

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA IDOSOS EM PÓS-
OPERATÓRIO DE FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES NA
ATENÇÃO DOMICILIAR**

GRAZIELE DE MEDEIROS BRAGA

ORIENTADOR: DIANI DE OLIVEIRA MACHADO

PORTO ALEGRE
2015

GRAZIELE DE MEDEIROS BRAGA

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA IDOSOS EM PÓS-
OPERATÓRIO DE FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES NA
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Projeto de Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes, da Escola GHC, como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Mnda. Diani Machado

**PORTO ALEGRE
2015**

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil. A população idosa tem maior predisposição ao trauma, dano que também aumentou significativamente nos últimos anos, fazendo com que as fraturas geriátricas tornem-se mais prevalentes. Grande parte das fraturas necessitam de intervenção cirúrgica, e o pós-operatório (PO) demanda cuidados específicos, principalmente após a alta hospitalar, no domicílio. Assim, no contexto da atenção domiciliar ao idoso no PO de fratura em membro inferior, surge a necessidade de elaboração de um instrumento que possa auxiliar no plano de cuidados a esses usuários. Objetivo: elaborar uma cartilha orientadora para usuários em PO de membros inferiores. Método: O projeto será desenvolvido em duas etapas: estudo transversal com coleta de dados em prontuários no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a elaboração da cartilha de orientações. A análise dos dados da primeira etapa será por meio de estatística descritiva. No que se refere à segunda etapa, pretende-se discutir a cartilha e submetê-la a aprovação da equipe do Serviço. O projeto será submetido ao comitê de ética e pesquisa do GHC. Resultados esperados: Espera-se com o desenvolvimento deste projeto construir uma ferramenta que auxilie paciente e cuidador e que oportunize a qualificação da assistência prestada.

Descritores: Saúde do idoso; Enfermagem domiciliar; Assistência domiciliar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROBLEMA	6
3 JUSTIFICATIVA	7
4 OBJETIVOS	7
4.1 OBJETIVO GERAL.....	8
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
5.1 A VULNERABILIDADE DO IDOSO DIANTE UM TRAUMA.....	8
5.2 A ATENÇÃO DOMICILIAR	10
5.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR	12
6 MÉTODOS.....	14
6.1 TIPO DE ESTUDO	14
6.2 CAMPO DE ESTUDO.....	14
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
6.4 COLETA DE DADOS	17
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	18
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	18
7 CRONOGRAMA.....	19
8 ORÇAMENTO	20
9 RESULTADOS ESPERADOS	20
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICE A	25

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui cerca de 20,5 milhões de idosos. Entre os países da América Latina é considerado o país com maior aumento no número de pessoas com mais de 60 anos. No Rio Grande do Sul (RS) também se observa uma maior prevalência desta população, o que pode ser explicado devido ao maior índice de desenvolvimento humano, maior expectativa de vida e a proporção de idosos na população (ROSA et al, 2015).

O envelhecimento populacional e a melhoria das condições de vida da população demandaram novas necessidades de atendimento à saúde. Nesse contexto, surgiram formas de cuidar próximas no domicílio, dando origem aos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)(BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atendimento com atuação na vigilância à saúde dos usuários. Tem por objetivo, promover, manter ou restaurar a saúde do indivíduo por meio de ações desenvolvidas no domicílio. Entre as vertentes organizacionais da AD, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a redução de custos por meio da desospitalização (BRASIL, 2012).

No ano de 2011, com o objetivo de redefinir a atuação da AD dentro do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa “Melhor em Casa”, pautado na Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. A Portaria organiza a AD em três modalidades de atendimento, sendo elas Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) de responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família e Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3) de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2012).

O SAD é composto por uma equipe multiprofissional de atendimento (EMAD) e por uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP). A EMAD é constituída dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social. A EMAP é constituída de no mínimo três profissionais entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013).

Na cidade de Porto Alegre/RS foram habilitados sete serviços de AD, totalizando 20 equipes das quais, quatro pertencem ao Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) Com isso, as equipes já existentes no PAD/GHC estão em processo de transição para o Programa “Melhor em Casa” (BRASIL, 2014).

Entre a população atendida nos SADs os idosos são os pacientes com maior prevalência. Estudo realizado no SAD do GHC com o objetivo de caracterizar as demandas de enfermagem em AD constatou que dos 826 pacientes adultos atendidos num período de dois anos, a média de idade dos usuários foi de $62,66 \pm 18,31$ anos, sendo o grupo etário acima de 65 anos o mais prevalente ($n=418$; 50,6%), seguido da faixa etária dos 51 aos 64 anos ($n = 230$; 27,8%) (MACHADO et al, 2014).

Os idosos têm maior predisposição ao trauma, dano que vem aumentando significativamente nos últimos anos. A causa em geral é atribuída em grande parte pelas quedas, fazendo com que a fraturas geriátricas apresentem uma importância cada vez maior diante do aumento da população nessa faixa etária. É importante destacar ainda que a incidência de quedas aumenta expressivamente a partir dos 75 anos de idade, sendo que as mulheres apresentam maior risco (MONTEIRO et al 2012; OLIVEIRA et al, 2014).

Em relação às lesões determinadas pelas quedas, às fraturas de fêmur, são as causam a maior taxa de internações em emergências. Um estudo descritivo, conduzido por Rosa e colaboradores (2015) no RS, constatou que entre 2006 e 2011, houve 309.840 óbitos de idosos, sendo 2.126 apresentaram como causa básica a queda. Os autores também relatam que prevalência de quedas em idosos é de 37,5% e de quedas recorrentes é de 16,5%. Sendo grande parte, ocorridas no domicílio (ROSA et al, 2015).

As fraturas são as consequências mais frequentemente observadas nos casos que necessitam de hospitalização e tratamento cirúrgico. O pós-operatório (PO) demanda cuidados específicos com o membro operado como repouso, curativos diários e preservação do membro ao esforço. O cuidado domiciliar nesses casos é essencial para uma recuperação adequada (SOUSA et al, 2015).

Assim, na AD, os profissionais defrontam-se com várias contingências no domicílio do usuário, sendo necessário adequação das intervenções e a participação dos familiares na prática dos cuidados. A equipe de enfermagem tem atuação importante nesse cenário, resultando positivamente nos cuidados domiciliares (GAGO e LOPES, 2012).

Estudo conduzido por Azzolin e colaboradores, corrobora com a afirmativa. A investigação evidenciou que o cuidado de enfermagem domiciliar em pacientes com insuficiência cardíaca comparada com o cuidado usual, mostrou benefícios e a

melhora da qualidade de vida dos usuários, além de reduzir a busca pelo atendimento de emergência, as readmissões hospitalares e os custos do tratamento (AZZOLIN et al, 2012). Publicações em português sobre assistência de enfermagem domiciliar aos usuários com fraturas em membros inferiores não foram encontrados.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento utilizado pelos enfermeiros que visa à qualidade na atenção à saúde oferecida ao paciente, a família e a coletividade. Ela vem para somar no planejamento, na execução, no controle e na avaliação das ações de cuidados direto e indireto aos pacientes. Neste contexto, a SAE no domicílio do idoso com fratura, tem como objetivo diminuir as complicações no pós-operatório e retorno do usuário ao hospital (SOARES et al, 2015).

Os idosos no pós-operatório de fraturas em membros inferiores necessitam de cuidados específicos, a fim de diminuir o risco a possíveis complicações. Nessa realidade a AD passa a desenvolver suas atribuições na orientação dos cuidados. E por sua vez, têm de utilizar estratégias para envolvimento do usuário e familiares, tornando-os participantes no cuidado. Estas medidas preventivas podem evitar o agravamento decorrente da lesão estabelecida e danos posteriores se forem introduzidas em forma de um instrumento com um conjunto de orientações na linguagem do usuário.

O enfermeiro desenvolve sua competência profissional na AD realizando ações conjuntas e específicas como a SAE. Entretanto, oferecer aos usuários e aos demais profissionais um instrumento de orientações baseado em evidências irá refletir na qualidade do atendimento, na diminuição de reinternações e recuperação sem danos dos usuários. Estas medidas preventivas podem evitar o agravamento decorrente da lesão estabelecida e danos posteriores.

2 PROBLEMA

A experiência profissional da autora da presente pesquisa como enfermeira em um hospital referência em trauma pertencente ao GHC, onde muitos idosos reinternam devido a complicações que poderiam ser evitadas no domicílio se tivessem algum conhecimento ou instrução sobre os cuidados, trouxe como problema o despreparo de pacientes e cuidadores em relação aos cuidados

específicos aos idosos em PO. Além disso, o SAD do GHC , serviço de AD referência ao hospital de trauma onde a pesquisadora trabalha, presta atendimento aos pacientes idosos em PO e não utiliza orientações padronizadas em forma de manual para pacientes e cuidadores de idosos com esse agravo.

Diante disso, surge a necessidade de elaboração e implementação de um instrumento, que possa servir como plano de cuidados aos idosos no domicílio durante sua recuperação pós- operatória.

3 JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela realidade do envelhecimento populacional e o consequente aumento de fraturas em membros inferiores nessa faixa etária, somados a experiência profissional da autora da presente pesquisa como enfermeira em um hospital referência em trauma pertencente ao GHC, onde muitos idosos retornaram devido a complicações que poderiam ser evitadas no domicílio.

Além disso, o desenvolvimento da pesquisa com a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) oportunizará aos profissionais do SAD GHC maior aproximação com a temática.

O levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem relacionados aos idosos com fraturas de membros inferiores permitirá a elaboração de métodos para a intervenção no domicílio, através da elaboração de uma cartilha orientadora, voltada ao cuidador e elaborada diante das reais necessidades apresentadas pelo pacientes atendidos pelo serviço, o que permite um diagnóstico situacional do SAD do GHC.

A elaboração da cartilha, permitirá uma terapêutica adequada na recuperação pós-operatória ao usuário do PAD/GHC, segurança ao familiar referente ao cuidado ao idoso e ao enfermeiro um instrumento de cuidado voltado a necessidade do usuário.

4 OBJETIVOS

Apresentam-se a seguir os objetivos propostos pelo estudo.

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma cartilha de orientações sobre pós-operatório de fraturas em membros inferiores aos cuidadores e aos usuários do SAD/ GHC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em idosos no pós-operatório de cirurgias por trauma em membros inferiores atendidos em um SAD;
- Propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos identificados;
- Elaborar um plano de cuidados em forma de cartilha através das intervenções propostas;
- Validar a cartilha junto a equipe do SAD/ GHC.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A VULNERABILIDADE DO IDOSO DIANTE UM TRAUMA

Com o envelhecimento populacional, a prevalência do trauma em idosos tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, fazendo com que a traumatologia geriátrica passe a apresentar uma importância cada vez maior (MONTEIRO; FARO, 2010).

Um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, observou um aumento da população idosa em 43,3% com 60 anos ou mais. O estado com maior proporção de idosos é o Rio Grande do Sul com 13,6% e Porto Alegre foi a Capital do Brasil em número percentual de idosos com 15,04% (IBGE, 2010).

As Alterações de equilíbrio são incapacidades funcionais decorrentes do envelhecimento. Tais alterações são caracterizadas dor tontura, vertigem e desequilíbrio, que resultam em quedas. Este fato agrega consequências no bem estar físico, social e emocional no idoso. As quedas são um problema de saúde pública e estão associadas a grandes índices de morbimortalidade, aumentando o

escore de fragilização e institucionalização do idoso e óbito precoce (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

De acordo com Ricci et al. (2012), as fraturas do quadril e de Fêmur permanecem como uma das mais comuns lesões traumáticas da população idosa. Este tipo de fratura demanda internação hospitalar e tratamento cirúrgico, expondo o idoso a complicações no pós-operatório tanto no imediato quanto no tardio e associadas a esta, pelo menos duas outras doenças crônicas em 70% dos pacientes.

A população idosa, têm diferenças anatômicas e fisiológicas com relação a população em geral. O declínio das funções fisiológicas no hospital é uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia. Essas diferenças anatofisiológicas influem no potencial do trauma, assim como nas lesões resultantes. As mudanças no corpo, que resultam em uma menor capacidade para compensar as lesões. E cada uma dessas mudanças, têm um impacto na recuperação a longo prazo após o trauma. A recuperação da capacidade funcional até quatro anos após a lesão não é rara. Além disso, todos os esforços da reabilitação buscam o retorno da capacidade funcional prévia com déficits mínimos (NAYDUCH, 2011).

Segundo Cruz et al (2012), a prevalência de quedas entre os idosos é de 32,1%. E entre aqueles que sofreram uma queda, 19% tiveram fratura como consequência. A maior parte das quedas (59%) ocorre no domicílio do idoso. E a ocorrência associa-se com idade avançada, ao sexo feminino, a necessidade de auxílio para locomoção e diagnóstico de osteoporose.

De acordo com Antes et al, (2009), acidentes por quedas nos idosos acarretam consequências multifatoriais. Sendo intrínseco pelo envelhecimento e extrínseco pelo comportamento e atividades no meio ambiente. As principais causas de quedas em idosos são: fraqueza, tonturas, desequilíbrio, tropeços e escorregões. Além de constituir 70% das mortes acidentais em idosos, resultam em 5% dos casos em fraturas e entre 5% a 10% em ferimentos que demandam cuidados.

A utilização de medicamentos como antidepressivos, psicotrópicos, ansiolíticos e hipnóticos, sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos aumentam a propensão do trauma, através de seus efeitos colaterais cumulativos, por interações com outras drogas ou por hipotensão ortostática (MONTEIRO et al 2010).

Após uma queda, o idoso apresenta um declínio funcional, evidenciado por consequências psicológicas e sociais, como depressão, medo de cair, mudanças de

comportamentos e atitudes que levam à diminuição das atividades físicas e sociais (ANTES, et al 2009).

O idoso utiliza mais serviços de saúde e as internações hospitalares são mais frequentes se comparado a outras faixas etárias, além de ocupar um leito por um período maior. A desospitalização acarreta menores riscos de complicações e infecções. Estes elementos contribuem para a diminuição de gastos hospitalares e os benefícios da atenção domiciliar (SOUSA; ALVES, 2015)

Com o processo de reabilitação pós-operatória, o idoso necessita de um cuidador no domicílio e a presença contínua desse acompanhante é um fator protetor contra o declínio funcional (AVILA et al, 2015; MONTEIRO; FARO, 2010).

Os cuidados realizados no domicílio são uma extensão dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem, sendo estes profissionais também os responsáveis pela capacitação e suporte às famílias. Ser cuidador é desafiante, pois o cuidado sobrecarrega. Entretanto a dedicação é necessária para o sucesso e a efetividade do tratamento do paciente no domicílio. Neste contexto, no processo de reabilitação, ressalta-se a importância na atuação de profissionais de saúde na promoção do restabelecimento da independência funcional e da saúde do binômio idoso dependente-cuidador familiar (AVILA et al, 2015).

A família possui um lugar de destaque na vida e no cuidado do idoso. Esta convivência com familiares é considerada uma vantagem. No Rio Grande do Sul a composição familiar do idoso, retrata que grande parte reside com seu cônjuge ou seus filhos, destacando, assim, a presença da família na vida e no cuidado (BÓS et al 2015).

As fraturas, por serem um evento agudo, acarretam no despreparo dos cuidadores para o atendimento do idoso no domicílio. Estes, não têm tempo necessário para desenvolver competências e habilidades para o cuidado pós-fratura com qualidade, nem mesmo adquirir capacitação para prevenção de novas quedas. O cuidado oferecido pelo familiar após a cirurgia no domicílio é fundamental para o restabelecimento e futura independência do idoso (AVILA et al 2015).

5.2 A ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de

intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS). A AD visa o tratamento e a reabilitação do indivíduo no seu domicílio e a desospitalização precoce, que favorece maior percentual de recuperação do que no ambiente hospitalar. Neste modo de atendimento, a equipe multiprofissional é fundamental e esta, deve ter como meta a promoção, manutenção e restauração da saúde. A família também torna-se protagonista na atenção domiciliar, pois, sua participação ativa no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários (BRITTO et al 2015).

A AD dentro do SUS teve maior expansão na década de 1990, mas somente em 2011 através da Portaria 2527 constituiu-se como uma modalidade de atenção à saúde. Este novo modelo de atenção a saúde tem como objetivo: ser uma modalidade de atenção “substitutiva ou complementar”, atuar em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, prestar a continuidade do cuidado e estar integrada às Redes de Atenção à Saúde. O Melhor em Casa é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

As modalidades de atenção domiciliar no SUS são: AD1, AD2 e AD3 e escolha da modalidade de atendimento ao usuário se dá com a complexidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A AD1, é de responsabilidade das equipes de atenção básica por meio de visitas regulares em domicílio uma vez por mês assistindo usuários que: possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria (BRASIL, 2011).

Na AD2, a responsabilidade de atendimento são dos SADs. Estes serviços são compostos por uma equipe multiprofissional e usuários atendidos pela modalidade AD2 são: pacientes conforme a demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor

complexidade, adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia, adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses, adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório, reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação, uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica, acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso, necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória, necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2011).

Na modalidade AD3, incluem-se usuários que tenham existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal; ou paracentese (BRASIL, 2011).

A indicação da AD ocorre através dos serviços de urgência e emergência (hospitais), UBS, ambulatórios de especialidades, requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, por familiares e vizinhos, respeitando as rotinas de elegibilidade em AD determinadas por cada SAD (BRASIL, 2011).

5.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O enfermeiro fundamenta sua produção de cuidado, sua prática gerencial e assistencial através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este instrumento vem para somar e conformar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados direto e indireto aos pacientes. É uma ferramenta que assegura o cuidado e a qualidade da assistência ao paciente e a família. Há várias formas de sistematizar a assistência de enfermagem, entre elas estão o plano de cuidado, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. São métodos podem ser utilizados para se solucionar uma situação real em um determinado tempo e de alcançar resultados positivos para a saúde dos pacientes (SOARES, 2015).

Processo de Enfermagem (PE) é instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e é organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. A SAE é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando sua implementação pelo enfermeiro (SILVA et al 2015).

A coleta de dados que é a fase inicial e visa obter informações sobre a doença e o tratamento. Tais dados levantados, subsidia a elaboração dos diagnósticos de enfermagem que é definido pela Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como julgamento clínico do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais (BARROS, 2009).

A próxima etapa do PE é o planejamento da assistência, o qual qualquer pessoas possa executá-lo. É constituído de metas, objetivos e prescrição, que devem alimentar não só necessidades imediatas, mas também de prevenção, reabilitação e até mesmo plano de alta (SILVA, 2007).

A prescrição exige entrevista clinica e exame físico do paciente. Permeia prioridades na solução de problemas, além de planejamento de cuidados e ações específicas. Uma característica importante da prescrição de enfermagem é servir como uma orientação dos cuidados a serem prestados e para resolução de problemas prioritários (SILVA, 2007).

A execução das ações necessárias é a implementação com metas para o alcance dos resultados esperados. Após a aplicação das metas, a avaliação das ações aplicadas através da análise dos resultados conquistados e comparados com os resultados esperados (SILVA et al 2007).

A Nursing Interventions Classification (NIC) é um de instrumento de intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Foi lançada por pesquisadores de Iowa em 1992. A intervenção de enfermagem se define conforme a NIC como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (BARROS, 2009).

Na atenção domiciliar, os enfermeiros podem ser considerados como alguns dos protagonistas, mas para isto, esses profissionais necessitam ter conhecimento e desenvolver habilidades que possam favorecer a qualidade do trabalho. Uma das

estratégias para o aprimoramento da qualidade é o uso da metodologia da SAE (AZZOLIN, 2012).

A SAE pode ser uma importante estratégia para garantir ao idoso um atendimento sistematizado, humanizado e individualizado. Sua implementação é exclusiva do enfermeiro em todos os níveis de saúde. Seu uso ajuda o profissional de enfermagem a responder as necessidades do indivíduo de maneira adequada, visando melhorar e manter o nível de saúde do cliente (SILVA et al 2007).

6 MÉTODOS

A seguir, a descrição do tipo de estudo, campo do estudo, população de amostra, coleta de dados e análise dos dados.

6.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo será realizado em duas etapas. A primeira etapa compreende um estudo transversal com coleta de dados prospectiva. Segundo Polit e Beck (2011), o modelo de coleta transversal, envolve a coleta de dados em determinado ponto temporal. Todas as evidências são pontuadas durante o período de coleta dos dados. E essas evidências descrevem as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Os modelos transversais são usados para estudar fenômenos relacionados com o tempo e sua vantagem é a economia e a facilidade de controle.

A segunda etapa se dará através da elaboração da cartilha de orientações e cuidados com o idoso em PO de fratura e destinada aos usuários do serviço do SAD GHC.

6.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo será o Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (SAD/GHC). O GHC é composto por quatro hospitais, sendo eles o Hospital Nossa Senhora Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Ao GHC também pertencem a Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, doze postos de saúde do Serviço de Saúde

Comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde Escola GHC. Todos os serviços de saúde vinculados ao Grupo localizam-se na Zona Norte da cidade de Porto Alegre/RS, exceto o Hospital Fêmeina, o qual localiza-se próximo a região central da cidade (BRASIL, 2015).

O SAD/GHC foi implantado em 2004 pelo GHC, na cidade de Porto Alegre/RS, com o objetivo auxiliar na desospitalização de usuários internados nos hospitais do Grupo, acompanhar o usuário em seu domicílio, proporcionar o término do tratamento de saúde e auxiliar na transição dos cuidados do hospital para o domicílio. Os usuários acompanhados pertencem à Zona Norte do município (área de abrangência = 400.000 habitantes) e são encaminhados pelas unidades de internação ou pelos serviços de emergência dos quatro hospitais do GHC (BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2015).

Atualmente o serviço possui 23 profissionais dentre eles 6 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 6 médicos, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 2 assistentes sociais, 1 auxiliar administrativo. O serviço atua de segunda à sexta-feira com início das atividades às 07:00 e término às 19:00.

O SAD/GHC foi habilitado no Programa “Melhor em Casa” em julho de 2014 e hoje acompanha pacientes encaminhados pelos hospitais do grupo e pelas unidades básicas de saúde da zona norte de Porto Alegre (BRASIL, 2014 b).

Os critérios de inclusão no Serviço são: ter moradia fixa, residir na área de abrangência do SAD/GHC (zona norte de Porto Alegre), possuir diagnóstico e tratamento definidos durante internação hospitalar, quadro clínico estável, e presença de cuidador, em caso de usuários dependentes.

Todos os usuários que preenchem os critérios de inclusão assinam um termo de consentimento que versa sobre o aceite do acompanhamento, os horários de cobertura do serviço e o tempo de acompanhamento domiciliar. Em caso de usuários dependentes, o responsável/cuidador assina o consentimento. A assinatura do termo é anterior à alta hospitalar e à primeira visita domiciliar.

O serviço atua por meio de VD semanal realizada por equipe de núcleo mínimo, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, apoiada por fisioterapeuta, assistente social e nutricionista.

Entre as atividades exercidas pelo SAD/GHC estão a orientação de cuidados aos usuários com mobilidade prejudicada, incontinências, necessidade de aspiração de vias aéreas, uso de cateteres, estomias, curativos, entre outros. Conforme o quadro clínico de cada usuário, também é realizado procedimentos no domicílio (coletas de exames laboratoriais, paracentese, cateterismo vesical de longa permanência ou intermitente, passagem de cateter nasoenteral, administração parenteral de medicamentos) (MACHADO, et al 2014).

O PAD/GHC acompanha em média 700 usuários ao ano, entre adultos e crianças. O período previsto para acompanhamento é de trinta dias, com possibilidade de prolongamento conforme as necessidades do usuário. Após a estabilização do quadro clínico e a estruturação dos cuidados, é realizada a alta do Programa e o usuário é novamente vinculado à Unidade Básica de Saúde (MACHADO et al,2014).

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo compreende todos os usuários idosos em PO de fraturas em membros inferiores acompanhados pelo SAD/GHC no período do estudo. Será considerado idoso o paciente com idade igual ou superior a 60 anos. Serão incluídos os usuários idosos em PO mediato e tardio de fratura de MI.

Para o estudo considerou-se como PO mediato, 24 horas após a alta da sala de recuperação e tardio sete dias de após o procedimento, pelo alto índice de alta hospitalar precoce em até dois dias após o procedimento cirúrgico.

Para Bogossian (1995), o período pós-operatório compreende o momento em que o paciente sai da sala de operações até o retorno às suas atividades normais. Sua duração é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições fisiológicas do paciente.

O pós-operatório é constituído de três fases: pós-operatório imediato (POI) que compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia, e ainda, podendo se prolongar conforme a da gravidade da cirurgia e estado em que se encontra o paciente (MORAES e PENICHE, 2003)

O período pós-operatório mediato (POM) que se inicia após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar. Sua duração nas cirurgias de menor porte é geralmente curta e estende-se por cerca de

2 a 4 dias. Nas grandes cirurgias ele pode prolongar-se por 1 semana até 10 dias (MORAES E PENICHA, 2003)..

O pós-operatório tardio (POT) se estende por 1 a 2 meses, até a completa cicatrização das lesões ou a fase de ganho ponderal (MORAES e PENICHE, 2003).

6.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada em prontuário dos usuários do serviço do SAD/GHC através das evoluções dos profissionais atuantes nas VDs. As informações retiradas dos prontuários serão cadastradas em instrumento elaborado pela pesquisadora e baseado em instrumento proposto por Chaves e Solai (2013).

O instrumento é constituído de dados sociodemográficos como: idade, sexo, etnia, estado conjugal, anos de estudo, situação atual de trabalho e dados para desenvolvimento do processo de enfermagem como: lista de problemas de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados esperados (apêndice A). Nos problemas de enfermagem são contemplados dados como: evento relacionado ao usuário, família e/ou comunidade, condutas do enfermeiro, sinais, sintomas, queixas, condições pós-operatórias, uso de equipamentos terapêuticos, problemas relacionados a uso de medicações

Quanto a logística, a coleta de dados ocorrerá no primeiro semestre de 2016. Quinzenalmente a pesquisadora irá ao SAD/GHC para coletar os dados em prontuários.

Optou-se por realizar a coleta no serviço do SAD/GHC devido ao enfermeiro da equipe realizar, como rotina, a avaliação integral do usuário e os achados serem registrados em prontuário.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Primeira etapa: para a análise e apresentação dos dados, serão utilizadas estatísticas descritivas para variáveis quantitativas paramétricas. Serão calculadas a médias e o desvio padrão e para variáveis quantitativas não paramétricas serão calculadas a mediana e amplitude interquartil. A normalidade das variáveis será analisada pelo teste de Kolgomorov-Smirnov. Para variáveis categóricas serão calculados a frequência absoluta e relativa dos usuários com a característica analisada. Será utilizado o Programa SPSS versão 18.0. Será adotado como nível de significância $P < 0,05$.

Segunda etapa: a partir dos principais diagnósticos de enfermagem definidos na primeira etapa, será elaborado um plano de intervenção baseado na NIC. Essas informações serão utilizadas para elaboração de uma cartilha de orientações. Após a elaboração do material, este será apresentado à equipe do SAD/GHC para discussão e aprovação.

Após a aprovação, a cartilha será disponibilizada para o público alvo.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será realizada mediante a autorização do GHC, onde ela será aplicada e com início após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (CEP) da própria entidade.

Será garantido a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos durante a pesquisa. Devido a coleta de dados ser realizada em prontuário não será necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7 CRONOGRAMA

Abaixo segue a tabela com o cronograma a ser seguido na pesquisa:

Ano Etapas	2015	2016			
Meses Etapas	dezembro	1º semestre	Agosto	Setembro	Outubro
Revisão Literária	X	x	x	x	
Encaminhamento para o Comitê de Ética do GHC pela Plataforma Brasil	X				
Coleta de dados*		X			
Organização e análise das informações			x		
Redação do relatório de pesquisa			x		
Elaboração da cartilha			X	X	
Reunião com os membros do PAD para discussão da cartilha				X	
Implantação da cartilha					x
Redação de artigo científico e apresentação em evento					X

* A coleta de dados iniciará após a aprovação do comitê de ética.

8 ORÇAMENTO

O orçamento da pesquisa será custeado pela autora. O total de recursos será de 650 reais, cujos itens estão discriminados na tabela abaixo:

ITENS	CUSTO
Revisão de ortografia	R\$ 200,00
Cópias xerográficas	R\$ 100,00
Formatação	R\$ 150,00
Material de Escritório	R\$ 75,00
Impressão	R\$ 75,00
TOTAL	R\$ 650,00

9 RESULTADOS ESPERADOS

Com o desenvolvimento do presente projeto espera-se com a utilização da SAE identificar os diagnósticos de enfermagem para criar as intervenções específicas do cuidado para o grupo estudado. E ainda, aproximar os enfermeiros do PAD/GHC desta ferramenta que organiza o atendimento através das necessidades dos usuários.

A elaboração de uma cartilha baseada na realidade dos pacientes atendidos pelo serviço visa contribuir com os profissionais do serviço e na educação do familiar/cuidador, qualificar o cuidado realizado por cuidadores em pacientes dependentes e o autocuidado nos independentes. E assim, minimizar e/ou evitar complicações procedentes da condição das fraturas.

A aplicação da cartilha além de contribuir para qualificação do cuidado pode atuar na prevenção de complicações do quadro de fraturas. Considera-se este fato condicionante para a qualidade de vida do idoso e diminuição do custeio do Sistema Único de Saúde para tratamento de morbidades decorrentes das limitações pós do trauma.

Futuras pesquisas sobre a efetividade da implementação da cartilha no serviço e dos benefícios e contribuições da SAE também poderão ser realizadas a partir desse estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A.; SEGANFREDO, D. H.; UNICOVSKY, M. R. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 44, n.4, p. 1059-1064. 2010.
- ANTES, D. L. et al. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. **Revista brasileira de epidemiologia**, V. 16, n2, p. 469-481.2013.
- AVILA, M. A. G. et al. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1901-1907. 2015.
- AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio . **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 56-63. 2012.
- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n.spe, p. 864-867. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 466/2012)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa. A segurança do Hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Quem somos: conheça o GHC**. 2015. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>>Disponível em: 10 out.2015.
- _____. Ministério da Saúde . Portaria Nº 588, de 17 de julho de 2014. Habilita estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Diário Oficial da União. 18 jul 2014.Sessão1.; p. 52.
- _____. Ministério da Saúde . Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. **Diário Oficial da União**. 28 mai 2013.
- BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde:trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-610. 2013.
- BOGOSSIAN, L. **Manual de pré e pós-operatório**. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.

CHAVES, L. D. ;SOLAI C.A.. **Sistematização da assistência da enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari; 2013.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 138-146. 2012.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

GAGO, E. A.;LOPES, M. J. Cuidados domiciliares : interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. **Acta paul. Enferm**, , v.25, n.spe1, p. 74-80. 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Acesso: outubro de 2015. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/opulacao/censo2010/default.shtm>

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e sociedade**, v.15, n. 2, p. 88-95. 2006.

MACHADO, D. O. et al. Demandas assistenciais de um serviço de atenção domiciliar: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. 2014;13(3). Acesso: 2014 out. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144397>

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 719-724. 2010.

MORAES, L. O.;PENICHE, A. C. G.. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. . **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.37, n.4, p. 34-42. 2003.

NAYDUCH, D. **Nurse to Nurse: cuidados no trauma em enfermagem** /tradução: Ana Thorell; revisão técnica: Iveth Yamaguchi Whitaker, Carmen Mohamed Rita Saleh. Porto Alegre: AMGH, 2011.

OLIVEIRA, A. S. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637-645. 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RICCI, G. et al. Avaliação da taxa de mortalidade em um ano após fratura do quadril e fatores relacionados à diminuição de sobrevida no idoso. **Revista brasileira de ortopedia**, v. 47, n.3, p. 304-309. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Escola de Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2015.

ROSA, T. S. M. et al. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 59-69. 2015.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta paulista enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 408-414. 2012.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 570-579. 2011.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53. 2015.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta paul. Enferm**, v. 28, n. 3, p. 264-269. 2015.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

RESULTADOS ESPERADOS