficácia nestas vertentes surge a necessidade da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação realizado por profissionais especializados.

Uma das principais conclusões no decorrer da elaboração deste estudo, através da análise dos dados estatísticos, é que após implementação do programa de enfermagem de reabilitação há uma redução do número de dias de internamento efetivos dos utentes submetidos a ATA e ATJ, o que leva a uma maior rotatividade cirúrgica dando uma oportunidade similar a todos os que recorrem às necessidades cirúrgicas no nosso serviço. Estes dados traduzem, inevitavelmente, ganhos para o utente, para o serviço e para o hospital. Sendo que, esta redução na média poderia ainda ser melhorada no sentido que a espera em regime de internamento de vaga nas UCC inflaciona o nosso número de dias de média. Concluindo-se que se estes utentes não fossem incluídos no estudo, a nossa média de dias de internamento seria ainda inferior ao demonstrado. Um dos fatores que está então diretamente ligado com o número de dias de internamento é o destino após alta clínica. Como muitos utentes desejaram uma recuperação funcional numa UCC, prolongaram o seu internamento hospitalar e consequente aumento da média do número de dias de internamento inviabilizando a nossa média de dias de internamento no estudo. Posso assim dizer que, um ligeiro aumento na médias de dias de internamento dos nossos utentes não é diretamente sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação mas sim ao seu destino após alta clínica.

Podemos ainda verificar a eficácia que a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação realizado por profissionais especializados traz tanto para o utente como para a instituição.

Conscientes que na recuperação funcional da pessoa com ATA/ATJ, podem intervir outros profissionais de saúde e outras variáveis que influenciam os resultados, não é pretensão afirmar que os resultados obtidos são inequivocamente sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação pois, são os profissionais mais presentes no acompanhamento do utente no período pré, intra e pós operatório.

Após elaboração deste documento e do levantamento de dados foi identificada uma das maiores necessidades dos nossos utentes que se prende com o deficit de informação sobre os cuidados a ter no seu processo de reabilitação após realização da cirurgia nas diversas vertentes. Tal necessidade é

colmatada com a realização da nossa consulta pré-operatória e através do tempo que o EEER dispõe para trabalhar individualmente e de acordo com as capacidades ou disponibilidade de cada utente e respetivo cuidador/família.

De acordo com os estudos Johansson (2002), corroborados pelos estudos de Bilik (2006) e Lin (2005), a maioria dos utentes submetidos a artroplastia deseja informações completas sobre as suas condições, mudanças no estilo de vida e cuidados.

Conclui-se que através da consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação conseguimos determinar as necessidades de aprendizagem dos utentes e assim direcionar prioridades de aprendizagem no período de internamento o que leva a uma educação eficaz com consequente qualidade no desempenho do nosso utente. Sem nunca descartar que as necessidades dos nossos utentes se têm alterado ao longo dos tempos.

O processo de reabilitação neste tipo de cirurgias eletivas é único e individualizado e não se inicia e termina numa unidade hospitalar. Este constrói-se mental e fisicamente como um conjunto de comportamentos que a pessoa deve incutir e levar para o resto da vida. O sucesso da reabilitação depende dos conhecimentos adquiridos, da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde, utente, família e comunidade.

Outra das conclusões a que se conseguiu chegar ao longo da realização deste estudo e que vai de encontro à literatura explanada é que, um tempo de permanência hospitalar prolongado aumenta o risco de readmissão após a alta para os utentes submetidos a ATA e ATJ. Pelo observado em campo, alguns dos utentes com uma readmissão hospitalar prolongaram o seu internamento por se encontrar aguardar vaga numa UCC. Sem descartar ainda que o destino após a alta clínica desempenha um papel crucial na determinação do custo total relacionado com a artroplastia total das articulações estudadas.

Analisando os resultados do estudo e a metodologia utilizada, podemos afirmar que o presente estudo permitiu sintetizar ideias e conceitos, e assim fornecer dados importantes para refletir as práticas em uso com o intuito de melhorar o nosso programa de enfermagem de reabilitação no serviço e assim servir o nosso utente com a maior eficácia e satisfação possível.

Em suma, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser personalizados de acordo com as necessidades e valores de cada utente. Os princípios das práticas de reabilitação passam por uma decisão partilhada e estabelecimento de metas. O conhecimento deve ser partilhado entre a equipa multidisciplinar, utentes e família/cuidador. A tomada de decisão deve ainda ser baseada na evidência, sustentada no suporte teórico fundamentado para ter sucesso e assim todos estarem satisfeitos.

Por fim, um dos principais focos dos EEER do serviço de ortopedia do CHTS direciona-se para o capacitar do utente o mais precocemente possível para o seu regresso a casa havendo uma maior satisfação e envolvimento no seu novo estado de saúde.

A título de curiosidade, segundo dados recolhidos no INE (2019), a população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, poderá passar de 2,3 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2019 e 2080. O número de idosos atingirá o valor mais elevado no início da década de 50, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação deve-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.

O sucesso do programa de Enfermagem de Reabilitação assenta na parceria entre enfermeiro especialista em reabilitação, utente e cuidador/família. Este, visa assegurar cuidados de enfermagem de excelência, promover a integração familiar e garantir a continuidade dos cuidados a todos os que recorrem ao nosso serviço. Defende-se que a alta clínica deve cumprir todo um planeamento que consideramos ver refletido neste estudo. Expoentes máximos obtidos com esta organização de cuidados são a humanização dos cuidados prestados e os ganhos em qualidade de vida dos nossos utentes.

Em suma e tendo em conta o papel que o EER desempenha, referidas ao longo deste documento, é incontornável referir a mais-valia que o EEER representa na implementação/desenvolvimento deste processo, tanto a nível de coordenação/gestão como na intervenção direta com a pessoa/cuidador/família, o conhecimento das realidades, capacidade de intervir, aliado aos conhecimentos técnicos e científicos permitem a este profissional assumir-se como profissional diferenciado e de excelência.

5.1. Limitações ao Estudo

Existem várias limitações detetados ao longo da elaboração deste estudo:

- Em primeiro lugar podemos falar dos tempos pandémicos em que nos encontramos, que provocou alguns atrasos na aprovação do parecer da comissão de ética do centro hospitalar e consequente atraso no levantamento dos dados estatísticos.
- Dado que alguns utentes não tinham cuidador no domicílio ou até porque o próprio utente decidia um não regresso ao domicílio após alta clínica, havia a necessidade de prolongar o internamento hospitalar enquanto ficavam aguardar vaga numa UCC para dar continuidade ao seu processo

de reabilitação. Estes utentes têm influência direta na média do número de dias de internamento hospitalar após intervenção cirúrgica.

- Outra limitação detetada no decorrer do estudo prende-se com a impossibilidade comparativa entre utentes com o diagnóstico coxartrose e gonartrose efetivamente intervencionados e os utentes se encontravam em lista de espera para aquelas patologias em específico. Uma vez que as listas de espera são dinâmicas, ou seja, estão em constante alteração, não conseguiram fornecer com exatidão o número de utentes inscritos em cada anos para as patologias em estudo.
- Outra das limitações de análise impostas prendem-se por lacunas de informação fornecida. Como descrito ao longo deste documento, o serviço de ortopedia do CHTS tem uma equipa de reabilitação, com um programa instituído, no que toca à promoção da recuperação precoce e capacitada dos utentes submetidos a ATA e ATJ. No entanto, o sistema de informação hospitalar não dispõe de dados demonstrativos dos cuidados que a EEER efetivamente presta a estes utentes para que se compreenda que parte do sucesso da recuperação destes utentes está sensível aos cuidados do EER.
- Dado que não existem dados informáticos que evidenciem o trabalho prestado pela EEER, não é possível evidenciar que a diminuição do número de dias de internamento é única e exclusivamente da responsabilidade dos cuidados individuais prestados a estes utentes.
- Outra das limitações prende-se com as lacunas do sistema de informação existente que impede uma gestão adequada do serviço de reabilitação fornecido e executado ao nosso utente. Ou seja, dado que não há um programa informático direcionado apenas para os registos de enfermagem de reabilitação, onde por exemplo, deveriam ser inseridos todos os utentes que são convocados e marcam presença com o respetivo cuidador na consulta pré-operatória de enfermagem, todos os utentes com critérios de inclusão ou exclusão que usufruem dos cuidados do EER leva a que se perca informação sobre a evolução de cada utente e impede uma gestão harmonizada do serviço.
- As limitações de análise impostas por lacunas de informação, fornecida pelo gabinete de estatística do CHTS, leva a que haja dificuldade na demonstração de resultados das questões levantadas numa fase inicial. Como não há registos informáticos que traduzam os ganhos em saúde dos nossos utentes, por exemplo, através do treino das AVDs ao longo do período de internamento e consequente promoção da autonomia (através da leitura informática da escala

de Barthel – Anexo IX) leva a que não se consigo quantificar ganhos em saúde diretamente sensíveis aos cuidados do EER e que promovem a consequente diminuição do número de dias de internamento.

5.2. Recomendações

O sistema de informação hospitalar SClinico é utilizado por mais de 62 mil profissionais de saúde (SPMS, 2017) em 94 unidades hospitalares, e nasce da fusão das anteriores aplicações desenvolvidas pela SPMS para a prestação de cuidados aos utentes, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), resultando numa aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, centrada no utente. Como tal, uma das recomendações prende-se com a informação que deveria ser registada neste mesmo sistema de informação hospitalar com o intuito de melhorar a base de dados direcionados aos cuidados de enfermagem de reabilitação e respetivos registos dos mesmos, onde futuramente se traduzam dados plausíveis de comprovar que de fato a diminuição de alguns custos hospitalares com os nossos utentes, do qual se encontra incluso a diminuição do número de dias de internamento, são fruto dos cuidados especializados prestados aos utentes que passam pelo serviço de ortopedia do CHTS.

Uma das informações relevantes a ser registada futuramente na plataforma informática hospitalar prende-se com o registo do número de utentes trabalhados diariamente pelo EER para que haja um controle diário dos utentes que é possível trabalhar. A monitorização da escala de Barthel diariamente em suporte informático é outra informação relevante a ser registada. Esta escala avalia o índice de capacidade funcional que cada utente tem para realizar as atividades de vida de diária. Através da monitorização diária desta escala em suporte informático conseguimos perceber a evolução do nosso utente e comprovar que de facto está preparado para o regresso ao domicílio.

Capítulo 6 – Referências Bibliográficas

6. Referências Bibliográficas

- Andreu, M.O., Laakso, R.B. & Merchan, E. C. R. (2002). Artroplastia total de rodilla. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 46(05), 476-484.
- Barros, P. (2008). As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal. *IPRISVERBIS*, 4: 1 – 8.
- Barbancho, A. G. (1970). Fundamentos e possibilidades da econometria. Rio de Janeiro: fórum Editora.
- Barksdale, P., & Backer, J. (2005). Health-related stressors experienced by patients who underwent total knee replacement seven days after being discharged home. *Orthopaedic Nursing*, 24(5), 336–342.
- Berliner JL, Brodke DJ, Chan V, et al. John Charnley Award: preoperative patient-reported outcome measures predict clinically meaningful improvement in function after THA. *Clin Orthop Relat Res* 2015;474(2):321.
- Bilik, O. (2006). Kalca Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi (Effects of Observing Hip Prosthesis Applied Patients with Telephone to the Recovery). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- Bohn, B. & Griebel, M. (2013). An adaptive sparse grid approach for time series prediction. In *Sparse grids and applications*, pp. 130. Springer.
- Bumpass, D. B., & Nunley, R. M. (2012). Assessing the value of a total joint replacement. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 5(4), 274-282. doi:10.1007/s12178-012-9139-6.
- Campos, A. (2014). *As Portuguesas têm uma esperança de vida que é das maiores do mundo, mas desfrutam de menos anos saudáveis do que as mulheres dos países mais bem classificados da Europa. Uma diferença que pode chegar a uma década.* Lisboa, 2014. Consultado em: <https://www.publico.pt/2014/06/02/sociedade/noticia/portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-mas-em-pior-estado-de-saude-1638292> - Acesso em Março 2021.
- Chafffield, Cris, (2000). Time Series Forecasting, Chapman & Hall/CRC.
- Comitê de Ética em Pesquisa. Orientação no 03 /2016 – Comitê de Ética em Pesquisa da FASURGS. Os Critérios de “Inclusão e Exclusão” em pesquisa com seres humanos. Retirado de: <https://www.fasurgs.edu.br/cep/site/orientacoes/FASURGS-Orientacao-03-2016-OcritérioINCLUSAOEXCLUSAOempesquisascomsereshumanos.pdf> - Acesso em Abril 2021.
- Coudeyre, E., Jardin, C., Givron, P., Ribnik, P., Revel, M., & Rannou, F. (2007). Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(3), 189-197. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168605407000177?via%3Dihub> – Acesso em maio 2020
- Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf> - Acesso em Abril 2021

Diário de Notícias. "Investigador indica efeitos negativos de greves hospitalares na taxa de mortalidade e cirurgia".

Retirado de: <https://www.dn.pt/pais/investigador-indica-efeitos-negativos-de-greves-hospitalares-na-taxa-de-mortalidade-e-cirurgia-13002716.html> - Acesso em Junho 2021

Diário da República Eletrónico (DRE). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019. Retirado de: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized> - Acesso em Abril 2021

Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. (2015). <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde – DSIA – Divisão de Estatística (2006). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS. Estatísticas 2005.

Felson, D. T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M. & Fries, J. F. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med*, 133(8), 635-646. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11033593> - Acesso em março 2020

Felson, D. T., Lawrence, R. C., Hochberg, M. C., McAlindon, T., Dieppe, P. A., Minor, M. A. & Goldberg, V. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med*, 133(9), 726-737. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11074906> - Acesso em março 2020

Freitas, L. (2017). Reabilitação – a eficiência que faz a diferença. Secção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita-ao.pdf - Acesso em Maio 2020.

Fortin, Marie-Fabienne. *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta. 1999. ISBN 972-8383-10-X.

Fortin, Marie Fabienne – Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures, Lusodidacta, 2006. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Fortin, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

Guan, Z., Lv, H., & Shi, M. (2006). [Early clinical outcome of total knee arthroplasty for flexion-contraction deformity knees of different degrees]. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi*, 20(6), 598-601. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16827380> - Acesso em maio 2020

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência: ISBN: 972-8383-13-4. 2011.

Instituto Nacional de Estatística – Estatísticas Demográficas 2019. Edição 2020.

ISBN 978-989-25-0535-0. Acesso através de:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=463528456&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt – Março 2021

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

Júnior, L., Castro, C., Gonçalves, M., Rodrigues, L., Cunha, F., & Lopes, F. (2005). Amplitude de movimento após artroplastia total do joelho. *Acta ortop. bras*, 13(5). Retirado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000500004 – Acesso em maio 2020.

Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*, 248(2), 189-198. doi:10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a

Lavernia CJ, Villa JM, Iacobelli DA. Readmission rates in the state of Florida: a reflection of quality? *Clin Orthop Relat Res* 2013;471(12):3856.

Lenssen, A. F., & de Bie, R. A. (2006). Role of physiotherapy in peri-operative management in total knee and hip surgery. *Injury*, 37, Supplement 5(0), S41- S43. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020138307700116> - Acesso em abril 2020

Lin, P. C., Wang, J. L., Chang, S. Y., & Yang, F. M. (2005). Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 723–731.

Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação económica de programas de saúde – Essencial sobre conceitos, metodologias, dificuldades e oportunidades (Vol. 24).

Lorig, K. R., Laurent, D. D., Deyo, R. A., Marnell, M. E., Minor, M. A., & Ritter, P. L. (2002). Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower healthcare costs? *Archives of Internal Medicine*, 162, 792–796.

McCance, T.; [et al.] – Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21 (2011), p. 1145-1154.

Mangione, K. K., Craik, R. L., Tomlinson, S. S., & Palombaro, K. M. (2005). Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate- to high-intensity exercise at home? *Phys Ther*, 85(8), 727-739. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16048421> - Acesso em maio 2020

Manuel, H. G. C. (2014). Necrose Avascular da Cabeça do fémur. Artigo de Revisão Bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina 2013/2014. Porto 2014.

Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Meier, W., Mizner, R. L., Marcus, R. L., Dibble, L. E., Peters, C., & Lastayo, P. C. (2008). Total knee arthroplasty: muscle impairments, functional limitations, and recommended rehabilitation approaches. *J Orthop Sports Phys Ther*, 38(5), 246- 256. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18448878> - Acesso em maio 2020

Ministério da Saúde, 31 de Julho de 2007. Retirado de: <https://dre.pt/home/-/dre/107669157/details/maximized> - Acesso em Abril 2021

Ministério da Saúde (2010) – Documento-guia sobre a análise de projetos de investigação clínica por uma comissão de ética para a saúde. Retirado de: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Documento_Guia_Analise_Projectos.pdf - Acesso em Março 2021

Morettin, Pedro A. e Toloi, Clélia M. (1981). Modelos para Previsão de Séries Temporais. Edgard Blucher,. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en - Acesso em Abril 2021

Ordem dos Enfermeiros – Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. 2007. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf - Acesso em maio 2020

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 125/2011 do Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf – Acesso em abril 2020

Pedro, F. (2008). O impacto do SIGIC e dos Hospitais E.P.E sobre as listas de espera em Portugal. Mestrado em Economia, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Pereira, L. - Lançamento público do «Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia». Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

Polit, D; Beck, C. – Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Portugal. Ministério da Saúde. DGS - Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001.

Portugal. Ministério da Saúde. O estado da Saúde e a Saúde do Estado, OPSS, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). 2002, pag. 73.

Portugal. Ministério da saúde. ACSS. UCGIC - Manual de gestão de inscritos para cirurgia: volume I: princípios gerais. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

Sendir, M. (2000). Total Kalca Protezi Ameliyatı Oncesi Hasta E gitiminin Ameliyat Sonras Fiziksel Uyum Ve Yasam Kalitesine Etkisi (Effect of Total Hip Prosthesis Preoperative Patient Education on Postoperative Physical Adaptation and Quality of Life). Istanbul: Istanbul Universitesi Saglık

Serviço Nacional de Saúde (SNS). <http://www.chts.min-saude.pt/instituicao-2/> - Acesso em maio 2020

Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Tempos de Resposta no SNS. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/05/04/tempos-de-resposta-no-sns/> - Acesso em Abril 2021

Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Tempos Médios de Espera. Retirado de: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicao/155> - Acesso em Março 2021

Serviço nacional de Saúde (SNS) – *Contratações autorizadas pela tutela já iniciam funções no CHTS*. Retirado de: <http://www.chts.min-saude.pt/noticias/contratacoes-autorizadas-pela-tutela-ja-iniciaram-funcoes-no-chts/> - Acesso em Março 2021

Shi, M. G., Lü, H. S., & Guan, Z. P. (2006). *Influence of preoperative range of motion on the early clinical outcome of total knee arthroplasty*. Zhonghua Wai Ke Za Zhi, 44(16), 1101-1105. Retrieved from: <https://europepmc.org/article/med/17081464> - Acesso em março 2020

Sousa, V. D., Driessnack, M. e Mendes, I. A. C. – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 2007, vol. 15, Sup. 3, pp. 1-6.

Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, 5–15.

Spósito, M., Lahoz, G., Máximo, E., & Mestriner, L. (1990). *Reabilitação na artroplastia do joelho: resultados*. Revista Brasileira de Ortopedia, 25(9), 196-298. Retirada de: <http://rbo.org.br/detalhes/1498/pt-BR/artroplastia-unicompartmental-do-jelho-perspectivas-e-tendencias-atuais-no-brasil> - Acesso em abril 2020

SPMS. (2017). SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Obtido de SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde: www.spms.min-saude.pt

Tong, Howell (1999) Some recent nonparametric tools for time series data analysis. *Bulletin of the International Statistical Institute*, 53rd s (Tome 5).

Torres, L. A. B. (2001). Controle e Sincronismo de Osciladores Caóticos. Tese de Doutorado em Engenharia Elétrica, UFMG, Brasil.

Veloso, T. M. (2011). Gestão de filas de espera no Serviço de Urgência.

Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med*, 26(3), 355-369. Retrieved from: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(10\)00026-1/abstract](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(10)00026-1/abstract) - Acesso em maio 2020

ANEXOS

Anexo I – Panfleto PTA

A sua nova anca deve ser tratada de forma a prolongar a sua duração e a evitar complicações:

PREVINA O DESGASTE

- Não transporte pesos superiores a 10 Kg,
- Evite o excesso de peso,
- Evite andar em pisos irregulares,
- Evite a trepidação (andar trator, ...).

PREVINA A LUXAÇÃO (SAÍDA DA ANCA)

- Não se deve sentar com as pernas cruzadas ou em sítios muito baixos;
- Use aumento de sanita;
- Não se deve colocar na posição de agachado ou ajoelhado.
- Use somente calçado de fácil utilização,
- Não deve rodar a perna para fora e para dentro;
- Não deve fletir demasiado o tronco para alcançar os pés.

PREVINA AS INFEÇÕES

- Não deve permitir a administração de injeções no lado operado (se tiver prótese bilateral avisar enfermeiro).
- Se lhe surgir alguma infeção deve procurar ajuda médica.



NÃO SE ESQUEÇA

A equipa de enfermagem de Ortopedia continua disponível para o ajudar após a sua alta através dos números telemóvel:

Ala 1-914 197 988
Ala 2-914 199 866

*Desejamos-lhe muito sucesso
na continuação
da sua recuperação*



Promover Total Adaptação



*Orientações
para a Família e Utente
com
Prótese Total da Anca*

Gostaríamos que saísse com coragem para continuar o percurso que junto traçamos...

seus arquivos.

O que é?



A articulação da sua anca está com problemas pelo que terá de ser substituída por uma artificial, por um implante metálico, a esta intervenção cirúrgica chamamos Prótese Total da Anca.

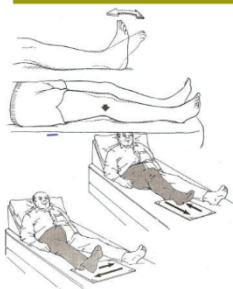
A prótese é constituída por um componente acetabular que fica na base da bacia e por um componente femoral que fica no osso longo da coxa.

Acreditamos que esta prótese irá proporcionar-lhe maior qualidade de vida pois o principal objetivo é acabar com a dor mas sobretudo trazer-lhe maior mobilidade.

Cuidar de pessoas com problemas ortopédicos é o nosso trabalho e a sua intervenção cirúrgica faz parte do nosso quotidiano, por isso não hesite em pergun-

O seu diário de Internamento

Exercícios



- Durante os próximos dias a equipa de enfermagem vai procurar facilitar o processo de recuperação da sua "nova anca".
- Depois de já ter a sua prótese da anca, ficará connosco mais 4 dias.
- Não se esqueça que cada pessoa tem o seu ritmo e as suas próprias capacidades, pelo que os exercícios a seguir referidos poderão ser antecipados ou adiados...

1- Os exercícios começam já no dia da sua consulta pré-operatória de enfermagem ou no dia da sua admissão com o treino de marcha com canadianas, para se familiarizar com o seu uso. Vai aprender a entrar e sair da cama, a utilizar o estribo e ainda alguns outros exercícios que previnem que os seus músculos atrofiem e permitem que se mova melhor....

2- No 1º dia após a operação o seu enfermeiro lembrar-lhe-á alguns exercícios fáceis de executar para manter a circulação e a força muscular até poder levantar-se, tais como:

- Puxe os pés em direção a si mais que conseguir e depois empurre-os para a frente. Repita em séries de 10 vezes;
- Contraia os músculos das coxas contra a cama e conte até 10, repita várias vezes;
- Contraia as nádegas uma contra a outra e conte até 10, repita várias vezes.

Estes exercícios deverão ser realizados todos os dias do seu internamento.

3- No 2º dia o seu enfermeiro vai ajudá-lo a sair da cama. Não tenha medo, vai ficar num confortável cadeirão. Não se esqueça de continuar a trabalhar os seus músculos.

4- No 3º dia vai dar os primeiros passos, não se assuste, se necessitar vamos levá-lo primeiro às barras paralelas para que se sinta mais seguro e só depois é que vai andar de andarrilho ou canadianas. Vamos preparar o seu familiar para o ajudar em casa.

5- No 4º dia vai continuar os seus exercícios e o seu treino de marcha, agora com canadianas, se tiver capacidade para isso. Terá alta se tudo estiver bem.

Aumentar zoom (%%)		
O que DEVE fazer	O que DEVE fazer	O que DEVE fazer
• Ao dormir, colocar uma almofada no meio das pernas durante 8-12 semanas; • Sair e entrar da cama preferencialmente pelo lado não operado; • Ao sentar manter a perna operada esticada para a frente e o corpo inclinado para trás, fazendo apoio na perna não operada e nos braços; • Usar calçado antiderrapante e em bom estado de conservação; • Usar canadianas ou andador conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Continue com os exercícios aprendidos no hospital, até a sua recuperação estar completa.	• Ao dormir, colocar uma almofada no meio das pernas durante 8-12 semanas; • Sair e entrar da cama preferencialmente pelo lado não operado; • Ao sentar manter a perna operada esticada para a frente e o corpo inclinado para trás, fazendo apoio na perna não operada e nos braços; • Usar calçado antiderrapante e em bom estado de conservação; • Usar canadianas ou andador conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Continue com os exercícios aprendidos no hospital, até a sua recuperação estar completa.	• Ao dormir, colocar uma almofada no meio das pernas durante 8-12 semanas; • Sair e entrar da cama preferencialmente pelo lado não operado; • Ao sentar manter a perna operada esticada para a frente e o corpo inclinado para trás, fazendo apoio na perna não operada e nos braços; • Usar calçado antiderrapante e em bom estado de conservação; • Usar canadianas ou andador conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Continue com os exercícios aprendidos no hospital, até a sua recuperação estar completa.
Como caminhar?	Como caminhar?	Como caminhar?
Andar com canadianas ou andador 1º Avançam as canadianas ou andador, 2º Avança a perna operada, 3º Faz força nos braços, 4º Avança a perna não operada.	Andar com canadianas ou andador 1º Avançam as canadianas ou andador, 2º Avança a perna operada, 3º Faz força nos braços, 4º Avança a perna não operada.	Andar com canadianas ou andador 1º Avançam as canadianas ou andador, 2º Avança a perna operada, 3º Faz força nos braços, 4º Avança a perna não operada.
Subir escadas 1º Avança a perna não operada, 2º Avança a perna operada, 3º Avançam as canadianas.	Subir escadas 1º Avança a perna não operada, 2º Avança a perna operada, 3º Avançam as canadianas.	Subir escadas 1º Avança a perna não operada, 2º Avança a perna operada, 3º Avançam as canadianas.
Descer escadas 1º Colocam-se as Canadianas no degrau inferior, 2º Avança a Perna Operada, 3º Avança a Perna não operada.	Descer escadas 1º Colocam-se as Canadianas no degrau inferior, 2º Avança a Perna Operada, 3º Avança a Perna não operada.	Descer escadas 1º Colocam-se as Canadianas no degrau inferior, 2º Avança a Perna Operada, 3º Avança a Perna não operada.

Anexo II – Panfleto PTJ

O seu novo joelho deve ser tratado de forma a prolongar a sua duração e a evitar complicações:

PREVINA O DESGASTE

- Evite o excesso de peso,
- Evite andar em pisos irregulares,
- Evite a trepidação (andar trator, ...).

PREVINA AS INFECÇÕES

- Deve tratar adequadamente as infeções do membro operado (feridas infetadas, abscessos, furúnculos, unhas encravadas infetadas) junto do seu médico assistente,
- Tratar igualmente outro tipo de infeções (respiratórias, dentárias, urinárias,...).

SINAIS ALERTA

- Inchaço mais que o normal,
- Pele quente ou muito vermelha,
- Febre,
- Alterações da sensibilidade,
- Dor muito forte na perna operada.





NÃO SE ESQUEÇA

A equipa de enfermagem de Ortopedia continua disponível para o ajudar após a sua alta através dos números:

914 197 988 (Ala 1)
914 199 866 (Ala 2)

*Desejamos-lhe muito sucesso
na continuação
da sua recuperação*



PRÓTESE TOTAL DO JOELHO



**Orientações
para a
Família e Utente**

Gostaríamos que saísse com coragem para continuar o percurso que junto traçamos...

O que é?



A articulação do seu joelho está com problemas pelo que terá de ser substituída por uma artificial de componentes metálicos e de polietileno, a esta intervenção cirúrgica chamamos **Prótese Total do Joelho**.

A prótese é constituída por um componente femoral e um componente tibial.

Acreditamos que esta prótese irá proporcionar-lhe maior qualidade de vida pois o principal objetivo é acabar com a dor mas sobretudo trazer-lhe maior mobilidade.

Cuidar de pessoas com problemas ortopédicos é o nosso trabalho e a sua intervenção cirúrgica faz parte do nosso quotidiano, por isso não hesite em perguntar tudo o que considera importante saber...

O seu diário de internamento

Exercícios



- Durante os próximos dias a equipa de enfermagem vai procurar facilitar o processo de recuperação do seu "novo joelho".
- Depois de já ter a sua prótese do joelho, ficará conosco mais 4 dias.
- Não se esqueça que cada pessoa tem o seu ritmo e as suas próprias capacidades, pelo que os exercícios a seguir referidos poderão ser antecipados ou adiados...
- O sucesso desta cirurgia também depende de si!

1- Os exercícios começam já no dia da sua consulta pré-operatória de enfermagem ou no dia da sua admissão com o treino de marcha com canadianas, para se familiarizar com o seu uso. Vai aprender a entrar e sair da cama, a utilizar o estribo e ainda alguns outros exercícios que evitam a atrofia dos seus músculos e permitem que se mova melhor...

2- No 1º dia após a operação o seu enfermeiro lembrar-lhe-á alguns exercícios fáceis de executar para manter a circulação e a força muscular até poder levantar-se, tais como:

- Puxe os pés em direção a si o mais que conseguir e depois empurre-os para a frente. Repita em séries de 10 vezes;
- Contraia os músculos das coxas contra a cama e conte até 10, repita várias vezes;
- Contraia as nádegas uma contra a outra e conte até 10, repita várias vezes.

Estes exercícios deverão ser realizados todos os dias do seu internamento.

3- No 2º dia o seu enfermeiro vai ajudá-lo a sair da cama. Não tenha medo, vai ficar num confortável cadeirão. Não se esqueça de continuar a trabalhar os seus músculos.

4- No 3º dia poderá mobilizar o seu joelho com ajuda de uma máquina, o artromotor, que suavemente dobra o seu joelho e estica a sua perna (se o seu médico o indicar).

Vai dar os primeiros passos, não se assuste, se necessitar vamos levá-lo primeiro às barras paralelas para que se sinta mais seguro e só depois é que vai andar de andador ou canadianas. Vamos preparar o seu familiar para o ajudar em casa.

5- No 4º dia vai continuar os seus exercícios e o seu treino de marcha, agora com canadianas, se tiver capacidade para isso. Terá alta se tudo estiver bem.

O que DEVE fazer	O que DEVE fazer	O que DEVE fazer
• Períodos de drenagem do membro operado com a elevação e extensão do mesmo, enquanto estiver "inchado"; • Sentar-se e levantar-se da cadeira apoiado na perna não operada, mantendo a perna operada esticada; • Usar calçado antiderrapante, em bom estado de conservação e fácil de calçar; • Remover tapetes e passadeiras da sua habitação; • Usar canadianas conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Fazer extensão completa membro operado e flexão joelho conforme conforto, nunca até sensação de exaustão; • Manter hábitos de lazer como: caminhar, andar de bicicleta, nadar, dançar mas sempre com atenção para não fazer movimentos de rotação do joelho. • Continue com os exercícios aprendidos no hospital., até a sua recuperação estar completa (entre os 2 e os 4 meses).	• Períodos de drenagem do membro operado com a elevação e extensão do mesmo, enquanto estiver "inchado"; • Sentar-se e levantar-se da cadeira apoiado na perna não operada, mantendo a perna operada esticada; • Usar calçado antiderrapante, em bom estado de conservação e fácil de calçar; • Remover tapetes e passadeiras da sua habitação; • Usar canadianas conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Fazer extensão completa membro operado e flexão joelho conforme conforto, nunca até sensação de exaustão; • Manter hábitos de lazer como: caminhar, andar de bicicleta, nadar, dançar mas sempre com atenção para não fazer movimentos de rotação do joelho. • Continue com os exercícios aprendidos no hospital., até a sua recuperação estar completa (entre os 2 e os 4 meses).	• Períodos de drenagem do membro operado com a elevação e extensão do mesmo, enquanto estiver "inchado"; • Sentar-se e levantar-se da cadeira apoiado na perna não operada, mantendo a perna operada esticada; • Usar calçado antiderrapante, em bom estado de conservação e fácil de calçar; • Remover tapetes e passadeiras da sua habitação; • Usar canadianas conforme lhe foi ensinado, até indicação médica em contrário na consulta externa (2 canadianas pelo menos 6 semanas); • Fazer extensão completa membro operado e flexão joelho conforme conforto, nunca até sensação de exaustão; • Manter hábitos de lazer como: caminhar, andar de bicicleta, nadar, dançar mas sempre com atenção para não fazer movimentos de rotação do joelho. • Continue com os exercícios aprendidos no hospital., até a sua recuperação estar completa (entre os 2 e os 4 meses).
O que NÃO deve fazer	O que NÃO deve fazer	O que NÃO deve fazer
• Colocar almofadas por baixo do joelho , quando em repouso; • Usar sapatos de salto alto; • Agachar-se ou dobrar excessivamente o joelho (quando necessitar pegar um objeto do chão, coloque a perna operada para trás com o joelho esticado; não se sente em cadeiras ou bancos muito baixos); • Desportos de impacto ou atividades que sobrecarreguem muito a articulação, como: corrida, voleibol, basquetebol.	• Colocar almofadas por baixo do joelho , quando em repouso; • Usar sapatos de salto alto; • Agachar-se ou dobrar excessivamente o joelho (quando necessitar pegar um objeto do chão, coloque a perna operada para trás com o joelho esticado; não se sente em cadeiras ou bancos muito baixos); • Desportos de impacto ou atividades que sobrecarreguem muito a articulação, como: corrida, voleibol, basquetebol.	• Colocar almofadas por baixo do joelho , quando em repouso; • Usar sapatos de salto alto; • Agachar-se ou dobrar excessivamente o joelho (quando necessitar pegar um objeto do chão, coloque a perna operada para trás com o joelho esticado; não se sente em cadeiras ou bancos muito baixos); • Desportos de impacto ou atividades que sobrecarreguem muito a articulação, como: corrida, voleibol, basquetebol.

Anexo III – Guia de Consulta Pré-Operatória ATA



Ortopedia

Guia da Consulta Pré-Operatória da ATA

Apresentação

Pessoal

Serviço Ortopedia

Enfermaria/ Unidade do Utente

Horário de Visitas

Horário para falar com Médico

Contactos de Ortopedia

O que trazer de casa

Pijamas/Roupa interior/Calçado confortável fechado/Robe

Produto de higiene pessoal (champô/desodorizante/pente/estojo de barbear/
escova e pasta dentes)

Unhas sem verniz/gel

Medicação que faz habitualmente em casa

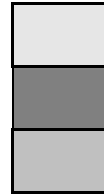
Canadianas

Avaliação Sócio-Familiar

Identificação prestador de cuidados

Averiguação condições físicas do domicílio

Avaliação situação sócio-económica



No dia da cirurgia

Cumprir o jejum indicado pelo enfermeiro

Tomar banho Pré-OP com gel banho Antisséptico

Remover joias/relógios/ placas dentárias/óculos

Deixar telemóvel na mesinha de cabeceira em SILÊNCIO

Deverá urinar antes de ir para o Bloco OP

Será aplicado cateter endovenoso e Soro Fisiológico em curso



No Bloco Operatório

Será aplicada Anestesia Epidural (anestesia da cintura para baixo) ou

Anestesia geral- Médico Anestesta decidirá com o utente

Será Algaliado

Aplicação cirúrgica de Prótese na Anca



No Recobro

Depois de operado vai para o recobro onde estará deitado de costas com almofada a afastar as pernas



Terá um penso na anca operada de onde irá sair 1 ou mais drenos

Estará algaliado

Será aplicada medicação para controlar a dor

Um enfermeiro/a vira buscá-lo ao recobro para o acompanhar de regresso á enfermaria



De regresso á enfermaria

Será aplicado gelo sobre a anca operada

Será controlada a dor através de medicação

Começará a comer 6h após a cirurgia

Diariamente a o seu enfermeiro/a explicará o que se irá suceder



Visualização do Vídeo

O que é PTA e ATA

Técnicas de mobilização articular

Exercícios de fortalecimento muscular

Correta mobilização no leito/posicionamentos

Técnica de entrada e saída da cama (transferências)

Sentar-se e levantar-se da cadeira

Andar com auxiliar de marcha

Treino de subir e descer escadas

Treino de AVD's

Entrar e sair do carro

Prevenção de luxação da PTA

Reinício da atividade sexual



Anexo IV – Guia de Consulta Pré-Operatória ATJ



Ortopedia

Guia da Consulta Pré-Operatória da ATJ

Apresentação

Pessoal

Serviço Ortopedia

Enfermaria/ Unidade do Utente

Horário de Visitas

Horário para falar com Médico

Contactos de Ortopedia

O que trazer de casa

Pijamas/Roupa interior/Calçado confortável fechado/Robe

Produto de higiene pessoal (champô/desodorizante/pente/estojo de barbear/
escova e pasta dentes)

Unhas sem verniz/gel

Medicação que faz habitualmente em casa

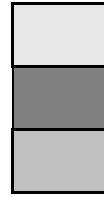
Canadianas

Avaliação Sócio-Familiar

Identificação prestador de cuidados

Averiguação condições físicas do domicílio

Avaliação situação sócio-económica



No dia da cirurgia

Cumprir o jejum indicado pelo enfermeiro

Tomar banho Pré-OP com gel banho Antisséptico

Remover joias/relógios/ placas dentárias/óculos

Deixar telemóvel na mesinha de cabeceira em SILÊNCIO

Deverá urinar antes de ir para o Bloco OP

Será aplicado cateter endovenoso e Soro Fisiológico em curso



No Bloco Operatório

Será aplicada Anestesia Epidural (anestesia da cintura para baixo) ou

Anestesia geral- Médico Anestesta decidirá com o utente

Será Algaliado

Aplicação cirúrgica de Prótese no Joelho



No Recobro

Depois de operado vai para o recobro onde estará deitado de costas com joelho esticado



Terá um penso no joelho operado de onde irá sair 1 ou mais drenos

Estará algaliado

Será aplicada medicação para controlar a dor

Um enfermeiro/a vira buscá-lo ao recobro para o acompanhar de regresso á enfermaria



De regresso à enfermaria

Será aplicado gelo sobre o joelho operado

Será controlada a dor através de medicação

Começará a comer 6h após a cirurgia

Diariamente a o seu enfermeiro/a explicará o que se irá suceder



Visualização do Vídeo

O que é PTJ e a ATJ

Técnicas de mobilização articular

Exercícios de fortalecimento muscular

Correta mobilização no leito/posicionamentos

Técnica de entrada e saída da cama (transferências)

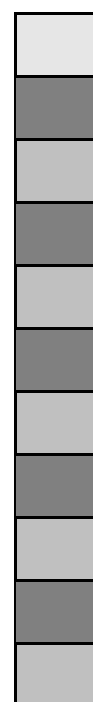
Sentar-se e levantar-se da cadeira

Andar com auxiliar de marcha

Treino de subir e descer escadas

AVD's

Prevenir instalação de rigidez em joelhos com PTJ



Anexo V – Autorização do Conselho de Comissão de Ética do CHTS



Exmo. (a) Senhor(a)
Enf.ª Sara Raquel Magalhães Pereira
sarapereira3@hotmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	22-10-2020	PROC. Nº: 44/2020	23-02-2021

ASSUNTO: **"A intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação nos utentes submetidos a Artroplastia Total do Joelho / Anca e o impacto nas Listas de Espera"**

Exma Senhora Enf.ª Sara Pereira,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo **"A intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação nos utentes submetidos a Artroplastia Total do Joelho / Anca e o impacto nas Listas de Espera"**.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

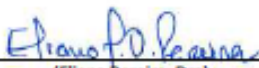
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 23/02/2021 foi autorizada a realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,


(Eliana Pereira, Dra)

Anexo VI – Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Anexo VII – Grelha de Registo dos Utentes Submetidos a ATJ/ATA

Projeto Caminhar_PTA-PTJ (primárias)

Identificação do doente:

Número do processo			
Cama		Idade	
Nome			
Contacto telefónico			
Género	Masculino		Feminino
Ala de internamento	Ala 1		Ala 2
PTA/PTJ contra lateral	Sim		Não
Existência de Prestador de cuidados	Sim		Não

Internamento

Proveniência	Consulta	
Motivo de Admissão	Coxartrose	Gonartrose
Data de Admissão	/ /	
Data da Cirurgia	/ /	
Data de Alta	/ /	
Destino pós alta	Domicílio	
	Domicílio com apoio domiciliário	
	RNCC	
	Outra unidade Hospitalar	
	Lar / Família de Acolhimento	
	Óbito	
Operado	Sim	Não
Cirurgia Realizada	PTA	PTJ

Consulta enfermagem

Foi convocado para consulta?	Sim	Não
Esteve presente na consulta?	Sim	Não

Reabilitação

Como andava o doente antes do internamento?	Sem apoios	
	Andarilho	
	Canadianas	
	Muletas de Apoio Axilar	
	Outro	
Grau de dificuldade à admissão	Moderado	
	Reduzido	
	Sem dificuldade	

Capacidade de marcha-1º treino de marcha

Com capacidade de marcha?	Sim		Não	
Se não na questão anterior, indique porquê:	Contraindicação médica			
	Incapacidade para descarga			
	Recusa			
Data início do treino de marcha	/ /			
Capacidade de marcha-1º momento	Sem capacidade de marcha			
	Andarilho			
	Canadianas			
	Muletas de apoio axilar			
	Outro			
Grau de dificuldade-internamento	Muito elevado			
	Elevado			
	Moderado			
	Reduzido			
	Sem dificuldade			
	Não se Aplica			

Capacidade de marcha-momento da alta

Com capacidade de marcha?	Sim		Não	
Se não na questão anterior, indique porquê:	Contraindicação médica			
	Incapacidade para descarga			
	Recusa			
	Incapacidade por outras patologias associadas			
Capacidade de marcha-Alta	Sem apoios			
	Sem capacidade de marcha			
	Andarilho			
	Canadianas			
	Muletas de apoio axilar			
	Outro			
Grau de dificuldade-momento da alta	Muito elevado			
	Elevado			
	Moderado			
	Reduzido			
	Sem dificuldade			
	Não se Aplica			

Fez Treino de Barras?	Sim		Não		Não se aplica	
Fez Treino de Escadas?	Sim				Não	

Anexo VIII – Protocolos Cirúrgicos instituídos no serviço para ATJ/ATA



NORMA – 2 CAP. – II

CUIDADOS ENFERMAGEM PROTESE TOTAL DO JOELHO

• NA ADMISSÃO

1. Preenchimento completo da Avaliação Inicial de Enfermagem com identificação do prestador de cuidados, se possível.
2. Acolhimento com explicação sumária do esperado para o internamento, da artroplastia do joelho bem como das rotinas do serviço e hospital.
3. Ensino sobre a necessidade de rigor nos posicionamentos no pós operatório:
 - Repouso no leito, em decúbito dorsal, com o membro operado **em extensão**, nas primeiras 24 horas;
 - Importância da elevação do corpo com apoio do estribo;
 - Importância da mobilização sob a orientação do enfermeiro.
4. Ensino/instrução/treino sobre 1º levante e uso correto de canadianas.
5. Ensino sobre atividades de vida-entrega de folheto informativo e sua explicação.
6. Normas aplicadas no pré-operatório de cirurgias gerais.
7. Calendarizar ensino com a família/prestador de cuidados para o 2º ou 3º dia pós operatório.

• DIA DA CIRURGIA

1. Normas aplicadas nas cirurgias gerais (pré e pós operatórias). Verificar sobre cuidados pré-operatórios segundo procedimento.
2. Posicionamento do doente:
 - Após cirurgia o doente é colocado em decúbito dorsal com o membro operado **em extensão**;
 - Manter membros inferiores elevados. **É proibida a flexão do joelho**-não fazer flexão da cama a nível do joelho nem colocar almofada ou qualquer apoio no cavado poplíteo;
 - O doente deve ser estimulado a utilizar o estribo para ajudar na mobilização.
3. Monitorizar eliminação urinária.
4. Controlar as perdas sanguíneas pelo dreno aspirativo:
 - Confirmar vácuo;
 - Monitorizar eliminação de líquido através do dreno (se superior a 600cc dar conhecimento ao médico).
5. Vigiar ligadura tipo Robert Jones/penso operatório:
 - Não substituir nas primeiras 24h do pós-operatório;
 - Se repassar reforçar o penso de forma compressiva.
6. Avaliar e registar o estado neurovascular do membro operado.
7. Redução da dor no pós-operatório:
 - Posicionar o membro operado;
 - Administrar analgesia prescrita de acordo com **protocolo da dor aguda**.

1º DIA PÓS CIRURGIA

1. Remover cateter urinário.
2. Mobilizar dreno aspirativo, vigiar e monitorizar eliminação de líquido através do dreno.
3. Vigiar ligadura tipo Robert Jones/penso operatório:
 - Não substituir nas primeiras 24h (caso já tenha sido reforçado(a), remover reforço e efetuar de novo).
4. Possibilitar o decúbito lateral, com almofada(s) entre os joelhos, para lado oposto à cirurgia.
5. Elevar cabeceira da cama progressivamente até 45°.
6. Observar correção do posicionamento:
 - Membros inferiores em posição de drenagem;
 - Manter a **extensão** do membro operado – colocar saco de areia com cerca de 1 kg sobre o joelho (se necessário);
 - Prevenir e contrariar as rotações do membro inferior operado;
 - Manter restantes cuidados de posicionamento.
7. Mobilização dos membros inferiores:
 - Incentivar a mobilização do membro **não** operado;
 - Flexão e dorsiflexão do pé do membro operado;
 - Mobilização ativa-assistida de elevação do membro operado, **em extensão**;
 - Ensinar/Instruir/Treinar contrações isométricas dos músculos da coxa contra a cama;
 - Motivar o doente para programar e executar estes procedimentos ao longo do turno.
8. Evitar/minimizar o aparecimento da dor durante o exercício:
 - Administrar analgesia prescrita de acordo com **protocolo da dor aguda**.
9. Fazer RX.
10. Fazer 1º levante para cadeirão (exceto se existir contra indicação médica):
 - Efetuar levante conforme ensino;
 - Manter membro operado elevado;
 - Estimular a mobilidade articular enquanto sentado (tornozelo e joelho).

2º DIA PÓS CIRURGIA

1. Remover dreno aspirativo.
2. Fazer penso operatório, com película transparente e impermeável, se possível e calendarizar para o 7º dia pós-operatório.
3. Administrar analgesia prescrita de acordo com **protocolo da dor aguda**.
4. Inicia mobilização passiva contínua com artromotor a 0-30º de flexão (30 minutos de manhã, 30 minutos de tarde e 30 minutos no início da noite) seguido de 20-30 minutos de crioterapia após cada mobilização (**se indicação médica**).
5. Incentivar a mobilização ativa quando sem artromotor.
6. Manter levante para cadeirão (exceto se existir contra indicação médica):
 - Manter cuidados do levante.
7. Reforço do ensino para a alta.
8. Ensino à família e treino de marcha na presença do familiar que terá a seu cargo a estimulação e o apoio no domicílio, se o estado do doente o permitir.
9. Treino de marcha com andarilho e/ou canadianas, no turno da manhã e tarde:
 - Fazer respeitar as regras de uso correto do andarilho/canadianas;
 - Acompanhar de perto o doente no seu treino de marcha;

3º DIA PÓS CIRURGIA (ALTA) E SEGUINTE (SE ALTA À POSTERIORI)

1. Ensino à família e treino de marcha na presença do familiar que terá a seu cargo a estimulação e o apoio no domicílio, se não tiver sido possível no dia anterior.
2. Mantém mobilização ativa do membro operado.
3. Mantém treino de marcha incluindo subir e descer escadas com canadianas.
4. Reforço do ensino para alta.

DOCUMENTO EM ANÁLISE

CUIDADOS ENFERMAGEM PROTESE TOTAL DA ANCA

• NA ADMISSÃO

1. Preenchimento completo da Avaliação Inicial de Enfermagem com identificação do prestador de cuidados, se possível.
2. Acolhimento com explicação sumária do esperado para o internamento, da artroplastia da anca bem como das rotinas do serviço e hospital.
3. Ensino sobre a necessidade de rigor nos posicionamentos no pós-operatório:
 - Decúbito dorsal 1 dia;
 - Membros inferiores abduzidos com almofada triangular;
 - Importância da elevação do corpo com apoio do estribo;
 - Importância da mobilização sob a orientação do enfermeiro.
4. Ensino/instrução/treino sobre 1º levante e uso correto de canadianas.
5. Ensino sobre atividades de vida - entrega de folheto informativo e sua explicação.
6. Normas aplicadas no pré-operatório de cirurgias gerais.
7. Calendarizar ensino com a família/prestador de cuidados para o 2º ou 3º dia pós-operatório.

• DIA DA CIRURGIA

1. Normas aplicadas nas cirurgias gerais (pré e pós operatórias). Verificar sobre cuidados pré-operatórios segundo procedimento.
2. Posicionamento do doente:
 - Após cirurgia o doente é colocado em decúbito dorsal com almofada triangular a abduzir os membros inferiores;
 - É proibida a rotação externa, interna e a flexão do membro operado;
 - O doente é posicionado em semi-lateral, apenas 45º sobre o lado não operado com a anca totalmente abduzida e toda a extensão da perna apoiada em almofadas;
 - O doente deve ser estimulado a utilizar o estribo para ajudar na mobilização.
3. Monitorizar eliminação urinária.
4. Controlar as perdas sanguíneas pelo dreno aspirativo:
 - Confirmar vácuo;
 - Monitorizar eliminação de líquido através do dreno (se superior a 600cc dar conhecimento ao médico).
5. Vigiar penso operatório:
 - Não substituir nas primeiras 24h do pós-operatório;
 - Se repassar reforçar o penso de forma compressiva;
6. Avaliar e registar o estado neurovascular do membro operado.
7. Redução da dor no pós-operatório:
 - Posicionar o membro operado;
 - Administrar analgesia prescrita de acordo com **protocolo da dor aguda**.

1º DIA PÓS CIRURGIA

1. Mobilizar dreno aspirativo, vigiar e monitorizar eliminação de líquido através do dreno.
2. Vigiar penso operatório:
 - Não substituir nas primeiras 24h (caso já tenha sido reforçado, remover reforço e efetuar de novo).
3. Elevar cabeceira da cama progressivamente até 45°.
4. Observar correção do posicionamento:
 - Membros inferiores em posição de drenagem. Fazer ligeira flexão dos joelhos;
 - Prevenir e contrariar as rotações do membro inferior operado;
 - Manter restantes cuidados de posicionamento.
5. Mobilização do membro inferior operado:
 - Mobilização passiva (flexão da anca até 45°, abdução da anca, flexão/extensão do joelho);
 - Mobilização ativa (flexão/extensão da articulação tibiotársica e exercícios de apoio do quadríceps e dos glúteos para promover o retorno venoso e manter o tônus muscular);
 - Motivar o doente para programar e executar estes procedimentos ao longo do turno.
6. Evitar/minimizar o aparecimento da dor durante o exercício:
 - Administrar analgesia de acordo com **protocolo da dor aguda**.
7. Fazer RX.
8. Fazer 1º levante para cadeirão (exceto se existir contra indicação médica):
 - Efetuar levante conforme ensino;
 - Permitir o apoio moderado do membro inferior operado se PTA cimentada e fazer descarga se PTA não cimentada;
 - Estimular a mobilidade articular enquanto sentado (tornozelo e joelho).

2º DIA PÓS CIRURGIA

1. Remover cateter urinário.
2. Remover dreno aspirativo.
3. Fazer penso operatório, com película transparente e impermeável, se possível e calendarizar para o 7º dia pós-operatório.
4. Administrar analgesia de acordo **com protocolo da dor aguda**.
5. Manter levante para cadeirão (exceto se existir contra indicação médica):
 - Manter cuidados do levante.
6. Reforço do ensino para a alta.
7. Ensino à família e treino de marcha na presença do familiar que terá a seu cargo a estimulação e o apoio no domicílio, se o estado do doente o permitir.
8. Treino de marcha nas barras paralelas, no turno da manhã (se oportuno).
9. Treino de marcha com andador e/ou canadianas, no turno da manhã e tarde:
 - Fazer respeitar as regras de uso correto do andador/canadianas;
 - Acompanhar de perto o doente no seu treino de marcha;
 - Ensinar que só deve fazer apoio com cerca de metade do peso no membro operado se PTA cimentada e fazer descarga se PTA não cimentada;
 - Estimular a flexão da anca operada tipo marcha militar.

3º DIA PÓS CIRURGIA (ALTA) E SEGUINTE (SE ALTA À POSTERIORI)

1. Ensino à família e treino de marcha na presença do familiar que terá a seu cargo a estimulação e o apoio no domicílio, se não tiver sido possível no dia anterior.
2. Mantém mobilização ativa do membro operado.
3. Mantém treino de marcha incluindo subir e descer escadas com canadianas.
4. Reforço do ensino para alta.

DOCUMENTO EM ANÁLISE

Anexo IX – Índice de Barthel

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **actividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1 ☐ Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 ☐ Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Actualmente, consegue tomar banho: 1 ☐ Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 ☐ Não consegue tomar banho sozinho	
C. Actualmente, consegue vestir-se: 2 ☐ Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 ☐ Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 ☐ Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Actualmente, consegue alimentar-se: 2 ☐ Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 ☐ Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 ☐ Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 ☐ Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 ☐ Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 ☐ Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 ☐ Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas 2 ☐ Consegue subir e descer escadas 1 ☐ Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 ☐ Não consegue subir ou descer escadas	
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 ☐ Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2 ☐ Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 ☐ Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 ☐ Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal 2 ☐ Controla bem esta função 1 ☐ Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 ☐ Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Actualmente, controla a função urinária 2 ☐ Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 ☐ Perde urina acidentalmente 0 ☐ Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Actualmente, consegue ir à casa de banho 2 ☐ Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 ☐ Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho 0 ☐ Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	