

**PADRÃO DE CUIDADOS PARA A PESSOA/CLIENTE SUBMETIDA A ARTROPLASTIA
TOTAL DA ANCA**

*SEGUNDO A TERMINOLOGIA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA
DE ENFERMAGEM – VERSÃO 1.0*

ELABORAÇÃO:

CELSO PIRES RIBEIRO | ENFERMEIRO DO BLOCO OPERATÓRIO

LILIANA SOFIA DOMINGUES DAS NEVES | ENFERMEIRA DO BLOCO OPERATÓRIO

RUI ALEXANDRE DE AZEVEDO DA SILVA PARDAL | ENFERMEIRO DO BLOCO OPERATÓRIO

SETÚBAL | MARÇO | 2007

SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. FENÓMENOS E ACÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA/CLIENTE SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA	4
1.1 FASE DO PRÉ-OPERATÓRIO	4
1.1.1 Conhecimento da pessoa/cliente acerca da Artroplastia Total da Anca.....	4
1.1.2 Dor.....	5
1.1.3 Mobilidade Comprometida.....	5
1.1.4 Capacidade Para Tomar Banho	6
1.1.5 Capacidade Para se Arranjar.....	6
1.1.6 Capacidade Para se Vestir.....	7
1.1.7 Ansiedade.....	7
1.1.8 Medo.....	7
1.1.9 Risco de Úlcera de pressão.....	8
1.1.10 Limpeza das vias aéreas	8
1.1.11 Risco de [Tromboembolismo]	9
1.2 FASE DO PÓS-OPERATÓRIO	9
1.2.1 Dor.....	9
1.2.2 Risco de Infecção da ferida operatória.....	10
1.2.3 Risco de [Tromboembolismo].....	10
1.2.4 Risco de Retenção Urinária no Pós-Operatório Imediato	10
1.2.5 Risco de Vômito no Pós-Operatório Imediato	11
1.2.6 Risco de Obstipação	11
1.2.7 Perfusão tecidual comprometida	12
1.2.8 Risco de Hemorragia.....	12
1.2.9 Risco de Limpeza Ineficaz das Vias Aéreas.....	13
1.2.10 Capacidade Para Usar o Sanitário.....	13
1.2.11 Capacidade Para Tomar Banho.....	14
1.2.12 Capacidade Para se Arranjar.....	14
1.2.13 Capacidade Para se Vestir	14
1.2.14 Mobilidade comprometida.....	15
1.2.15 Movimento articular comprometido	16
1.2.16 Ferida cirúrgica	17
1.3 PREPARAÇÃO DA ALTA – PRESTADOR DE CUIDADOS	17
1.3.1 Conhecimento da pessoa/cliente acerca da Artroplastia Total da Anca.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
BIBLIOGRAFIA.....	20

NOTA INTRODUTÓRIA

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (designada por CIPE) afigura-se como um instrumento capaz de dar “(...) *resposta adequada à nova realidade, já que permite um reconhecimento mais fácil das necessidades, dos recursos e conseqüente incremento da qualidade de cuidados*” (Alves in Garcia, 2000:59), contudo, persiste como uma área pouco explorada, razões pelas quais decidimos debruçar-nos sobre este tema. Assim sendo, a concretização deste trabalho, tem como objectivo servir de guia para consulta, com os fenómenos e acções mais frequentes na pessoa/cliente submetida a artroplastia da anca, após fractura a nível da articulação coxo-femural e, ao mesmo tempo, dar a conhecer esta linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, no sentido da sensibilização em relação a esta.

Os presentes fenómenos e acções foram formuladas tendo, a título de exemplo, a situação clínica de uma pessoa/cliente com fractura a nível da articulação coxo-femural, pelo que optamos por não especificar os eixos de classificação dos fenómenos, que deverão ser formulados com base nas respectivas situações individuais.

O respectivo trabalho inicia-se com uma lista de siglas, segue-se a presente nota introdutória, os fenómenos de enfermagem mais frequentes e respectivas acções, possíveis de se desenvolverem, estando estes agrupados, por questões de organização e para facilidade de consulta em três fases: pré-operatório, pós-operatório e preparação para a alta. Este documento termina com algumas considerações finais e a bibliografia necessária para a sua realização.

1. FENÓMENOS E ACÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA/CLIENTE SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

De seguida, estão expostos os fenómenos e acções de Enfermagem mais comuns em pessoas/clientes submetidos a artroplastia da anca, de acordo com a terminologia em questão. Alguns fenómenos são comuns ao período do pré e pós-operatório. Contudo, como as acções realizadas diferem, optamos por apresentá-los em ambas as fases. Cada fenómeno tem, subseqüentemente, a sua definição segundo a CIPE - excepto quando se repetem - para uma melhor compreensão do seu significado e para proceder a uma integração gradual na linguagem utilizada nesta classificação.

Certos fenómenos levantados não se encontram definidos como focos da acção de enfermagem. Contudo, como a CIPE é um processo em constante remodelação e por serem considerados importantes e insubstituíveis, foram referidos e destacados com a pontuação de parêntesis rectos.

1.1 FASE DO PRÉ-OPERATÓRIO

1.1.1 Conhecimento da pessoa/cliente acerca da Artroplastia Total da Anca

Segundo a CIPE (2005:96), o conhecimento é um *“Status com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas; conhecimento e reconhecimento de informação”*.

Acções de Enfermagem:

- Avaliar o grau de conhecimento da pessoa/cliente;
- Informar sobre tipo de cirurgia/acto anestésico;
- Ensinar escala da dor;
- Informar sobre procedimentos pré-operatórios (Higiene, jejum, exames complementares de diagnóstico, preparação intestinal, tricotomia, cateterização de via periférica, retirar adornos e próteses dentárias);
- Avaliar ensinamentos realizados;
- Instruir acerca da necessidade de cumprir a imobilização no período pré e pós-operatório (repouso no leito e posicionamentos prescritos);
- Instruir/treinar/avaliar/motivar sobre exercícios pós-operatórios (Técnica da respiração diafragmática e da tosse eficaz, exercícios isométricos – contracção dos músculos quadríceps e glúteos, mobilizações das extremidades distais);
- Informar sobre auxiliares de marcha (andarilho, canadianas) para o pós-operatório;

- Ensinar sinais e sintomas de complicações no período pós-operatório e a importância de o transmitir ao enfermeiro.

1.1.2 Dor

Segundo a CIPE (2005:60), dor é, “(...) *Percepção com as características específicas: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*”.

Acções de Enfermagem:

- Monitorizar dor através da escala em uso;
- Manter unidade calma e obscura;
- Providenciar medidas de conforto;
- Avaliar coping (perguntando à pessoa/cliente o que costuma fazer para aliviar a dor) e incentivar a sua realização;
- Instruir/motivar técnicas de relaxamento (musicoterapia, leitura, respiração diafragmática, pensamento abstracto);
- Gerir analgesia.

1.1.3 Mobilidade Comprometida

Segundo a CIPE (2005:93), mobilidade é uma “(...) *Capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento*”.

Acções de Enfermagem:

- Instruir/treinar/motivar realização de exercícios activos com o membro não afectado (elevação, flexão, extensão, adução, abdução e rotações);
- Instruir/treinar/motivar realização de exercícios com o membro afectado (flexão plantar e dorsi-flexão activas da extremidade distal, exercícios isométricos do quadrícepe, apoio do glúteo);
- Estabelecer limites do movimento da articulação afectada (colocação de tala de Brawn/tracção cutânea ou esquelética com almofadas e/ou “sacos de areia” contra-laterais mantendo a abdução da articulação e não permitindo movimentos de rotação);

- Instruir sobre limites do movimento da articulação afectada;
- Posicionar alternadamente em decúbito dorsal e em decúbito lateral para o lado não afectado, mantendo abdução e alinhamento do membro afectado (de preferência de duas em duas horas e em caso de necessidade);
- Posicionar em Semi-fowler sem flexão do membro afectado, para a realização das refeições;
- Assistir pessoa/cliente no posicionamento;
- Mobilizar pessoa/cliente mantendo o membro afectado em abdução e alinhado;
- Motivar colaboração da pessoa/cliente nas alternâncias de decúbito.

1.1.4 Capacidade Para Tomar Banho

Segundo a CIPE (2005:92), é a *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as seguintes características específicas: enxaguar o corpo, ou partes dele em água por exemplo entrando ou saindo da banheira, providenciando todo o material necessário ao banho, obtendo ou abrindo a água, lavando e secando o corpo”*.

Acções de Enfermagem:

- Dar banho;
- Assistir/Motivar para lavar as partes do corpo que lhe são acessíveis;
- Instruir técnicas/manobras de banho;
- Treinar manobras de higiene;
- Educar a família sobre os diferentes procedimentos.

1.1.5 Capacidade Para se Arranjar

Segundo a CIPE (2005:92), Capacidade Para se Arranjar é a *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as características específicas: Manter-se asseado, cuidar do cabelo e da barba, barbear-se, pentear-se, escovar ou encaracolar o cabelo, lavar, arranjar as unhas, aplicar desodorizante, cosméticos e maquilhagem, manter as roupas limpas sem odor e em ordem, verificar a aparência ao espelho”*.

Acções de Enfermagem:

- Providenciar objectos de arranjo pessoal;
- Motivar o arranjo pessoal;
- Assistir a pessoa/cliente;
- Instruir/Treinar manobras facilitadoras;

- Educar a família sobre como promover o máximo de independência da pessoa/ cliente e como assistir nestes cuidados.

1.1.6 Capacidade Para se Vestir

Segundo a CIPE (2005:92), é uma *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as características específicas: Colocar ou retirar roupas e sapatos adaptados à situação e ambiente tendo em consideração convenções e códigos normais de vestir; vestir e despir as roupas pela sequência correcta, fechando-as de forma correcta”*.

Acções de Enfermagem:

- Avaliar capacidade da pessoa/cliente no que respeita à realização do autocuidado;
- Instruir técnicas para se vestir/despir;
- Treinar técnicas;
- Assistir/Motivar o auto-cuidado;
- Elogiar pequenos progressos;
- Instruir/Treinar a família.

1.1.7 Ansiedade

Segundo a CIPE (2005:85), ansiedade é *“Emoção com as características específicas: Sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”*.

Acções de Enfermagem:

- Informar sobre patologia/tratamentos;
- Promover auto-controlo através de medidas de coping;
- Instruir/treinar/motivar técnicas respiratórias;
- Explicar BO/UCPA à pessoa/cliente e família.

1.1.8 Medo

Segundo a CIPE, (2005:86), Medo é uma *“Emoção com as seguintes características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada*

por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo.”

Acções de Enfermagem:

- Optimizar ambiente;
- Promover auto-controlo;
- Permitir [objecto significativo] no intra operatório;
- Disponibilizar-se;
- Facilitar comunicação expressiva.

1.1.9 Risco de Úlcera de pressão

O risco é uma “Potencialidade com as características específicas: Possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo” (CIPE, 2005:108).

Segundo a CIPE (2005:57), úlcera de pressão é um tipo de *“Úlcera com as características específicas: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”*.

Acções de Enfermagem:

- Motivar/Posicionar a alternância de decúbitos de 2/2 horas;
- Massajar as zonas sujeitas a maior pressão com creme hidratante;
- Inspeccionar o estado da pele;
- Atenuar a pressão sobre o local, colocando almofadas, calcanheiras, colchões anti-escaras.

1.1.10 Limpeza das vias aéreas

Segundo a CIPE (2005:71), limpeza das vias aéreas trata-se de um *“Processo do Sistema Respiratório com as características específicas: Processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a livre passagem nas vias aéreas”*.

Acções de Enfermagem:

- Monitorizar:
 - Sinais vitais

- Sinais e sintomas de infecção
- Eficácia da administração de oxigénio
- Vigiar as características da respiração e das secreções;
- Aspirar secreções em SOS;
- Promover hidratação adequada;
- Posicionar pessoa/cliente em decúbitos alternados de 2/2 horas;
- Instruir sobre:
 - Técnica da tosse eficaz;
 - Respiração profunda, lenta e abdomino-diafragmática.

1.1.11 Risco de [Tromboembolismo]

Acções de Enfermagem:

- Motivar realização de movimentos activos com o membro não afectado;
- Motivar realização de exercícios com o membro afectado;
- Motivar para utilização de meias elásticas até à raiz da coxa, ou realizar ligadura de contenção até à raiz da coxa.

1.2 FASE DO PÓS-OPERATÓRIO

1.2.1 Dor

Segundo a CIPE (2005:60), dor é uma *“Percepção com as seguintes características específicas: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite”*.

Acções de Enfermagem:

- Monitorizar dor através da escala em uso;
- Manter unidade calma e obscurificada;
- Providenciar medidas de conforto;
- Avaliar coping (perguntando ao pessoa/cliente o que costuma fazer para aliviar a dor) e incentivar a sua realização;

- Instruir/motivar técnicas de relaxamento (musicoterapia, leitura, respiração diafragmática, pensamento abstracto);
- Realizar crioterapia;
- Gerir analgesia.

1.2.2 Risco de Infecção da ferida operatória

Segundo a CIPE (2005:51), a infecção é um *“Processo Patológico com as características específicas: invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo”*.

Acções de Enfermagem:

- Vigiar ferida operatória e drenagens;
- Instruir/vigiar sobre sinais e sintomas de infecção;
- Realizar penso e retirar drenagens de acordo com protocolo da instituição;
- Monitorizar sinais vitais, nomeadamente a temperatura corporal.

1.2.3 Risco de [Tromboembolismo]

Acções de Enfermagem:

- Motivar realização de movimentos activos com o membro não afectado;
- Motivar realização de exercícios com o membro afectado;
- Motivar para utilização de meias elásticas até à raiz da coxa, ou realizar ligadura de contenção até à raiz da coxa aquando levante;
- Motivar para deambulação assim que possível;
- Avaliar sinais e sintomas de tromboflebite;
- Evitar pressão sobre o membro não afectado;
- Elevar membro não afectado.

1.2.4 Risco de Retenção Urinária no Pós-Operatório Imediato

Segundo a CIPE (2005:74), Retenção Urinária é um *“Processo do Sistema Urinário com as características específicas: Acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga”*.

Acções de Enfermagem:

- Vigiar primeira micção;
- Avaliar características da urina;
- Avaliar sinais e sintomas de desconforto vesical;
- Verificar existência de globo vesical;
- Estimular pessoa/cliente a urinar;
- Executar manobras de estimulação da micção;
- Algiar em SOS;
- Informar clínico acerca da eventual necessidade de administração de diuréticos;
- Incentivar boa ingestão hídrica (1,5 a 2 litros/dia), assim que possível.

1.2.5 Risco de Vômito no Pós-Operatório Imediato

Segundo a CIPE (2005:53) vômito *faz parte do “Processo do Sistema Gastrointestinal com as características específicas: Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca”.*

Acções de Enfermagem:

- Vigiar presença de náuseas;
- Identificar características dos vômitos;
- Gerir terapêutica anti-hemética;
- Providenciar líquidos quando possível;
- Motivar pessoa/cliente para a realização de inspirações profundas pela boca;
- Providenciar dieta adequada.

1.2.6 Risco de Obstipação

Segundo a CIPE (2005:52), obstipação faz parte do *“Processo do Sistema Gastrointestinal com as características específicas: Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas”.*

Acções de Enfermagem:

- Vigiar sinais e sintomas de obstipação;
- Vigiar a frequência e características das fezes;

- Informar a pessoa/cliente e família sobre as causas da alteração, reversibilidade da situação, e importância da colaboração no treino intestinal;
- Auscultar ruídos intestinais;
- Posicionar alternando os decúbitos permitidos;
- Providenciar/motivar dieta rica em fibras;
- Motivar ingestão hídrica;
- Gerir administração de laxantes em SOS;
- Promover deambulação assim que possível.

1.2.7 Perfusão tecidual comprometida

Segundo a CIPE (2005:50), perfusão dos tecidos é um *“Processo Vascular com as características específicas: movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos”*.

Acções de Enfermagem:

- Avaliar coloração e temperatura da pele;
- Avaliar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Avaliar o preenchimento capilar e a vascularização das extremidades;
- Instruir pessoa/cliente para a importância de mobilizar os dedos dos pés;
- Motivar pessoa/cliente para a mobilização dos dedos dos pés;
- Vigiar presença de edema;
- Encorajar a deambulação precoce o mais rapidamente possível.

1.2.8 Risco de Hemorragia

Segundo a CIPE (2005:50), Hemorragia faz parte do *“Processo de Perda Sanguínea com as características específicas: perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar”*.

Acções de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais;
- Vigiar sinais de desequilíbrio hidro-electrolítico (sudorese, coloração da pele e mucosas, sinais de agitação/desorientação);

- Vigiar penso cirúrgico;
- Avaliar perdas hemáticas;
- Monitorizar drenagens;
- Referir ao médico as alterações detectadas.

1.2.9 Risco de Limpeza Ineficaz das Vias Aéreas

Segundo a CIPE (2005:71), limpeza das vias aéreas trata-se de um *“Processo do Sistema Respiratório com as características específicas: Processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a livre passagem nas vias aéreas”*.

Acções de Enfermagem:

- Monitorizar respiração;
- Motivar pessoa/cliente para a realização da técnica da respiração diafragmática e da tosse eficaz;
- Supervisionar pessoa/cliente na realização da técnica da respiração diafragmática e da tosse eficaz;
- Aspirar secreções em SOS;
- Avaliar características das secreções;
- Administrar nebulização em SOS;
- Providenciar hidratação;
- Motivar hidratação;
- Promover deambulação, assim que possível.

1.2.10 Capacidade Para Usar o Sanitário

Segundo a CIPE (2005:92), é a *“Capacidade de Desempenho com as seguintes características específicas: Desempenhar actividades para manter a higiene íntima, limpando-se após urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, puxando o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção”*.

Acções de Enfermagem:

- Assistir/motivar a deslocar-se ao sanitário;
- Transferir/assistir nas transferências.

1.2.11 Capacidade Para Tomar Banho

Segundo a CIPE (2005:92), é a *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as seguintes características específicas: enxaguar o corpo, ou partes dele em água por exemplo entrando ou saindo da banheira, providenciando todo o material necessário ao banho, obtendo ou abrindo a água, lavando e secando o corpo”*.

Acções de Enfermagem:

- Dar banho;
- Assistir/Motivar para lavar as partes do corpo que lhe são acessíveis;
- Instruir técnicas/manobras de banho;
- Treinar manobras de higiene;
- Educar a família sobre os diferentes procedimentos.

1.2.12 Capacidade Para se Arranjar

Segundo a CIPE (2005:92), Capacidade Para se Arranjar é a *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as características específicas: Manter-se asseado, cuidar do cabelo e da barba, barbear-se, pentear-se, escovar ou encaracolar o cabelo, lavar, arranjar as unhas, aplicar desodorizante, cosméticos e maquilhagem, manter as roupas limpas sem odor e em ordem, verificar a aparência ao espelho”*.

Acções de Enfermagem:

- Providenciar objectos de arranjo pessoal;
- Motivar o arranjo pessoal;
- Assistir a pessoa/cliente;
- Instruir/Treinar manobras facilitadoras;
- Educar a família sobre como promover o máximo de independência da pessoa/ cliente e como assistir nestes cuidados.

1.2.13 Capacidade Para se Vestir

Segundo a CIPE (2005:92), é uma *“Capacidade Para Cuidar da Higiene Pessoal com as características específicas: Colocar ou retirar roupas e sapatos adaptados à situação e ambiente tendo em consideração convenções e códigos normais de vestir; vestir e despir as roupas pela sequência correcta, fechando-as de forma correcta”*.

Acções de Enfermagem:

- Avaliar capacidade da pessoa/cliente no que respeita à realização do autocuidado;
- Instruir técnicas para se vestir/despir;
- Treinar técnicas;
- Assistir/Motivar o auto-cuidado;
- Elogiar pequenos progressos;
- Instruir/Treinar a família.

1.2.14 Mobilidade comprometida

Segundo a CIPE (2005:93), mobilidade é uma “(...) *Capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento*”.

Acções de Enfermagem:

- Motivar realização de exercícios activos com o membro não afectado;
- Estabelecer limites do movimento da articulação afectada (colocação de triângulo de abdução e “sacos de areia” contra-laterais mantendo a abdução da articulação e não permitindo movimentos de rotação);
- Posicionar alternadamente em decúbito dorsal (em exclusivo nas primeiras vinte e quatro horas de pós-operatório) e em decúbito lateral para o lado não afectado, mantendo abdução do membro afectado (de preferência de duas em duas horas e em caso de necessidade);
- Assistir pessoa/cliente no posicionamento;
- Motivar colaboração da pessoa/cliente nas alternâncias de decúbito;
- Informar para a importância de não se mobilizar sem o auxílio do enfermeiro até indicação em contrário;
- Instruir a pessoa/cliente a apoiar-se sobre o lado não operado;
- Treinar a pessoa/cliente na mobilização utilizando o lado não operado como apoio;
- Motivar a pessoa/cliente para realizar mobilização apoiando-se sobre o lado não afectado;
- Supervisionar pessoa/cliente na realização da mobilização;
- Executar técnica de primeiro levante no 1.º ou 2.º dia após a cirurgia (consoante prescrição médica);
- Motivar deambulação com auxílio do andador no 2.º dia após a cirurgia, e aumentar a frequência e distância da deambulação de acordo com a tolerância da pessoa/cliente;

- Ensinar deambulação com o auxílio de andarilho (avançar o andarilho, avançar o membro operado e depois o membro não operado, fazendo uma correcta sustentação do peso);
- Treinar a deambulação com andarilho;
- Motivar deambulação com andarilho;
- Assistir nas primeiras deambulações;
- Supervisionar deambulação com andarilho (nomeadamente sustentação do peso e equilíbrio corporal);
- Ensinar deambulação com o auxílio de canadianas ou bengala (mediante 2, 3, 4 pontos de apoio, tendo em conta as condições de estabilidade da pessoa/cliente);
- Treinar a deambulação com canadianas ou bengala;
- Motivar deambulação com canadianas ou bengala;
- Assistir nas primeiras deambulações;
- Supervisionar deambulação com canadianas ou bengala (nomeadamente sustentação do peso e equilíbrio corporal);
- Instruir pessoa/cliente para os limites de flexão da articulação (proibida a flexão a 60° no pós-operatório imediato, a rotação interna e externa);
- Mobilizar pessoa/cliente mantendo o membro afectado em abdução;
- Providenciar uma cadeira com assento firme, não reclinável e com braços;
- Sentar pessoa/cliente com almofadas a preservar a abdução a 30°;
- Elevar assento com almofadas para manter o ângulo da anca dentro dos limites prescritos;
- Avaliar os progressos da pessoa/cliente na autonomia da deambulação;
- Elogiar a pessoa/cliente pelo esforço que está a realizar e pelos seus progressos.

1.2.15 Movimento articular comprometido

Segundo a CIPE (2005:125), Movimento Articular Activo é uma *“Técnica de Exercício Muscular ou Articular com as características específicas: Movimento articular voluntário e movimentos articulares iniciados pelo próprio, sem assistência”*. O Movimento Articular Passivo distingue-se do anterior por ser necessária assistência para a sua realização.

Acções de Enfermagem:

- Instruir sobre limitações do movimento articular:
 - Não flectir a anca a um ângulo superior a 60° durante cerca de 10 dias após a cirurgia;

- Não flectir a anca a um ângulo superior a 90° durante os dois a três meses após a cirurgia;
- Não realizar abdução do membro para além da linha média durante dois a três meses após a cirurgia;
- Não realizar rotação externa ou interna do membro durante dois a três meses após a cirurgia;
- Realizar carga no membro operado, segundo prescrição médica.
- Motivar para o cumprimento das limitações de movimento articular.

1.2.16 Ferida cirúrgica

Segundo a CIPE (2005:33), ferida cirúrgica “(...) é um tipo de ferida com as seguintes características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus”.

Acções de Enfermagem:

- Avaliar sinais e sintomas de infecção;
- Vigiar características da drenagem;
- Vigiar características da pele no local de inserção do dreno;
- Executar penso segundo esquema;
- Referir ao médico sinais de infecção;
- Sugerir dieta hipercalórica e hiperproteica.

1.3 PREPARAÇÃO DA ALTA – PRESTADOR DE CUIDADOS

1.3.1 Conhecimento da pessoa/cliente acerca da Artroplastia Total da Anca

Segundo a CIPE (2005:96), o conhecimento é um “*Status com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas; conhecimento e reconhecimento de informação*”.

Acções de Enfermagem:

- Realizar carta de alta de enfermagem;
- Informar acerca dos cuidados a ter com a prótese da anca, medicação, pensos;

- Informar necessidade de entregar as cartas de alta ao enfermeiro de família, e combinar com este as estratégias mais favoráveis para a realização dos pensos;
- Instruir pessoa/cliente para os cuidados a ter;
- Treinar, os cuidados a ter, com a pessoa/cliente;
- Informar sobre a importância dos cuidados a ter com a prótese da anca, com a pessoa/cliente;
- Informar sobre a necessidade de durante os primeiros 2 ou 3 meses manter a abdução da anca a 90º com a utilização de almofadas e dormir em decúbito dorsal e lateral para o lado não operado, após este período poderá realizar decúbito ventral, mas não por longos períodos;
- Informar sobre equipamentos necessários (auxiliares de marcha, assentos para sanita, sofá e cadeiras adaptadas – assento firme, não reclinável e com braços);
- Ensinar sobre:
 - Posicionamentos;
 - Técnica de levantar da cama (entrar e sair sempre pelo lado contrário ao da artroplastia total da anca);
 - Limites de movimentos da articulação;
 - Não cruzar as pernas;
 - Programa diário de exercícios (também com a realização de alongamentos, e descansar o resto do dia);
 - Não realizar actividades que provoquem carga excessiva ou brusca sobre a articulação (corridas, saltos, levantar cargas pesadas, inclinação ou rotação excessivas, evitar aumento de peso);
 - Colocar almofadas nas cadeiras para que a pessoa/cliente ao sentar-se mantenha os limites de flexão da articulação;
- Motivar para o uso de bengala nas longas caminhadas, não permanecer de pé por longos períodos e não se sentar por períodos superiores a 30 minutos de cada vez;
- Informar acerca da importância da fisioterapia;
- Motivar para a continuidade da fisioterapia;
- Informar acerca dos serviços de apoio do Hospital e da Segurança Social;
- Envolver o serviço de assistência social se a pessoa/cliente não atingir os níveis funcionais pretendidos, nomeadamente para a necessidade de auxílio ao prestador de cuidados para a realização das tarefas diárias de apoio à pessoa/cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste padrão, foi-nos possível aperfeiçoar capacidades de utilização da CIPE, e adequar, simultaneamente, a sua taxonomia, em relação aos fenómenos e acções mais frequentes em pessoas/clientes submetidos a artroplastia total da anca.

A implementação de um padrão de documentação definitivo afigura-se essencial, pois visa melhorar a elaboração do mais pertinente plano de cuidados para cada pessoa/cliente, permitindo levantar o mínimo de dúvidas no que concerne a acções de enfermagem adequadas a cada pessoa/cliente.

Através de uma consciencialização e compreensão adequada em relação aos benefícios da utilização da CIPE, será possível uniformizar a linguagem utilizada pelos profissionais de Enfermagem aquando das suas práticas, tendo como alvo a melhoria do bem-estar das pessoas/clientes.

BIBLIOGRAFIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1.0, Geneva, 2005;

FRADA, João José Cúcio – *Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. 4ª Edição, Lisboa: Edições Cosmos, 1994;

GARCIA, Luís [et al.] – *A Enfermagem do Novo Século*. Arcos de Valdevez: III Jornadas de Enfermagem do Vez, 2000;

HEBERT, Sízínio; XAVIER, Renato [et al.] – *Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática*: 3ª edição, Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.