

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia

Total da Anca – Revisão Sistemática da Literatura

Tiago João Alves Luís dos Santos Henriques

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de

Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientador: Professor Doutor André Filipe Morais Pinto Novo

Novembro de 2020

RESUMO

O presente trabalho prende-se com a temática “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca – Revisão Sistemática da Literatura”, através de uma revisão sistemática da literatura com carácter descritivo exploratório, pela análise de bases de dados científicas e posteriormente, com a aplicação da estratégia PICO, seguindo o Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura publicado pela Cochrane, apresentar e descrever os resultados obtidos.

A questão “Quais os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação após Artroplastia Total da Anca?” foi claramente respondida, concluindo-se que as intervenções passam essencialmente pela reabilitação do paciente, utilizando para o efeito estratégias e técnicas específicas e altamente qualificadas do Enfermeiro de Reabilitação em conjunto com equipa multidisciplinar que acompanha todos os procedimentos no pós-operatório.

De facto, os estudos identificados apresentam, na sua maioria, resultados que comprovam a necessidade de implementação de protocolos multidisciplinares de enfermagem de reabilitação, concluindo-se ainda que a avaliação funcional é essencial para determinar o potencial de reabilitação, implementando técnicas de reeducação funcional, planificando a alta clínica e reinserção na comunidade, com o objetivo de prevenir novas fraturas.

No decurso da investigação foram analisados, seleccionados e avaliados diversos artigos de investigação, sendo considerados válidos para a presente temática dezoito, sendo nove em língua inglesa e nove em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos e de acesso integral, livre e gratuito.

Neste sentido os artigos seleccionados e considerados válidos indicam claramente a importância do Enfermeiro de Reabilitação, enquanto contributo direto para uma alta bem-sucedida, particularmente, quando associada a sua intervenção a equipas multidisciplinares, contribuindo diretamente para ganhos globais na saúde e reabilitação de pacientes submetidos a artroplastia total da anca.

Palavras-Chave: Reabilitação, Enfermagem de Reabilitação, Artroplastia Total da Anca

ABSTRACT

The present work deals with the theme "Rehabilitation Nursing Intervention after Total Hip Arthroplasty - Systematic Literature Review", through a systematic literature review with an exploratory descriptive character, through the analysis of scientific databases and later, with the application of the PICO strategy, following the Protocol of Systematic Literature Review published by Cochrane, present and describe the results obtained.

The question "What are the health gains resulting from the intervention of the rehabilitation nurse after Total Hip Arthroplasty?" it was clearly answered, concluding that the interventions essentially go through the rehabilitation of the patient, using specific and highly qualified strategies and techniques of the Rehabilitation Nurse in conjunction with a multidisciplinary team that monitors all procedures in the postoperative period.

In fact, the studies identified present, for the most part, results that prove the need to implement multidisciplinary rehabilitation nursing protocols, concluding that functional assessment is essential to determine the potential for rehabilitation, implementing functional reeducation techniques, planning hospital discharge and reintegration into the community, with the aim of preventing new fractures.

In the course of the investigation, several research articles were analyzed, selected and evaluated, being considered valid for the present topic eighteen, nine in English and nine in Portuguese, published in the last ten years and with full, free and free access.

In this sense, the articles selected and considered valid clearly indicate the importance of the Rehabilitation Nurse, as a direct contribution to a successful discharge, particularly when associated with its intervention to multidisciplinary teams, contributing directly to global gains in health and rehabilitation of patients submitted total hip arthroplasty.

Keywords: Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Total Hip Replacement

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
1. REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1. PRÓTESE TOTAL DA ANCA – CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.1.1. Causas, Riscos e Complicações após Artroplastia Total da Anca.....	15
1.2. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CUIDADOS PRESTADOS A PACIENTES APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA.....	19
2. METODOLOGIA.....	30
2.1. TIPO DE ESTUDO	31
2.2. PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	33
2.2.1 Questão de Investigação.....	35
2.2.2 Objetivos de investigação.....	36
2.2.3. Procedimento de identificação das evidências científicas.....	36
2.2.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	39
2.2.5. Procedimento de seleção das evidências científicas.....	41
2.2.6. Procedimento de avaliação do risco de enviesamento.....	43
2.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS	62
ANEXO I – Chek-List PRISMA	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA.....	41
Figura 2 – Bases de dados consultadas	42
Figura 3 – Fluxograma PRISMA adaptado à investigação	42
Figura 4 – Avaliação do risco de viés segundo a Cochrane.....	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Competências do Enfermeiro de Reabilitação	22
Tabela 2 - Resumo estratégia PICO	36
Tabela 3 - Ferramenta da Cochrane Collaboration para avaliar o risco de enviesamento	44
Tabela 4 – Critérios de avaliação do risco de enviesamento da Cochrane Collaboration.....	45
Tabela 5 - Apresentação dos artigos segundo a estratégia PICO	47
Tabela 6 – Critérios de avaliação do risco de viés segundo a Cochrane	57

INTRODUÇÃO

O progresso empírico da Enfermagem beneficiou de outras ciências do conhecimento, no sentido de ampliar as aptidões profissionais e de pesquisa, já que esta profissão tem uma exposição organizacional elevada particularmente nas instituições de prestação de cuidados, com uma aplicabilidade que influi diretamente na promoção da saúde e no aumento dos níveis de qualidade de vida das populações, essencialmente pelo trabalho em equipa que atravessa diversas áreas multidisciplinares.

De facto, a Enfermagem contribui claramente para o aumento da expectativa de vida particularmente na população idosa e no que diz respeito à substituição cirúrgica das articulações do quadril que, atualmente, são procedimentos cada vez mais utilizados na população com problemas ortopédicos, enquanto contributos diretos para a melhoria da qualidade de vida, sendo clara a relação entre a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação e a própria reabilitação pós-cirúrgica de uma artroplastia total da anca (Silva *et al.*, 2015).

Para Hommel *et al.* (2019), a atuação dos profissionais de Enfermagem deve ser precoce e incluir a análise de fatores de risco, adotar precauções relevantes no planeamento e garantir a qualidade da intervenção, assegurando que todas as intervenções são baseadas em evidências, com o objetivo não só de garantir a recuperação do paciente, mas também de sensibilizar para a prevenção.

Atualmente, a artroplastia total da anca é amplamente utilizada, apresentando-se como um procedimento eficaz, com resultados positivos na qualidade de vida dos pacientes, aumentando a capacidade funcional, diminuindo a dor e melhorando a função coxofemoral, em que as intervenções pós-operatórias são essenciais para o sucesso do procedimento cirúrgico, assumindo-se como responsabilidade direta da equipa de enfermagem,

particularmente para a correta mobilização e educação do paciente (Hommel *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2015). De acordo com Yang *et al.* (2016), a substituição da anca é um tipo de artroplastia que inclui o uso de uma prótese com boa biocompatibilidade e propriedades mecânicas com o objetivo de substituir articulações danificadas devido a doença ou lesão e tem vindo a ser utilizado com frequência para o tratamento de doenças e lesões no quadril, devido à sua superioridade na resolução de dores nas articulações, restaurando a capacidade funcional, particularmente nas fraturas do colo do fémur, na necrose do fémur, na artrite e tumores ósseos.

O pós-operatório desta intervenção, segundo Yang *et al.* (2016), passa pela intervenção e ensinos que promovam a recuperação da função articular, através de exercícios funcionais precoces e constantes, sendo essencial a prestação dos profissionais de Enfermagem.

A recuperação pós-operatória, nestes pacientes, traduz-se num maior tempo de assistência de enfermagem, pelas limitações de mobilidade e confinamento na cama, sendo clara a necessidade de estabelecer diagnósticos precisos, objetivos claros e concretos e intervenções que permitam a recuperação funcional do paciente (Silva *et al.*, 2015).

Também Yip (2018) refere que a recuperação pós-operatória da artroplastia total da anca passa pela intervenção precoce, sendo encorajada a mobilização precoce no dia da operação, no sentido de reduzir a duração de hospitalização, complicações, custos hospitalares e, por outro lado, preparando o paciente para cuidar de si mesmo em casa, movendo-se e funcionando com alto nível de independência e o papel do Enfermeiro de Reabilitação nesta fase de recuperação torna-se cada vez mais fundamental, pela proximidade ao paciente e definição clara das suas necessidades individuais, pelas competências especializadas na área e pela abrangência e atualidade dos programas de reabilitação.

Neste contexto, a escolha do tema recaiu sobre a necessidade de identificar artigos científicos que reforcem a importância do enfermeiro de reabilitação, no âmbito da **Intervenção da Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca**, recorrendo para o efeito, à pesquisa bibliográfica *online* pertinente.

Previamente foi definida a questão de partida, a saber: **Quais os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação após Artroplastia Total da Anca?**, de forma a dar resposta ao seguinte objetivo geral: **Identificar e analisar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção de enfermagem de reabilitação implementada após Artroplastia Total da Anca.**

Pretende a presente investigação analisar a evidência científica atual existente sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas após Prótese Total da Anca, tendo sido definidos os objetivos específicos que a seguir se elencam:

- Sintetizar a evidência científica relativa às intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas após Artroplastia Total da Anca e aos seus ganhos para o paciente, com utilização da estratégia PICO.

Enquanto metodologia a aplicar, optou-se pela revisão bibliográfica ou revisão sistemática da literatura, que segundo Donato e Donato (2019, p. 227) deve ser “(...) reprodutível e tende a ser imparcial.”, com o objetivo de “(...) reduzir o viés através do uso de métodos explícitos para realizar uma pesquisa bibliográfica abrangente e avaliar criticamente os estudos individuais.”, devendo responder “(...) a uma questão de investigação bem definida e é caracterizada por ser metodologicamente abrangente, transparente e replicável.”. Enquanto vantagens a revisão sistemática da literatura, segundo Donato e Donato (2019, p. 227) apresenta-se como “(...) uma investigação científica menos dispendiosa, é um artigo de investigação com métodos sistemáticos pré-definidos (...)” que permite elencar “(...)

documentos relevantes publicados e não publicados para uma questão de investigação, avalia a qualidade desses artigos, extrai os dados e sintetiza os resultados.”, tendo sido definido o estudo como de carácter descritivo exploratório centrado na temática.

Os procedimentos de recolha de dados para dar resposta à questão de partida e aos objetivos definidos, incluíram a utilização de motores de pesquisa com operadores booleanos bem definidos, essencialmente as bases de dados científicas PubMed (National Center for Biotechnology Information), MEDLINE (National Library of Medicine), PMC (Medicine National Institutes of Health), ferramentas de pesquisa indexadas ao Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e ScienceDirect, sendo tidas em conta também as referências bibliográficas dos artigos consultados, tendo sido utilizados artigos publicados em português e inglês.

Para melhor organizar a pesquisa recorreu-se à utilização da estratégia PICO, que representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação, e Outcomes, ou seja, resultados e que segundo Donato e Donato (2019, p. 228) permite responder às questões

Que população? Grupo de doentes com uma condição; Que intervenção? Pode ser terapêutica, diagnóstica, preventiva, prognóstica; Com o que vai comparar a intervenção? Um controlo, um tratamento usual, outra medicação, um procedimento cirúrgico distinto, ou nenhuma; Que desfecho pretende? O resultado esperado.

Dentro da prática baseada na evidência estes elementos são fundamentais para a definição da questão de pesquisa e para a construção bibliográfica de evidências, o que para Donato e Donato (2019, p. 228) aumenta “(...) a eficiência da revisão.”

Garantindo uma disposição coerente, foi esboçado o presente trabalho em três peças primordiais que embora autónomas, apresentam relações recíprocas no contexto da temática

em estudo. Uma primeira parte onde se aborda a concetualização da temática, bem como a contextualização científica dos autores pesquisados, uma segunda parte onde se identificam os procedimentos efetuados ao longo da investigação, bem como os resultados obtidos e a discussão de dados e a terceira parte, onde se identificam as principais conclusões.

1. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura contextualiza o tema da investigação através da seleção e recolha de informação apropriada e atualizada, com o desígnio (re)conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre esta temática.

Pais Ribeiro (2014, p. 672) considera que permite ao investigador “(...) seja na sua fase mais elementar em início de estudos, seja numa fase avançada de investigação” fundamentar a sua ação, recorrendo “(...) à investigação que foi feita anteriormente para identificar o estado da arte sobre um determinado tema (...)”.

O mesmo autor (2014, p. 672) alerta para os cuidados a ter nesta fase da investigação, nomeadamente pela “(...) crescente facilidade de acesso às publicações (...)” no decorrer da consulta, exigindo da parte do investigador “(...) uma sofisticação metodológica que garanta que o que está a ser relatado como resultado dessa consulta, o é da forma mais adequada”, garantindo a sua qualidade e coerência.

Acrescenta Pais Ribeiro (2014, p. 673) que este procedimento é “(...) a investigação sobre material já disponível, baseada em publicações que contêm informação primária, analisando-a, classificando-a, simplificando-a e sintetizando-a.”, realçando ainda que a qualidade deste tipo de revisão implica evidenciar o “(...) conhecimento num tópico, e que deve ser escrita de forma clara, consistente, sucinta, abrangente.”

Assim, de seguida se abordam alguns conceitos sobre a prótese total da anca, os fatores de risco, causas e possíveis consequências, assim como as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, concluindo a revisão da literatura com a intervenção da enfermagem de reabilitação nos cuidados da prótese total da anca.

1.1. PRÓTESE TOTAL DA ANCA – CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com Garção e Grilo (2019, p. 40) “A articulação da anca, ou coxo-femural, é uma enartrose que une a cabeça do fêmur ao acetábulo do osso coxal” estando “envolvida por massas musculares robustas”, que a transforma na “articulação mais potente do corpo humano, pelas forças a que se encontra sujeita.”, em que “as superfícies articulares da articulação coxo-femural são aproximadamente esféricas”, permitindo a execução de “movimentos extensos e variados (...) de flexão, extensão, rotação interna e externa, abdução e adução.”

Considerando que a prótese total da anca é um procedimento cirúrgico, tem apresentado uma evolução que acompanha em primeira mão o progresso tecnológico e científico, no entanto, foi apenas em 1891 que se documentou pela primeira vez a substituição da cabeça de um fêmur, através da aplicação de uma prótese de marfim fixa com parafusos e cimento (Holzwarth & Cologno, 2012).

Os mesmos autores (2012) referem que sendo um procedimento invasivo e não tendo apresentado resultados bem-sucedidos, apenas em 1938 aparece nova tentativa de substituição da cabeça do fêmur e do copo acetabular, através de uma prótese de aço inoxidável e em 1940 aparece a adaptação de um implante de cobalto-cromo, inicialmente utilizado na medicina dentária, para uma artroplastia da anca, colocado proximal ao fêmur e fixado por parafusos, tendo sido introduzida esta técnica no Instituto de Próteses Austin Moore e utilizado até 1952, embora ainda hoje seja aplicado em casos raros.

A partir de 1958, aparece a artroplastia da anca MoM (metal sobre metal), com a aplicação da liga de cobalto-cromo, tendo sido gradualmente evitada a sua utilização a partir da década de 70 pela prática do MoP (metal sobre polietileno) de Charnley (1960) que diminuiu as lacunas relacionadas com próteses soltas e sensibilidade ao metal com a aplicação de uma

prótese com um componente femoral de aço inoxidável e o copo acetabular em polietileno fixado com cimento ósseo acrílico, denominando-se artroplastia de baixo torque de fricção.

A esta alteração, Charnley associou ainda a diminuição do diâmetro da cabeça femoral para aumentar a capacidade de movimento e articulação e diminuir o desgaste e técnicas cirúrgicas essenciais com resultados biomecânicos válidos, diminuindo a dor e melhorando a qualidade de vida dos pacientes sujeitos a artroplastia da anca (Holzwarth & Cologno, 2012; Silva, 2016).

De acordo com Oliveira (2013, p. 17) a técnica de Charnley contribuiu para alterações drásticas na artroplastia total da anca ou prótese total da anca (PTA) com a introdução “(...) na parte acetabular o uso de uma cúpula de polietileno e uma cabeça metálica de 22 mm de diâmetro, de forma a obter componentes com estabilidade, compatibilidade e baixo atrito.”.

De facto, o contributo de Charnley foi fundamental na área da cirurgia ortopédica e ainda se mantém atual, particularmente na artroplastia total da anca que “consiste numa cirurgia que substitui as superfícies articulares desgastadas por um implante metálico interposto por um polietileno (plástico).” (Oliveira, 2013, p. 17).

Para Silva (2016, p. 7) a artroplastia total da anca, com a aplicação da técnica de Charnley, permitia e ainda hoje garante a “diminuição das taxas de luxação, fractura e desgaste das superfícies articulares, complicações biomecânicas que configuravam as mais importantes limitações das técnicas precedentes, a par das elevadas taxas de infeção pós-operatória”.

Silva (2016, p. 7) refere que a artroplastia total da anca apresenta uma “ incidência superior a um milhão de intervenções por ano em todo o mundo e constitui um marcador da qualidade do acesso aos cuidados de saúde nos países desenvolvidos.”, sendo reportadas por ano, no nosso país cerca de 3 a 4 mil intervenções, pelo Registo Português de Artroplastias.

A artroplastia total da anca pressupõe determinados critérios de aplicabilidade, essencialmente quando se identificam as causas, os riscos e as possíveis complicações para o paciente, temática que de seguida se aborda, sucintamente.

1.1.1. Causas, Riscos e Complicações após Artroplastia Total da Anca

De acordo com Yip (2018), a artroplastia total da anca é aconselhada, por norma, a pacientes com idades superiores a 60 anos, com diagnóstico de artrose com evolução avançada e que apresentam dor grave e crónica na anca, apresentando alguns riscos associados à idade e à própria cirurgia.

Segundo Oliveira (2013, p. 17) a artroplastia total da anca é aconselhada a pessoas com “artrose em estado avançado de evolução, que representa uma limitação funcional e perda de qualidade de vida acentuada.”, com o objetivo de “substituir uma articulação doente por uma artificial igualmente funcional, sem dor e duradoura”, no sentido de “reduzir a dor e corrigir as deformidades pré existentes, permitindo a realização das atividades diárias com mais facilidade, segurança e conforto”.

Acrescenta ainda Oliveira (2013, p. 17) que embora seja indicada para determinado tipo de pacientes, a artroplastia total da anca pode ser aconselhada a situações em que a “articulação da anca continua com dor incapacitante persistente e o paciente apresenta uma diminuição significativa de independência nas Atividades de Vida Diárias (AVD).”, ou ainda “na ausência de dor severa, uma vez que pacientes com deformidade e limitação de movimento significativa podem ser candidatos, caso a deficiência daí resultante seja considerável.”, assegurando que “a idade em si não é uma contra-indicação para prosseguir com a substituição”, podendo ser aconselhada a “pacientes de todas as idades (exceto na imaturidade esquelética).”

Oliveira (2013, p. 17) considera que a idade é importante na análise da revisão da cirurgia, essencialmente porque “se a cirurgia for adiada tanto tempo quanto possível.”, a taxa de revisão será menor, no entanto, refere que “os pacientes que elegem a cirurgia num melhor nível de estado funcional têm melhores resultados funcionais.”, sendo fundamental que se considerem coerentemente “as vantagens e desvantagens para encontrar o momento mais adequado para a realização da cirurgia”.

Neste contexto a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia [SPOT] (2015), considera que a artroplastia total da anca é um dos melhores tratamentos cirúrgicos da ciência médica atual, sendo aconselhada, pela Direção Geral da Saúde (2013), a sua aplicação a situações de artropatia da anca com dor progressiva ou limitação na realização das atividades de vida diária ou quando o tratamento conservador ou outras opções cirúrgicas prévias se revelaram insuficientes e ainda em casos de trauma, como a fratura do colo do fémur.

Silva (2016, p. 9) refere que “Na população em geral, e particularmente nos mais idosos, a osteoartrose primária é a principal entidade responsável por estas queixas e, consequentemente, pela maior parcela de artroplastias da anca.”, no entanto aos

doentes de idade inferior a 50 anos, a epidemiologia da patologia da anca com indicação para ATA apresenta diversas particularidades, sendo indicada aquando de diagnósticos de osteoartrose (OA), necrose avascular da cabeça femoral (NACF), patologia inflamatória da anca [artrite reumatoide (AR), artrite idiopática juvenil (AIJ)], sequelas de artrite séptica, tumor ósseo primário ou metastático, fractura ou sequelas de patologias da idade pediátrica.

Paralelamente a DGS (2013, p. 1) aconselha a fixação dos componentes na artroplastia total da anca, respeitando os seguintes critérios:

a) em pessoas com idade inferior a 65 anos ou com boa qualidade óssea deve considerar-se a realização de uma artroplastia total não cimentada.

b) em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com má qualidade óssea, com mau estado geral ou curta expectativa de vida deve considerar-se a realização de uma artroplastia total cimentada.

A mesma orientação da DGS (2013, p. 2) impõe como critérios de aplicação da norma legislada, “uma avaliação pré-operatória cuidada e sistematizada que permita o diagnóstico de artropatia da anca, que identifique os casos clínicos apropriados para cirurgia, que auxilie no planeamento cirúrgico e que permita minimizar as complicações no peri e pós-operatório.”, e ainda como causas mais frequentes de dor da anca e que apresentam características para indicação de artroplastia total da anca “i. osteoartrose primária ou secundária; ii. osteonecrose da cabeça femoral; iii. doença inflamatória da anca; iv. fratura do colo do fémur.”, sendo consideradas as contra-indicações seguintes:

i. contra-indicações absolutas: i. infeção ativa (local ou sistémica);

ii. imaturidade esquelética; iii. paraplegia ou tetraplegia.

ii. contra-indicações relativas: i. obesidade mórbida;

ii. artropatia de Charcot;

iii. doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva.

Neste contexto, a artroplastia total da anca, embora seja um procedimento bastante utilizado apresenta algumas consequências que podem advir da própria cirurgia, com complicações associadas.

De facto, Yip (2018) realça a importância de, em conjunto com a artroplastia, serem implementadas outras estratégias de controlo da dor como exercícios funcionais, terapias com gelo, exercícios de mobilidade articular, descanso, apoio na deambulação,

administração de analgésicos, podendo assim evitar consequências nefastas associadas a este procedimento cirúrgico como a necrose avascular ou o relaxamento da prótese.

Neste contexto, acrescenta ainda Yip (2018) que o papel da Enfermagem é fundamental em todas as fases do procedimento cirúrgico, especialmente nos cuidados pré e pós-operatórios, essencialmente para diminuir o risco de complicações.

No caso das complicações, a DGS (2013, p. 4) indica que podem ser “i. peri-operatórias: i. Fratura; ii. Lesão neurovascular; iii. Hipotensão relacionada com o cimento.”, ou ainda “ii. pós-operatórias: i. infeção; ii. luxação; iii. osteólise e desgaste; iv. descolagem asséptica; v. falência do implante; vi. dismetria; vii. ossificação heterotópica; viii. doença tromboembólica; ix. anemia.”.

Silva (2016, p. 24) indica como medidas preventivas, por ser um procedimento invasivo, que os pacientes sejam

sujeitos a profilaxia farmacológica com anticoagulante (heparina de baixo peso molecular) e antibiótico (cefalosporina de 2^a geração), a técnica cirúrgica deve ser exímia, os níveis de actividade e carga sobre a articulação são retomados faseadamente e é fundamental o cumprimento de um esquema de follow-up rigoroso para detecção precoce de eventuais complicações tardias.

A respeito das complicações associadas à artroplastia total da anca, Holzwarth e Cologno (2012) referem que dependem da tipologia da prótese colocada, da experiência e prática do cirurgião, do estado de saúde do paciente e da sua recuperação pós-operatória.

Em relação à tipologia da prótese, quando é uma prótese de metal sobre polietileno (MoP) a limitação encontrada relaciona-se uma possível reação inflamatória a resíduos de polietileno que provocam a perda asséptica e podem acontecer vários anos após a cirurgia, sendo menos

frequente esta complicação quando são utilizadas próteses de metal sobre metal (MoM) ou de cerâmica sobre cerâmica (CoC).

Ainda como complicação frequente aparece a formação de pseudo-tumores de patogênese pouco clara devido a reações adversas nos tecidos.

As consequências são, de acordo com a literatura, a melhoria da qualidade de vida e saúde dos pacientes, melhor deambulação e alívio da dor, no entanto, a DGS (2013, p. 4) aconselha que no seguimento da artroplastia total da anca se aplique um “programa de vigilância de longo-prazo.”, em que a “avaliação do doente deverá ser feita periodicamente, com mínimos estabelecidos ou sempre que se justifique por intercorrência ou agravamento do estado clínico.”, permitindo que se identifiquem “problemas numa fase inicial onde a cirurgia de revisão pode ser efetuada com mais facilidade e melhores resultados.”

1.2. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CUIDADOS PRESTADOS A PACIENTES APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Analisando o regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 2) sobre a Enfermagem de Reabilitação, este profissional deverá possuir as seguintes competências específicas:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Já no Regulamento n.º 392 (2019, p. 13565) que define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação podemos ler que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos

problemas reais e potenciais das pessoas.”, cujo “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.”, intervindo no sentido da promoção do

diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

O mesmo regulamento (2019, p. 13565), indica que este profissional de enfermagem utiliza, no exercício das suas funções

técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

No mesmo contexto, a atualização do regulamento (2019, p. 13566) tipifica as competências, discriminando-as por competências centrais com os respetivos descritivos, unidades de competência e critérios de avaliação, como se observa da tabela seguinte.

Competências	Descritivo
J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.
Unidade de Competências	Critérios de avaliação
J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	J1.1.1 — Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.1.2 — Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. J1.1.5 — Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.1.6 — Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia. J1.1.7 — Diagnostica precocemente as respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.8 — Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.9 — Utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.
J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	J1.2.1 — Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. J1.2.3 — Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde. J1.2.4 — Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). J1.2.5 — Identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.2.6 — Promove e dinamiza planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade). J1.2.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos. J1.2.8 — Desenvolve intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.
J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.	J1.3.1 — Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardíaca; reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal). J1.3.3 — Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias para implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.4 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade). J1.3.5 — Garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.
J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.	J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2 — Reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida. J1.4.3 — Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade. J1.4.4 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).
Competências	Descritivo
J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.
Unidade de Competências	Critérios de avaliação
J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.	J2.1.1 — Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado. J2.1.2 — Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. J2.1.3 — Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

	J2.1.4 — Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.
J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.	J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas. J2.2.3 — Apoia a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais. J2.2.4 — Identifica barreiras arquitetónicas. J2.2.5 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas. J2.2.6 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação. J2.2.7 — Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações. J2.2.8 — Emite pareceres técnico -científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.
Competências	Descritivo
J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.
Unidade de Competências	Crítérios de avaliação
J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.	J3.1.1 - Demonstra conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora. J3.1.2 - Na concretização dos programas e planos de reabilitação funções cardíaca, respiratória e motora é tido em conta situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. J3.1.3 - Ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde. J3.1.4 - Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.
J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.	J3.2.1 - Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2 - Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa. J3.2.3 - Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

Tabela 1 – Competências do Enfermeiro de Reabilitação

Fonte: Adaptado do Regulamento n.º 392/2019

De acordo com Garção e Grilo (2019, p. 41) o objetivo primordial dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação após artroplastia total da anca visa “a prevenção de complicações, como a luxação da prótese, comum nas primeiras semanas após a cirurgia quando a resistência dos tecidos ainda não foi recuperada”, assim como “a reeducação funcional motora e a capacitação para o autocuidado”, essencialmente para “melhorar a funcionalidade, maximizando a recuperação global e marcha eficaz”, potenciando “as suas capacidades e redefinindo estratégias para a promoção da reinserção social, familiar e profissional.”

Segundo Yip (2018) as intervenções de enfermagem no pós-operatório em pacientes após artroplastia total da anca implicam incentivar o paciente a mobilizar-se precocemente no dia da operação para reduzir a duração do internamento, possíveis complicações, aumento de

custos hospitalares para além de preparar o paciente para o autocuidado, promovendo o movimento e a funcionalidade de forma autónoma e independente.

Acrescenta ainda Yip (2018) que o enfermeiro deverá incentivar a deambulação mesmo com a ajuda de dispositivos como a bengala, canadianas ou andarilho, para evitar complicações associadas à falta de exercícios prolongados e ao excesso do tempo de imobilidade, sendo necessário ainda aconselhar o paciente a sentar-se na cama e começar a deambular gradualmente percorrendo inicialmente uma pequena distância e gradualmente aumentando a deambulação para distâncias maiores. Será ainda imprescindível que o enfermeiro realize ensinios sobre posicionamentos de proteção e cuidados a ter no deitar, mantendo os joelhos separados evitando a flexão superior a 90 °, aconselhando ainda a flexão limitada durante a transferência e ao sentar-se. No caso de existir programa de exercícios funcionais de reabilitação, o paciente deverá ser aconselhado a realizar os referidos exercícios, com o objetivo de melhorar as atividades da vida diária.

De acordo com Mori, Hageman & Zimmerly (2017), a equipa de enfermagem aconselha os pacientes após artroplastia total da anca ao levantar nas primeiras 24 horas após a cirurgia, a realizar exercícios com as pernas dentro e fora da cama, sendo elaborado um plano individualizado de reabilitação que incluirá a colaboração de uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar. Será da responsabilidade dos enfermeiros de reabilitação controlar e verificar o cumprimento das metas diárias para cada atividade planificada, em relação à dieta, à atividade, aos tratamentos, à terapêutica prescrita e aos ensinios.

A National Association of Orthopaedic Nurses (2018) considera que devem ser realizados ensinios ao paciente submetido a artroplastia da anca, incluindo a preparação do ambiente em casa, a atividade física a realizar antes e após a cirurgia, a gestão da terapêutica, os cuidados relacionados com a prevenção de infeções e com a prevenção de

tromboembolismo, sinais de alerta de complicações, gestão da dor, gestão da obstipação, gestão da dieta, cuidados com a pele, mobilidade e uso de dispositivos de ajuda na mobilidade, gestão do stress após a cirurgia e atividade íntima e sexual.

Relativamente às intervenções para alta, a DGS (2013) considera essencial que se realize avaliação funcional para determinar o potencial de reabilitação, que se implementem técnicas de reeducação funcional, que se complemente com a avaliação sociofamiliar e dos recursos da comunidade, que se planifique a alta clínica e reinserção na comunidade, com o objetivo de prevenir novas fraturas. As orientações da DGS (2013) indicam ainda que esta avaliação deverá ser efetuada por uma equipa multidisciplinar, elaborando-se em conjunto o programa de reabilitação e planificando de imediato a alta.

Gomes (2013, p. 36) refere que o programa de reabilitação deverá ser implementado “no dia da cirurgia ou no dia seguinte. A sua execução depende da tolerância da pessoa à dor.”, cujos exercícios devem incluir

exercícios isométricos dos quadricípede, dos glúteos; flexão ativa da anca, com manutenção da amplitude do movimento dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica; exercícios da articulação tibiotársica e abdução isométrica da anca.

Refere ainda Gomes (2013, p. 36) que o segundo dia do pós-operatório deve incluir “o ensino e treino da mobilidade no leito e transferência que deve progredir para o treino de marcha com dispositivo auxiliar (entre o segundo e terceiro dia).” aplicando-se

A técnica do treino de marcha (técnica a três pontos) [que] pode incluir descarga do membro operado se a prótese não for cimentada e progredir posteriormente para o treino de subir e descer escadas, transferência para carro, ensino e treino de exercícios para dar

continuidade no domicílio e o ensino e treino das restantes ABVD. O envolvimento do prestador informal de cuidados em todo o processo deve ser iniciado precocemente

Para Violante (2014, p. 41) o momento pós-operatório deverá incluir um programa de reabilitação baseado em determinados critérios, salientando “(...) o motivo de colocação da ATA, o tipo de prótese, a via de acesso, tipo de fixação, qualidade do osso, integridade dos tecidos peri-articulares e extensão da cirurgia.”, acrescentando ainda que deverão ser tomadas precauções acrescidas no caso de pacientes “(...) pouco colaborantes ou com fraqueza acentuada dos tecidos peri articulares pelo risco acrescido de luxação.”.

Neste contexto Violante (2014, p. 41) refere ainda que o Enfermeiro de Reabilitação deverá intervir para melhorar o fortalecimento muscular, através da realização de “(...) contrações isométricas dos músculos flexores (psoas, ilíaco, costureiro, reto anterior, tensor da fáscia látea) e dos músculos extensores (ísqiuo tibiais e grande nadegueiro).”, e ainda fortalecendo “(...) outros grupos musculares motores da anca em especial o músculo médio nadegueiro (por ter um papel fundamental de estabilizador da bacia durante a marcha).”.

Já relativamente à mobilização articular, Violante (2014, p. 41) indica que “Em decúbito dorsal deve iniciar a extensão da anca com movimentos suaves (é fundamental para a aquisição do passo posterior durante a marcha).”, aplicando-se ainda exercícios ativos assistidos e técnicas globais.

Para a prevenção de luxação e particularmente durante os primeiros três meses, Violante (2014, p. 42) indica que respeitando a tipologia de abordagem deverá ser, no caso posterior, “(...) proibida flexão a 90°, adução da anca além da linha média, movimento de rotação interna da anca.” e na abordagem anterior, devem evitar-se “(...) os movimentos de extensão e rotação externa da anca.”, acrescentando ainda que em qualquer abordagem os pacientes

não devem inclinar-se “ para a frente ou para o lado quando estiver sentado”, não devem elevar o joelho “acima do nível da anca” nem devem cruzar-se as pernas.

O Enfermeiro de Reabilitação deverá ainda instruir os pacientes a como realizar “corretamente as transferências e posicionamentos a adotar na cama, na cadeira e na sanita.”, realçando ainda que poderão ser “necessárias ajudas técnicas para a realização de determinadas atividades de vida diária: elevador de sanita, auxiliares de marcha, instrumentos para apanhar objetos.”, sendo aconselhada a marcha “após o treino de equilíbrio dinâmico, estático e em posição bípede.” (Violante, 2014, p. 42).

No controlo da dor após artroplastia total da anca, Violante (2014, p. 42) refere que “A participação em atividades de reabilitação e rápida recuperação funcional, deambulação e alta hospitalar implicam um controle adequado do quadro algico”, essencialmente “para não prejudicar o desfecho funcional da cirurgia, diminuir o tempo de internamento e custos associados.”, já que “O controlo eficaz da dor é fundamental no pós-operatório, e exige uma abordagem multidisciplinar e multimodal” para evitar “sofrimento desnecessário, reduzir a morbilidade e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde”.

Já relativamente ao programa de reabilitação, deverá ser aplicado mediante um esquema sequencial que passa por posicionar o paciente em decúbito dorsal e na via posterior, o membro operado deverá manter-se em abdução e rotação externa, colocando uma “almofada entre os membros inferiores, prevenindo a adução e a rotação interna do membro inferior operado.”, já na via anterior o membro operado deverá ser colocado “em posição neutra (posição anatómica).” (Violante, 2014, p. 43).

A almofada, em qualquer abordagem, deve ser colocada sob a “região poplíteia de forma a manter um ângulo de flexão do joelho de aproximadamente 30° (...),” devendo ser utilizada

apenas “por um período de duas horas alternando com períodos de uma hora sem almofada.”
(Violante, 2014, p.43).

Nos momentos de alternância de decúbito dorsal para decúbito lateral, Violante (2014, p. 43) refere que

Primeiro tempo: Doente em decúbito dorsal com os joelhos fletidos a 70°, com uma almofada de volume suficiente para manter o membro em abdução e rotação externa (via posterior) ou com o volume necessário apenas para manter o membro na posição neutra (via anterior).

Segundo tempo: Rodar em bloco para o lado são (contralateral)

Enquanto parte integrante do programa de reabilitação, a primeira semana do pós-operatório exige intervenções contínuas, particularmente nos posicionamentos, sendo conveniente “posicionar o doente, depois de lateralizado com uma almofada na parte interna da raiz da coxa até ao joelho, e outra almofada do joelho à região da articulação tibiotársica, tendo sempre em mente a via de abordagem cirúrgica e a posição correta para o membro operado.”, já na segunda semana deverá a intervenção ser direcionada para a colocação de apenas “uma almofada entre os joelhos. Nesta etapa pretende-se que o doente se auto-posicione.”
(Violante, 2014, p. 43).

Violante (2014, p. 45) refere ainda que os exercícios a realizar no programa de reabilitação devem “iniciar-se nos primeiros 2 a 4 dias ainda com o doente em repouso na cama.” e incluem

exercícios isométricos para os quadríceps, glúteos, isquiotibiais, flexores, adutores e abdutores; a flexão da anca ativa e ativa-assistida, com o joelho fletido e a extensão efetua-se até à posição neutra. Estão desaconselhados os movimentos passivos. Também

são realizados exercícios para a articulação do tornozelo e das articulações dos membros não operados.

Segundo Violante (2014, p. 45)

Após o 4º dia fazem-se exercícios ativos e ativos-assistidos de abdução da anca em decúbito dorsal (eliminando a gravidade). A partir do 5º dia podem realizar-se exercícios isométricos dos músculos da anca, resistidos progressivos para os quadríceps e isquiotibiais, bem como mobilizações ativas resistidas para os restantes segmentos articulares. Nos primeiros 3 meses evita-se a flexão da anca além dos 90 graus. Após dois meses pode ser usada a bicicleta estática (o assento deve ser elevado) em exercícios de condicionamento geral e resistência física

Por último Violante (2014, p. 45) refere que no programa de reabilitação deverão constar impreterivelmente instruções para o momento de alta, nomeadamente, ensinamentos sobre

executar marcha com canadianas durante, aproximadamente, 3 meses, não efetuar carga total sobre o membro operado durante o 1º mês, iniciar carga total progressiva após o 1º mês (cerca de 10% do peso corporal), após o 3º mês efetuar marcha sem canadianas, não carregar pesos ou executar atividades que sobrecarreguem a anca, não fletir a anca operada a mais de 90º, não cruzar as pernas, não sentar em cadeiras ou sanitas baixas nem se sentar em cadeiras sem braços (evitando inclinar o corpo ao levantar-se e assim aumentar a carga na anca operada), não dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado, não efetuar rotações bruscas da anca, dormir com almofada entre as ancas, pelo menos entre 8 a 12 meses, evitar pisos acidentados, evitar aumento de peso, preferencialmente tomar banho de duche; todos os exercícios treinados durante o internamento devem continuar a ser realizados pelo menos durante 6 meses

De acordo com Garção (2019, p. 129), a avaliação funcional deve incluir também os ensinamentos já que “a educação dos doentes submetidos à substituição de uma articulação é essencial em três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório.”, permitindo obter resultados positivos relativamente ao “tempo de permanência no hospital, da dor sentida, da habilidade funcional, do conhecimento, da ansiedade e da qualidade de vida.”

Para Pereira (2018, p. 40), o programa de reeducação funcional deverá incluir a intervenção direta do enfermeiro de reabilitação, considerando o “grau de funcionalidade anterior e potencial de reabilitação, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida.”, incidindo na “mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros.”.

Salienta ainda Pereira (2018, p. 40) que “Na artroplastia total da anca a mobilização da anca operada tem restrições e devem ser tomadas precauções para prevenir a luxação da prótese durante 8-10 semanas.”, sendo díspares mediante as abordagens cirúrgicas utilizadas, isto é,

no caso de via de abordagem anterior ou antero-externa: não deve ser efetuada flexão acima dos 70-90°, rotação externa ou adução (para lá da linha média), hiperextensão da anca; no caso da via de abordagem posterior: a flexão não deve ultrapassar os 70-90°, não efetuar rotação interna e adução (para lá da linha média).

Já relativamente à transferência do leito para cadeirão deverá ser “realizada após a remoção dos drenos e quando a pessoa esteja hemodinamicamente estabilizada.”, assim como o “treino de marcha pode ser iniciado 24-48h após a cirurgia, com auxiliar de marcha mais adequado às suas capacidades, sendo que normalmente se inicia com andarilho.” (Pereira, 2018, p. 40).

2. METODOLOGIA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 10), a Prática Baseada na Evidência apresenta-se como “Um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.”.

Neste sentido, a prática baseada na evidência mais não será que colocar em execução na prática profissional “a aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro” (Cullum et al., 2010, p.24).

Os mesmos autores (2010, p. 24) consideram ainda que na procura da aplicação da prática baseada na evidência devem respeitar-se quatro elementos essenciais, a saber, a clareza da investigação, o critério de diferenciação do enfermeiro, a compreensão da situação clínica e a preferência do cliente sobre os recursos disponíveis.

Enquanto recurso essencial da prática baseada na evidência, a revisão sistemática da literatura contribui claramente para a colheita de dados empíricos disponíveis referentes a um dilema antecipadamente demarcado, permitindo encontrar resposta para determinada questão de investigação (Higgins et al., 2019).

Assim, a revisão sistemática da literatura passa pela “leitura aprofundada da documentação recolhida sobre um tema.” (Fortin, 2009, p. 104), que deverá ser realizada de forma crítica, respeitando não só o seu relato mas também “(...)reconhecer e [...] apreciar os modelos empíricos ou teóricos utilizados pelos autores.” (Fortin, 2009, p. 104).

De acordo com o Manual de Revisões Sistemáticas de Intervenção da Cochrane (2019) as revisões sistemáticas foram difundidas a partir do rigor necessário para uma tomada de decisão informada, particularmente quando afeta as vidas das pessoas, conjugada com a

compreensão atualizada e completa dos dados de investigação relevantes. Assim, a revisão sistemática tenta reunir todas as evidências empíricas que se encaixam nos critérios de elegibilidade pré-especificados, a fim de responder a uma questão específica da pesquisa (Higgins et al., 2019).

Piper (2013, p. 2) considera que uma revisão sistemática robusta da literatura é uma habilidade importante para qualquer pesquisador desenvolver, permitindo a identificação da literatura atual, as suas limitações, qualidade e potencial, reforçando a procura de resposta à questão de partida e contribuindo para a planificação e valorização da investigação, cumprindo os critérios de rigor adequados a qualquer experiência laboratorial, na avaliação dos dados recolhidos.

De facto, a revisão sistemática da literatura na Enfermagem permitirá o seu desenvolvimento cada vez mais baseado na evidência, devendo a sua integração na prática profissional ser promovida de forma conjunta pelas organizações profissionais e académicas, pela comunidade científica e particularmente pelos enfermeiros, no sentido da melhoria dos cuidados prestados (Cullum et al., 2010).

A metodologia empregada na execução de um estudo preciso reforça o reconhecimento e estruturação coesa das fases da investigação, sendo a pedra elementar da contextualização prática na procura de respostas para as questões inicialmente definidas.

Assim, de seguida se descrevem as fases percorridas, bem como os resultados obtidos na concretização do presente estudo.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A revisão sistemática da literatura deve utilizar métodos explícitos e sistemáticos que são selecionados com o objetivo de minimizar o viés, fornecendo assim resultados mais

confiáveis a partir dos quais conclusões e decisões podem ser tiradas. A metodologia de revisão sistemática, pioneira e desenvolvida pela Cochrane (2019), institui uma metodologia altamente estruturada, transparente e reprodutível, que envolve a especificação de uma questão de pesquisa, clareza sobre o desígnio da revisão, define os estudos elegíveis para inclusão, aconselha a que se encontrem todas as pesquisas relevantes e a contabilização das questões de viés nos estudos analisados, com o objetivo de (re)tirar conclusões baseadas em todas as pesquisas identificadas de forma imparcial e objetiva (Higgins et al., 2019).

Segundo Donato & Donato (2019, p. 227 e 228) a revisão sistemática da literatura deverá respeitar quatro critérios fundamentais, a saber,

- Deve ser exaustiva: toda a literatura relevante na área deve ser incluída.
- Deve ser seguida uma metodologia rigorosa – definir a questão de investigação, escrever um protocolo, pesquisar a literatura, recolher e fazer a triagem e a análise da literatura. Todo o processo também deve ser cuidadosamente documentado.
- Uma pesquisa exaustiva da literatura para encontrar todos os artigos relevantes sobre o tópico. Assim, é importante que a estratégia de pesquisa seja rigorosamente desenvolvida com alta sensibilidade para encontrar todos os potenciais artigos relevantes e efectuar essa pesquisa em várias bases de dados e em outros recursos.

Já Carvalho e Baptista (2011), referem que a revisão sistemática da literatura permite sintetizar e incorporar os resultados obtidos na prática profissional, tendo sido ainda definido o estudo como de carácter descritivo exploratório centrado na temática da **Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca**.

Na construção da revisão sistemática da literatura a Cochrane orienta o investigador para o cumprimento de determinados procedimentos, respeitando essencialmente sete fases que

permitirão planificar e posteriormente implementar de forma coerente e mais organizada a investigação (Higgins et al., 2019).

Assim, considera como fundamental que o investigador (a) formule a questão de investigação cumprindo a estratégia PICO, isto é, que (a) identifique a população/cliente/patologia, a intervenção e os resultados esperados, tendo o cuidado de utilizar termos claros, específicos e pormenorizados, que (b) pesquise e selecione os estudos a incluir na investigação, de forma exaustiva e abrangente na utilização de diversificadas bases de dados, que (c) avalie de forma crítica os estudos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, que (d) recolha dos dados, que devem incluir as variáveis, os participantes e os resultados, com o objetivo de poderem ser comparados, que (e) analise e apresente os dados de forma sintetizada, tendo o cuidado de os agrupar de acordo com as características similares, que (f) interprete os resultados retirados dos estudos selecionados, para determinar a robustez da sua aplicabilidade e finalmente que (g) aperfeiçoe e atualize a investigação, incluindo críticas e sugestões no sentido de garantir a sua reprodutibilidade (Higgins et al., 2019).

Desta forma, de seguida se identifica o protocolo da revisão sistemática da literatura associada à temática **Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca**, garantindo o cumprimento das fases aconselhadas pela Cochrane, conforme já descritas e que se assumem como imprescindíveis para a futura possível reprodução do estudo.

2.2. PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Enquanto momento basilar e essencial para a estruturação da investigação no contexto da revisão sistemática da literatura, a elaboração de um protocolo deverá incluir obrigatoriamente as etapas delineadas e, na presente investigação, seguiram-se as orientações da Cochrane, na sua versão sexta, datada de 2019.

A este respeito Donato & Donato (2019, p. 228) referem que o protocolo de investigação deverá especificar “(...) a questão a ser investigada e os métodos que serão usados para efectuar a revisão com os objectivos claramente indicados.”, considerando que “Os termos de pesquisa, bases de dados e outros recursos a consultar devem estar também contidos no protocolo de revisão para minimizar o viés antes de iniciar a pesquisa da literatura.”, e ainda devem ser “(...) determinados critérios rigorosos de inclusão e exclusão, indicar como se efectuará a selecção dos estudos, assim como os métodos para lidar com discrepâncias, os modelos de extracção de dados e avaliação da qualidade.”, identificando também qual “(...) a estratégia para a síntese dos dados.”. Os mesmos autores (2019, p. 228) aconselham ainda que sejam incluídos na selecção dos estudos “(...) randomized controlled trials (RCT), estudos experimentais sem randomização, estudos de coorte e casos-controlo, estudos observacionais sem grupos de controlo, como os transversais e séries de casos.”, contribuindo assim para o rigor, a consistência, transparência e a integridade da revisão sistemática da literatura.

Na presente investigação foram considerados os estudos primários do tipo experimental (ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados e estudos quasi-experimentais), com o objetivo de avaliar a eficácia da intervenção da enfermagem de reabilitação após prótese total da anca, pois são considerados os mais rigorosos e fiáveis para facultar as melhores evidências (Cullum et al., 2010).

Na presente investigação foram ainda considerados como critérios para a elaboração do protocolo os itens incluídos na Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis ou PRISMA, que apresenta vários documentos de apoio à construção do protocolo da revisão sistemática da literatura em português, tendo sido utilizada a checklist respetiva (conforme anexo I).

Descrevem-se, de seguida, a questão de partida, os objetivos e os procedimentos de recolha de dados das evidências científicas, os critérios de inclusão e exclusão, e ainda os processos de análise do atributo metodológico dos estudos selecionados.

2.2.1 Questão de Investigação

A formulação da questão de investigação permite direcionar posteriormente as etapas do processo investigativo pois caracteriza-se como “(...) uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”, sendo também considerada como “(...) um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” (Fortin, 2009, p. 72).

Neste contexto, foi utilizada a estratégia PICO, para identificar evidências científicas rigorosas que refletissem a problemática pormenorizadamente e que se traduz num acrónimo, segundo Cullum et al. (2010, p. 44 e 45) com a definição de “Paciente” como “(...) um único paciente ou um grupo de pacientes com determinada condição ou um problema de atendimento de saúde.”, de “Intervenção”, considerada como “(...) o aspecto de interesse do atendimento de saúde.”, de “Comparação” pois “As decisões clínicas por definição envolvem a escolha entre cursos alternativos de ação (ou nenhuma ação)” e de Outcomes ou Resultados que consideram o “(...) resultado ou o efeito que esperamos obter com o uso de uma intervenção”, promovendo a elaboração de questões rigorosas e focalizadas na problemática, contribuindo para a definição do ponto de partida da investigação.

A concretização do presente estudo apresenta a seguinte questão de partida: **Quais os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação após Artroplastia Total da Anca?**, respeitando a descrição da estratégia PICO ilustrada na tabela 2.

Modelo PICO	Descrição
Pacientes	Participantes que apresentem Prótese Total da Anca
Intervenção	Identificar os possíveis fatores causais, de risco e consequências da Prótese Total da Anca; (Re)Conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação para prevenir, diagnosticar e tratar a Prótese Total da Anca.
Comparação	Comparação de autores com publicações entre 2010-2020, sobre a mesma temática.
Outcomes (Resultados)	Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento atempado limita consequências prejudiciais. Papel do enfermeiro de reabilitação imprescindível em todas as fases.

Tabela 2 - Resumo estratégia PICO

Fonte: Adaptado de Higgins *et al.* (2019)

2.2.2 Objetivos de investigação

Para a formulação dos objetivos Coughlan *et al.* (2017) referem que os termos a utilizar devem indicar ação, isto é, devem permitir que se observe que a intervenção em estudo foi efetiva e eficaz, devem ser claros, elucidativos e contribuir para a validade e replicabilidade da revisão sistemática da literatura.

Assim, na presente revisão sistemática da literatura definiu-se o seguinte objetivo geral: **Identificar e analisar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção de enfermagem de reabilitação implementada após Artroplastia Total da Anca**, cujos objetivos específicos são:

- Sintetizar a evidência científica relativa às intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas após Artroplastia Total da Anca e aos seus ganhos para o paciente, com utilização da estratégia PICO.

2.2.3. Procedimento de identificação das evidências científicas

A identificação das palavras-chave é uma das pedras basilares da pesquisa, enquadrada no protocolo da revisão sistemática da literatura e da estratégia PICO, através da definição dos descritores que permitem garantir a sua sensibilidade e especificidade (Higgins *et al.*, 2019).

Considerando que os termos a serem pesquisados devem cumprir determinados critérios, Donato e Donato (2019, p. 230) referem que devem ser inicialmente utilizados termos ou vocabulários controlados, como os termos MeSH (Medical Subject Headings) que se apresentam como parte integrante de “(...) uma linguagem controlada, são cabeçalhos de assuntos (subject headings) ou descritores que estão organizados hierarquicamente (...) por categorias de assuntos com termos mais específicos (narrower) arranjados sob os termos mais gerais.”, sendo utilizados quer pela PubMed que “(...) pesquisa automaticamente para incluir todos os termos, o mais geral e os mais específicos.”, quer pela MEDLINE e garantem a “(...) uniformidade, criando consistência e precisão, o que permite encontrar a informação independentemente da terminologia usada pelos autores.”

Na presente investigação foram definidas as palavras-chave ou termos MeSH “Reabilitação”, “Enfermagem”, “Artroplastia”, “Total”, “Anca” combinadas posteriormente com descritores limitativos como os operadores booleanos apresentados pelos termos conectores AND (=gera resultados de citações que incluem todas as palavras-chave específicas ou frases garantindo a especificidade) e OR (=gera resultados de citações incluindo uma das palavras-chave específicas ou frases garantindo a sensibilidade), utilizando-se os termos e frases combinadas em português e inglês (Cullum et al., 2010).

Desta forma, foram consideradas as seguintes frases booleanas, em português e inglês, respetivamente:

(“anca” OU “prótese de anca” OU “substituição da anca” OU “substituição total da anca” OU “prótese total da anca”) E (“reabilitação” OU “restauração da anca” OU “intervenção de enfermagem” OU “reabilitação de enfermagem” OU “programa de enfermagem” OU reab).*

(“hip” OR “hip prosthesis” OR “hip replacement” OR “total hip replacement” OR “total hip prosthesis”) AND (“rehabilitation” OR “hip restoration” OR “nursing intervention” OR “nursing rehabilitation” OR “nursing program” OR rehab).*

As bases de dados científicas utilizadas e os resultados gerados, após a introdução dos termos identificados, foram numa primeira fase de pesquisa, a PUBMed, a MEDLINE, a PMC, a Sciencedirect, ao longo do mês de dezembro de 2019, tendo sido delimitada a pesquisa temporal e linguisticamente para garantir a qualidade metodológica dos estudos e o acesso à produção científica acerca da temática e posteriormente, no decorrer do ano de 2020, foram consultados e considerados estudos publicados nos últimos 10 anos, isto é de 2010 a 2020, nos idiomas português e inglês, com acesso a texto integral de forma gratuita.

De acordo com Donato e Donato (2019, p. 229 e 230) devem ser consideradas diferentes bases de dados de pesquisa, num mínimo de pelo menos três, como a PubMed, a MEDLINE e a Cochrane Library, sendo que “A PubMed fornece acesso à versão gratuita da MEDLINE que inclui referências muito actuais que ainda não estão indexadas (ahead of print) e referências de revistas que não são indexadas na MEDLINE, como as PMC.”, permitindo “(...) pesquisas por palavras no título e no resumo e por termos de indexação normalizados, ou seja, vocabulário controlado atribuído a cada referência.”.

Já sobre a documentação pesquisada em repositórios oficiais, os mesmos autores (2019, p. 230) referem que “(...) acrescenta valor à revisão porque habitualmente é mais actual do que a que está publicada.” e deverá incluir “(...) documentos produzidos por organizações governamentais, trabalhos e abstracts de conferências, materiais produzidos por sociedades médicas e/ou grupos de investigação disponibilizados apenas em websites, teses e dissertações académicas, ensaios clínicos em progresso, entre outros.”

Sobre a Cochrane, Donato e Donato (2019, p. 230) referem que é “(...) um excelente recurso para encontrar ensaios clínicos randomizados e quase randomizados. [...] mas também de outras fontes publicadas e não publicadas.”

Aconselham ainda Donato e Donato (2019, p. 230) a que se complemente a pesquisa com a seleção das “(...) listas de referências dos artigos, e algumas vezes com uma análise de citações, ou referências dos artigos selecionados (...)” pois “(...) acrescenta eficácia à revisão e habitualmente ajuda a identificar trabalhos relevantes adicionais que não foram recuperados na pesquisa online.” ou ainda através da “(...) pesquisa manual das revistas mais pertinentes.”

Sintetizando, Donato e Donato (2019, p. 230) referem que a utilização e planificação de estratégias de pesquisa garantem o equilíbrio da “(...) sensibilidade (a capacidade de identificar o maior número possível de artigos relevantes) com a precisão (a capacidade de excluir o maior número possível de artigos irrelevantes).”, permitindo que a revisão sistemática da literatura seja rigorosa e fiável.

2.2.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

De acordo com Coughlan *et al.* (2017) o contributo da revisão sistemática da literatura deverá pautar-se pela transparência e rigor, evitando o enviesamento, pela seleção adequada dos estudos a considerar e respeitando a temática que se pretende investigar devendo ser definidos critérios de inclusão e exclusão baseados na questão de partida e considerando a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Resultados).

Na presente investigação foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

População:

- Consideraram-se estudos com participantes submetidos a artroplastia total da anca;
- Excluíram-se estudos com participantes submetidos a outras intervenções.

Intervenção:

- Consideraram-se estudos que apresentassem programa de enfermagem de reabilitação após artroplastia total da anca;
- Excluíram-se estudos com programas de enfermagem de reabilitação de outras intervenções.

Comparação:

- Consideraram-se estudos que permitissem a comparação temporal dos programas de enfermagem de reabilitação após artroplastia total da anca.
- Excluíram-se estudos que focassem a comparação temporal de programas de enfermagem de reabilitação em outras intervenções.

Resultados:

- Consideraram-se estudos cujos resultados focassem a eficácia dos programas de enfermagem de reabilitação na obtenção de melhorias após artroplastia total da anca.
- Excluíram-se estudos acerca da eficácia dos programas de enfermagem de reabilitação na obtenção de melhorias em outras intervenções.

Dada a importância da seleção dos artigos, de seguida se descreve o procedimento utilizado, salvaguardando a estratégia PICO e ilustrando a estratégia aplicada neste processo.

2.2.5. Procedimento de seleção das evidências científicas

No decorrer da investigação, o procedimento de seleção das evidências científicas garante a qualidade dos artigos previamente identificados e posteriormente, após a sua análise mediante o cumprimento dos critérios de inclusão, a decisão de os incluir no estudo, contribuindo para o concretizar dos objetivos previamente definidos.

De facto Galvão *et al.* (2004, p. 552) consideram que a qualidade dos artigos selecionados garante a “(...) utilidade de qualquer revisão sistemática (...)”, permitindo o desenvolvimento crítico da sua análise. O mesmo defendem Coughlan *et al.* (2017) quando referem que a seleção dos artigos deverá partir da análise das suas semelhanças ou homogeneidade e das suas diferenças ou heterogeneidade, sendo clara a responsabilidade do investigador nesta seleção, para garantir aos leitores que a informação apresentada sobre a temática é relevante, apresenta boa consistência e validade e ilustra devidamente a população, intervenção e resultados obtidos (PICO).

Para que esta seleção fosse garante de qualidade, utilizou-se o fluxograma PRISMA, que se ilustra na figura seguinte e que permitiu seguir determinadas etapas de seleção.

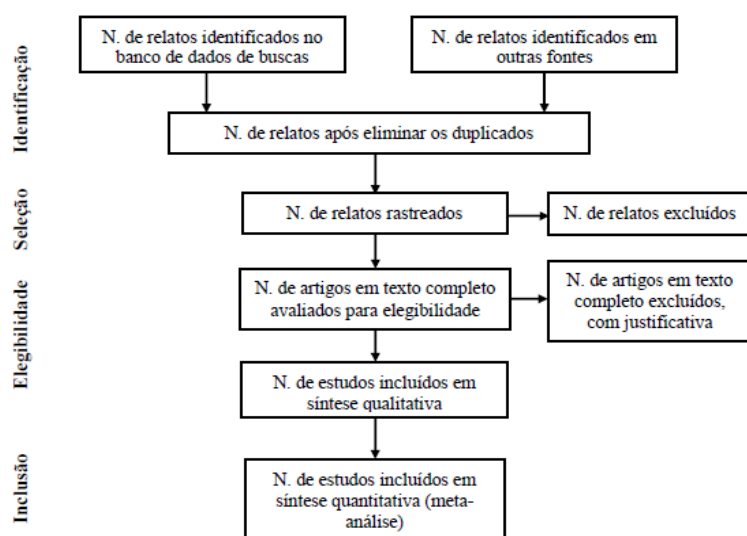


Figura 1 - Fluxograma PRISMA

Fonte: Moher *et al.* (2015)

O procedimento inicial pressupõe a utilização dos operadores booleanos previamente identificados e transcritos nas bases de dados PubMed, MEDLINE, PMC e Sciencedirect, cujos resultados apresentam o cumprimento dos critérios de inclusão, língua portuguesa e inglesa, acesso aberto e gratuito, no lapso temporal dos últimos dez anos, são ilustrados na figura que segue.

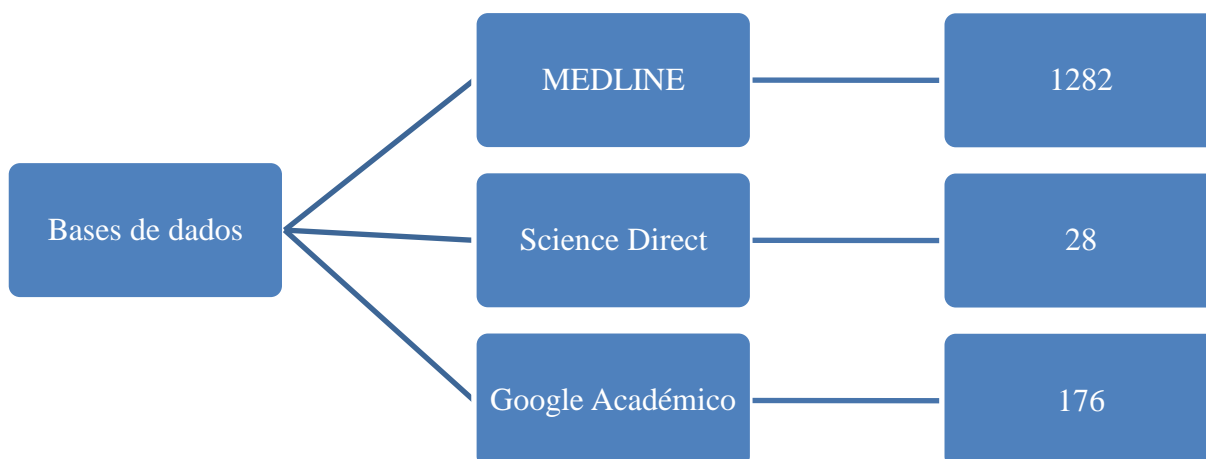


Figura 2 – Bases de dados consultadas

Fonte: Produção própria

Assim, para a presente investigação, foram assumidas as etapas que se descrevem na figura seguinte, no sentido de identificar e selecionar as evidências científicas mais relevantes para o presente estudo, sendo utilizada a ferramenta Mendeley para a exclusão das duplicadas.

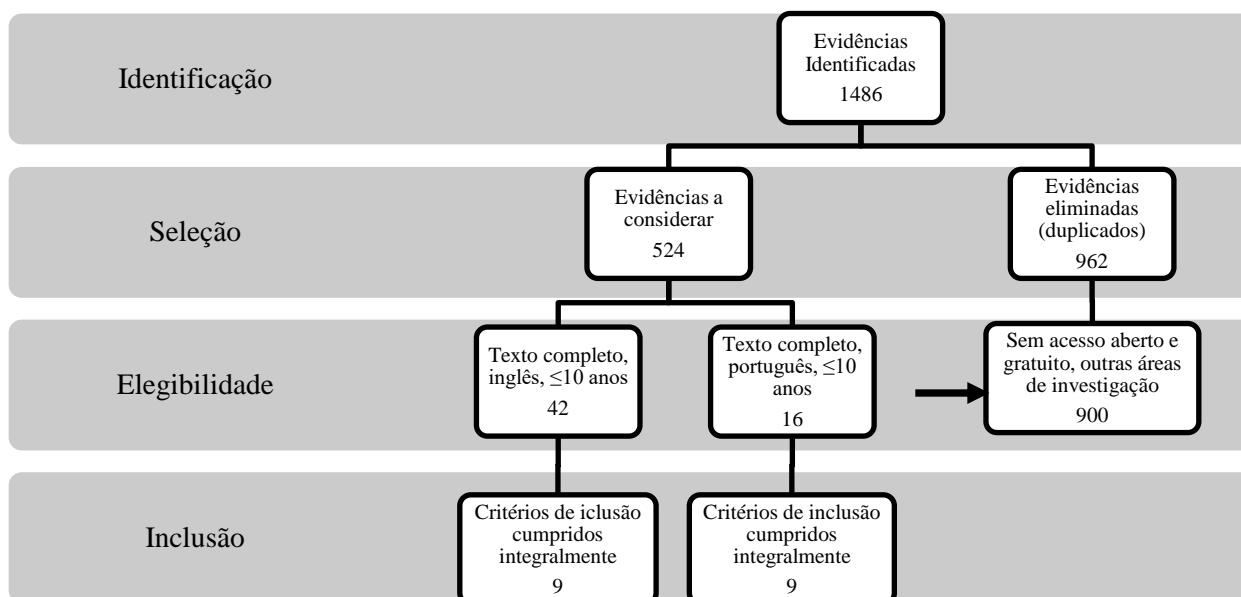


Figura 3 – Fluxograma PRISMA adaptado à investigação

Fonte: Produção própria

Da análise dos artigos identificados, foram excluídos os que não apresentavam o texto com acesso integral e gratuito, bem como os que não se enquadravam na temática da investigação, particularmente no que se relaciona com a área da Enfermagem.

Da mesma forma, foram considerados as dezoito publicações que cumpriam integralmente os critérios de inclusão, nomeadamente, artigos de acesso gratuito e com texto integral, cujo resumo indicava claramente a população, a intervenção e os resultados, publicados nos últimos dez anos e que se relacionavam diretamente com a temática da investigação, tendo sido considerados para análise nove publicações em língua inglesa e nove em língua portuguesa.

Para a escolha final foi ainda avaliado o risco de enviesamento, procedimento que se descreve de seguida.

2.2.6. Procedimento de avaliação do risco de enviesamento

De acordo com Higgins & Green (2008), o enviesamento define-se como um erro sistemático, ou desvio da verdade, em resultados ou inferências, podendo ocorrer em diversos contextos, quer subestimando ou superestimando o verdadeiro efeito da intervenção, variando na sua importância, isto é, pode apresentar-se como enviesamento de pouca relevância ou de alta relevância, existindo grande dificuldade em analisar até que ponto o enviesamento pode afetar os resultados de um estudo em particular.

No entanto, a investigação apresenta evidência empírica que indica como maiores áreas com possibilidade de se identificarem lacunas específicas o desenho e a condução e análise de ensaios clínicos randomizados, sendo clara a necessidade da análise do enviesamento pelas diferenças que apresenta e que podem ajudar a explicar a variação nos resultados dos estudos

incluídos em uma revisão sistemática, isto é, poderá ser explicativo da heterogeneidade dos resultados.

Sintetizando, quanto mais rigorosa a análise do enviesamento, maior probabilidade de apresentar estudos com resultados mais coerentes e mais aproximados da realidade (Higgins & Green, 2008).

O enviesamento e a forma como se deve analisar, encontra-se ilustrado na tabela seguinte, adaptada da publicação da Cochrane e que aconselha o seu uso na revisão sistemática da literatura.

Domínio	Descrição	Questões de confirmação
Gerador de sequência	Descreve o método usado para gerar a sequência de alocação em detalhes suficientes para permitir uma avaliação que deve produzir grupos comparáveis.	A sequência de alocação foi gerada adequadamente?
Ocultação da alocação	Descreve o método usado para ocultar a sequência de alocação em detalhes suficientes para determinar se as alocações de intervenção poderiam ter sido previstas antes ou durante a inscrição.	A alocação foi ocultada adequadamente?
Ocultação de participantes, pessoal e avaliadores de resultados. Devem ser feitas avaliações para cada resultado principal (ou classe de resultados)	Descreve todas as medidas usadas, se houver, para ocultar os participantes do estudo e o pessoal com conhecimento sobre qual intervenção recebeu o participante. Fornece qualquer informação relativa à questão de saber se o ocultamento pretendido foi eficaz.	O conhecimento da intervenção alocada foi adequadamente evitado durante o estudo?
Dados de resultado incompletos. Devem ser feitas avaliações para cada resultado principal (ou classe de resultados).	Descreva a integridade dos dados do resultado para cada resultado principal, incluindo atrito e exclusões da análise. Declare se foram relatados atritos e exclusões, os números em cada grupo de intervenção (em comparação com o total de participantes randomizados), os motivos dos atritos / exclusões quando relatados e quaisquer re-inclusões nas análises realizadas pelos autores da revisão.	Os dados incompletos dos resultados foram tratados adequadamente?
Relatório seletivo do resultado	Declare como a possibilidade de relato seletivo dos resultados foi examinada pelos autores da revisão e o que foi encontrado.	Os relatórios do estudo estão livres de sugestões de relatórios seletivos de resultados?
Outras fontes de enviesamento	Declare quaisquer preocupações importantes sobre o enviesamento não abordado nos outros domínios da ferramenta.	O estudo estava aparentemente livre de outros problemas que poderia colocá-lo em alto risco de enviesamento?
	Se perguntas/entradas específicas foram pré-especificadas no protocolo da revisão, respostas devem ser fornecidas para cada pergunta/entrada.	

Tabela 3 - Ferramenta da Cochrane Collaboration para avaliar o risco de enviesamento

Fonte: Adaptado de Higgins *et al.* (2019)

Após a análise do enviesamento, pode-se aferir da validade dos estudos selecionados, nomeadamente através dos critérios que se indicam na tabela seguinte.

Risco de enviesamento	Crítérios
Baixo risco de enviesamento	O estudo apresenta baixo risco de enviesamento em todos os domínios de avaliação
Algumas preocupações	O estudo foi considerado como levantando algumas preocupações em pelo menos um domínio, mas não apresenta alto risco de viés para qualquer domínio.
Alto risco de enviesamento	O estudo apresenta alto risco de enviesamento em pelo menos um domínio ou

Tabela 4 – Critérios de avaliação do risco de enviesamento da Cochrane Collaboration

Fonte: Adaptado de Higgins *et al.* (2019)

Na presente investigação, foram analisados os resumos de todos os artigos selecionados e comparados com a população, intervenção e resultados, no sentido de verificar a possibilidade de enviesamento.

Após este procedimento foram considerados dezoito publicações que apresentavam os critérios de inclusão e não apresentavam enviesamento na população, intervenção e resultados e que de seguida se apresentam e analisam à luz da metodologia implementada.

2.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a escolha dos artigos a analisar, consideraram-se dezoito publicações que foram incluídas no estudo e analisados de acordo com a estratégia PICO, que de seguida se descrevem, considerando os quatro critérios de análise. De realçar que a análise cumpre ainda o lapso temporal dos artigos, isto é, são apresentados do mais antigo para o mais recente na linha temporal de publicação.

No sentido de ilustrar graficamente os artigos selecionados, na tabela seguinte encontram-se descritos segundo a estratégia PICO, de forma sucinta.

Autor(es)/Ano	População	Intervenção	Comparação	Resultados/Outcomes
Fernandes (2011)	70 participantes 35=controlo 35=experimental	Estudo quantitativo, quasi-experimental, preditivo – causal sobre o ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca, Formulário para caracterizar a amostra no que concerne a dados pessoais, variáveis clínicas, funcionalidade familiar. Para recolher informações sobre a independência funcional foi aplicada a Escala de Barthel Modificada.	Não aplicável	Os resultados mostram que, face aos factores sócio – demográficos, só o género influencia a independência funcional, e que os sujeitos que receberam ensino pré – operatório no momento da alta obtiveram valores significativamente mais elevados de independência funcional e permaneceram menos tempo internados no hospital que os sujeitos que não receberam o referido ensino.
Soares et al. (2013)	Não aplicável	Identificar os cuidados de enfermagem específicos direccionados ao paciente submetido à Artroplastia Total de Quadril (ATQ), enfatizando os cuidados no pós-operatório, as complicações cirúrgicas, prescrição de enfermagem e orientação para alta, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	Não aplicável	A SAE é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro a prestar um cuidado individualizado e amplo abrangendo as orientações em todas as fases do internamento e também no domicílio, visando eliminar a possibilidade de iatrogenias e proporcionar uma reabilitação adequada e ainda capacitar o cuidador para alta hospitalar
Gomes (2013)	30 participantes	Estudo exploratório, descritivo e correlacional sobre a pessoa com artroplastia total da anca atividades de vida diária e qualidade de vida. Aplicados como instrumentos de recolha de dados um questionário sociodemográfico e clínico, índice de Barthel, escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor e entrevista.	Não aplicável	Os resultados indicaram que os participantes registaram maior dependência funcional para as ABVD, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio e perceberam outras dificuldades nomeadamente na atividade laboral, tendo ainda apresentado um baixo nível de qualidade de vida em todos os domínios. Paralelamente na intervenção do enfermeiro de reabilitação, os participantes apresentaram uma média do nível de independência funcional superior, comparada com o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.
Fan, Lo, Kwok e Fung (2014)	431 pacientes e 408 enfermeiros	Estudo de caso de pacientes que tiveram substituição total primária estável do joelho ou total de substituição da anca por mais de 2 anos tratados em clínica piloto de substituição articular total liderada por enfermeira.	Não aplicável	Prática clínica de enfermagem na substituição total da anca é considerada segura, confiável e bem aceite pelos pacientes
Gomes (2014)	34 participantes	Estudo quantitativo e descritivo sobre os contributos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na dor, amplitude articular, força muscular e nível de independência, na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, na admissão, 2º dia pós-operatório e alta. Foram aplicados em três momentos - admissão, 2º dia pós-operatório e alta - instrumentos de colheita de dados a escala numérica de dor, a goniometria, a escala de força muscular de Research Council, e o Índice Barthel.	Três momentos de avaliação, comparativos, admissão, 2º dia do pós-operatório e dia da alta.	Resultados indicam que existe uma diminuição da independência, entre a admissão e o 2º dia pós-operatório sendo que esta aumenta no dia da alta. O mesmo acontece com a força, flexão e abdução da articulação coxofemoral. No entanto, os valores encontrados para estes parâmetros no momento da alta não excedem os encontrados na admissão à exceção da amplitude articular no movimento de abdução, em que a dor diminui continuamente desde a admissão até à alta, sendo considerado o programa de enfermagem de reabilitação fundamental para se atingirem os presentes resultados.
Shemye e Elsaay (2015)	Pacientes: Grupo I: 20 adultos (rotina), Grupo II: 20 adultos (protocolo), Grupo III: 20 adultos (grupo de acompanhamento). Enfermeiros: 40 enfermeiros	Avaliar a eficácia da implementação do protocolo de assistência de enfermagem após substituição total da anca. Recolha de dados: questionários de entrevista estruturada; lista de verificação observacional da enfermeira; questionário de entrevista estruturada pelo paciente; lista de verificação de observação do paciente; escala funcional dos membros inferiores (LEFS).	Diferença significativa entre desempenho e conhecimento de enfermagem. As complicações circulatórias, neurológicas, musculoesqueléticas e locais apresentaram diferenças e melhorias significativas entre os grupos	Protocolo de educação para o cuidado eficaz e contribuiu para a melhoria do conhecimento e as práticas clínicas dos enfermeiros ortopédicos para a substituição total da anca
Silva et al. (2015)	21 pacientes submetidos a artroplastia total do quadril	Resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. Recolha de dados: Posicionamento Corporal, Mobilidade, Conhecimento da atividade prescrita e Comportamento de Prevenção de Quedas, dezasseis indicadores clínicos e uma escala Likert de cinco pontos	Não aplicável	Resultados indicam que a utilização das estratégias aplicadas permitem demonstrar a progressão clínica de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada, bem como a sua aplicabilidade neste contexto
Cary Jr., Baernholdt e Merwin (2016)	3,516,636 procedimentos	Estudo retrospectivo longitudinal, que descreve as tendências no tempo de permanência (LOS), custos, mortalidade e destino da alta numa amostra nacional de pacientes com artroplastia total da anca entre 1997 e 2011	Não aplicável	Resultados apresentam as implicações nos perfis dos pacientes, nos ambientes de trabalho, na melhoria da qualidade e na preparação educacional dos enfermeiros em ambientes agudos e pós-agudos.
Lasater e Mchugh (2016)	112 017 pacientes	Estudo de análise transversal de dados secundários, com o Índice do Ambiente de Trabalho na Prática de Trabalho em Enfermagem (PES-NWI), 5 subescalas com domínios do ambiente de trabalho: (i) participação da enfermeira em assuntos hospitalares, (ii) fundamentos para a qualidade do atendimento de enfermagem (iii) capacidade do gestor de enfermagem/liderança, (iv) pessoal e adequação de recursos e (v) relações enfermeiro-médico	Aplicação no 10º e 30º dias de internamento ou readmissão.	Resultados indicaram que os dados de readmissão após substituição total anca estão associados ao hospital e aos cuidados de enfermagem
Olsson, Hansson e Ekman (2016)	Grupo de controlo: 138 pacientes Grupo de intervenção: 128 pacientes	Estudo quasi experimental usando serviços centrados na pessoa e cuidados projetados para reduzir os efeitos negativos da baixa autoeficácia e altos níveis de medo relacionado à dor de movimento. Utilizou-se a Escala geral de autoeficácia e a Escala de Tampa para Cinesiofobia	Não aplicável	Resultados indicam que detetar pacientes vulneráveis possibilita o desenvolvimento de planos de reabilitação centrados na pessoa, apoio individual e cuidados em relação à cirurgia e reabilitação, poderá reduzir o tempo de permanência no hospital
Yang, Wang, Zuo, Gong e Meng (2016)	1248 pacientes	Intervenção clínica de enfermagem especializada e associada a exercícios funcionais com ensaios clínicos randomizados	Exercício funcional em pacientes com substituição total da anca antes e após a operação	Resultados indicam que a intervenção clínica de enfermagem aplicada aos exercícios funcionais em pacientes com substituição total da anca antes e após a cirurgia foram significativamente melhores do que as intervenções de rotina de enfermagem.
Reis (2016)	32 participantes	Estudo quantitativo, de natureza descritivo correlacional e longitudinal sobre os fatores influenciadores da Capacidade Funcional (CF) nos indivíduos submetidos a ATA após dois meses da alta clínica. Aplicação do questionário HOOS LK 2.0.	Avaliação realizada em dois momentos (dia de alta clínica e após dois meses)	Observada melhoria da capacidade funcional no segundo momento, bem como correlação positiva significativa entre o género e as habilitações literárias com a dimensão Atividade Vida Diária e a situação laboral com a dimensão Qualidade Vida, indicando a necessidade de uma intervenção mais cabal, atendendo às características do indivíduo e contexto envolvente, com planificação adequada e avaliação contínua dos cuidados prestados, zelando pela sua máxima independência nas atividades de vida diárias, sendo fundamental a aplicabilidade das competências do Enfermeiro de Reabilitação enquanto contributo direto para mais ganhos na capacidade funcional.

Violante e Cruz (2016)	30 participantes. 15=controlo 15=experimental	Estudo quantitativo do tipo quase experimental, com desenho antes-após e com grupo testemunho não equivalente, com o objetivo de analisar o foco da independência funcional/autonomia dos doentes submetidos a artroplastia total da anca, com o intuito de desenvolver um indicador de qualidade. Aplicação de dois questionários em dois momentos.	Aplicação em dois momentos: primeiro momento (M1)=fase pré-operatória. Segundo momento (M2)=pós-operatório. A fase pré-operatória corresponde ao dia da admissão do doente no internamento e a fase pós-operatória ao sexto dia após cirurgia.	Resultados indicaram que os participantes aos quais foi implementado o protocolo de intervenção (GE) tiveram melhorias significativas no que diz respeito aos níveis de dor, aos níveis de independência nas AVDs, aos níveis de amplitude dos movimentos, aos níveis de dor quando relacionados com a ansiedade e o stress, existindo a necessidade de implementação de um protocolo multidisciplinar no serviço que envolva de forma ativa os enfermeiros de reabilitação e ainda que a aplicação do protocolo proporcionou avanços na qualidade da pericia com fins de reabilitação, contribuindo desta forma para a tomada de decisão baseada em evidências a partir dos dados apresentados e analisados.
Pinto (2016)	28 participantes	Estudo quasi-experimental, com a aplicação de exercícios resistidos, avaliando-se a força muscular (Lafayette manual muscle tester), a amplitude articular (goniometria), a escala de Tinetti e o questionário WOMAC.	A colheita de dados foi realizada em três momentos (admissão – T0, alta – T1 e primeira consulta pós-cirurgia – T2).	Os resultados indicam que após o programa verificou-se uma melhoria substancial da qualidade de marcha e dos domínios do questionário WOMAC, até ao dia da consulta de ortopedia, que em média foi de 41 dias. A força muscular, quer força máxima quer força média, diminuiu ligeiramente em T1 e em T2 aumentou, exceto nos isquiotibiais em que existe um incremento em todas as avaliações. Verificou-se ainda que os resultados obtidos são independentes da idade, sexo e existência de cirurgia ortopédica anterior, comprovando-se que um programa de reabilitação que forneça as competências necessárias às pessoas, em que se conjugue reabilitação em ambiente hospitalar e domiciliário, é crucial para uma recuperação rápida e eficaz.
Kimball, Nichols, Nunley, Vose e Stambough (2018)	9418 estruturas clínicas	Estudo retrospectivo sobre a correlação entre indicadores de enfermagem especializada e qualidade das estruturas clínicas (SNF) e resultados clínicos após artroplastia total primária de joelho e artroplastia total de anca	Não aplicável	Resultados indicam que a proporção de pessoal de enfermagem e a intensidade do exercício físico estavam significativamente correlacionadas com o risco de readmissão após 30 dias, em pacientes com artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca.
Hommel et al. (2019)	1998 participantes	Estudo retrospectivo de coorte multicêntrico, realizado em 24 hospitais	Não aplicável	Resultados indicam que os eventos adversos sensíveis à enfermagem eram comuns, na maioria dos casos considerados evitáveis e estavam associados a diferentes tipos de eventos adversos e níveis de gravidade nos cuidados ortopédicos e ainda que os enfermeiros registados desempenham um papel vital dentro da equipe interdisciplinar, pois são o maior grupo de profissionais de saúde, trabalham 24/7 e passam muito tempo ao lado dos pacientes.
Garção e Grilo (2019)	5 participantes	Estudo de caso sobre a recuperação global e marcha eficaz da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca, avaliados, na admissão, 3º ou 4º dia de pós-operatório e alta, o desempenho nas AVD, através do Índice de Barthel, a força Muscular, através da Escala de Lower, o equilíbrio corporal, através do Índice de Tinetti, a dor, através da escala numérica da Dor e a amplitude articular das articulações coxo-femural, joelho e tíbio-társica do membro inferior operado, através de um goniómetro. Para a identificação do conhecimento ou desconhecimento relativamente a aspetos a ter em consideração aquando de artroplastia da anca foi utilizada uma checklist construída para o efeito.	Admissão, 3º e 4º dia de pós-operatório e alta.	Os resultados indicam aumento do desempenho a nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular de todas as articulações avaliadas. Foi registada a diminuição da dor. Quanto aos aspetos a ter em consideração aquando da artroplastia da anca, uma doente não demonstrou défices de conhecimento, dois doentes demonstraram dificuldades relativamente a deambular com auxiliar de marcha e transferências e dois doentes demonstraram dificuldades relativamente a comportamentos de prevenção de luxação da prótese.
Zhang e Xiao (2020)	70 participantes 35=controlo 35=experimental	Estudo sobre o efeito da cirurgia rápida combinada com um protocolo clínico de enfermagem na reabilitação de pacientes	Terceira semana e terceiro mês após cirurgia	Resultados que concluem que a cirurgia acelerada combinada com um protocolo clínico de enfermagem pode melhorar efetivamente os sintomas clínicos e a autoeficácia dos pacientes submetidos a artroplastia total da anca e melhorar a satisfação dos pacientes com a hospitalização.

Tabela 5 - Apresentação dos artigos segundo a estratégia PICO

Fonte: Produção própria

No ano de 2011 Fernandes (2011) apresenta o seu estudo quantitativo, quasi-experimental, preditivo – causal sobre o ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca, aplicado a 70 participantes, 35 do grupo experimental e 35 do grupo controlo, aos quais se aplicou um formulário que permitiu caracterizar a amostra no que concerne a dados pessoais, variáveis clínicas, funcionalidade familiar. Para recolher informações sobre a independência funcional foi aplicada a Escala de Barthel Modificada.

Soares et al. (2013) apresentam uma investigação de revisão sistemática da literatura relativamente aos cuidados de enfermagem específicos direcionados ao paciente submetido à artroplastia total da anca no período pós-operatório, realçando a importância da sistematização da assistência de enfermagem, através da análise de artigos das bases de dados SciELO e LILACS. De realçar que mesmo sendo uma revisão sistemática da literatura, a investigação de Soares et al. (2013) cumpre os critérios de inclusão, nomeadamente no que se refere à identificação clara da população, das intervenções e dos resultados obtidos.

Gomes (2013) no mesmo ano apresenta o seu estudo exploratório, descritivo e correlacional sobre a pessoa com artroplastia total da anca atividades de vida diária e qualidade de vida, a 30 participantes aos quais foram aplicados como instrumentos de recolha de dados um questionário sociodemográfico e clínico, índice de Barthel, escala WHOQOL – BREF, escala numérica da dor e entrevista.

Em 2014, Fan, Lo, Kwok e Fung apresentaram o seu estudo de observação de casos acerca da prática de enfermagem a pacientes estáveis após a substituição total da anca e da avaliação da sua eficácia numa população de 431 pacientes de um hospital público em Hong Kong.

No mesmo ano Gomes (2014) apresenta o seu estudo quantitativo e descritivo sobre os contributos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na dor, amplitude articular, força muscular e nível de independência, na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca.

Foram aplicados em três momentos - admissão, 2º dia pós-operatório e alta - a 34 participantes e como instrumentos de colheita de dados a escala numérica de dor, a goniometria, a escala de força muscular de Research Council, e o Índice Barthel. Os indivíduos foram submetidos a um programa de Enfermagem de Reabilitação desde a cirurgia até à alta e o instrumento de colheita de dados foi aplicado em três diferentes momentos do internamento, na admissão, 2º dia pós-operatório e alta.

No ano de 2015, Shemey e Elsaay apresentaram um estudo para avaliar a eficácia da implementação do protocolo de assistência de enfermagem a pacientes com substituição da anca no Departamento de Ortopedia do Hospital Universitário de Tanta, a uma amostra composta por 60 pacientes e 40 enfermeiros, a quem foram aplicadas entrevistas estruturadas e uma lista de verificação observacional, assim como a escala funcional dos membros inferiores.

No mesmo ano Silva et al. (2015) publicam o seu estudo realizado em 2012, sobre a avaliação da aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada, aplicando um instrumento contendo cinco resultados de enfermagem (Posicionamento Corporal, Mobilidade, Conhecimento da atividade prescrita e Comportamento de Prevenção de Quedas), dezasseis indicadores clínicos e uma escala Likert de cinco pontos, a 21 pacientes submetidos a artroplastia total do quadril, num hospital universitário.

No ano de 2016 Cary Jr., Baernholdt e Merwin publicam o seu estudo retrospectivo longitudinal, que descreve as tendências no tempo de permanência (LOS), custos, mortalidade e destino da alta numa amostra nacional de pacientes com artroplastia total da anca entre 1997 e 2012.

Lasater e Mchugh (2016) publicaram um estudo de análise transversal de dados secundários, para examinar o efeito da intervenção de enfermagem e o ambiente de trabalho em pacientes após a substituição total da anca, em hospitais de cuidados agudos na Califórnia, Flórida, Nova Jersey e Pensilvânia, durante o ano de 2006, a 112 017 pacientes.

No mesmo ano Olsson, Hansson e Ekman (2016) publicaram o seu estudo com o objetivo de identificar pacientes vulneráveis usando a escala de autoeficácia e a escala de Tampa para cinesiofobia e avaliar se o atendimento centrado na pessoa e as respostas dos instrumentos, tornava a reabilitação mais eficaz em termos de diminuição da duração da estadia, tendo sido desenhado como quase experimental e aplicado a um grupo de controlo de 138 pacientes e a um grupo de intervenção de 128 pacientes, aos quais foram prestados serviços centrados na pessoa e cuidados projetados para reduzir os efeitos negativos da baixa autoeficácia e altos níveis de medo relacionado à dor de movimento.

Também Yang, Wang, Zuo, Gong e Meng (2016) publicaram um estudo para avaliar o efeito da intervenção clínica de enfermagem aplicada ao exercício funcional em pacientes com substituição total da anca antes e após a operação. Embora o estudo tenha como base a revisão sistemática da literatura, foi incluído na presente investigação, pois apresenta intervenções e resultados que cumprem os critérios de inclusão.

Reis (2016) realiza um estudo quantitativo, de natureza descritivo correlacional e longitudinal sobre os fatores influenciadores da Capacidade Funcional (CF) nos indivíduos submetidos a ATA após dois meses da alta clínica, a uma amostra probabilística, por conveniência, de 32 participantes, a quem foi aplicado em dois momentos (dia de alta clínica e após dois meses) o questionário HOOS LK 2.0.

No mesmo ano Violante e Cruz (2016) desenvolveram o seu estudo quantitativo do tipo quase experimental, com desenho antes-após e com grupo testemunho não equivalente, com

o objetivo de analisar o foco da independência funcional/autonomia dos doentes submetidos a artroplastia total da anca, com o intuito de desenvolver um indicador de qualidade, a 30 participantes divididos em dois grupos, isto é, 15 participantes no grupo de controlo e 15 participantes no grupo experimental, a quem foram aplicados dois questionários em dois momentos: um primeiro momento (M1) que corresponde à fase pré-operatória e um segundo momento (M2) que corresponde à fase do pós-operatório. A fase pré-operatória corresponde ao dia da admissão do doente no internamento e a fase pós-operatória ao sexto dia após cirurgia.

Também Pinto (2016), apresentaram o seu estudo sobre a avaliação dos efeitos de um programa de reabilitação instituído a pessoas submetidas a artroplastia total da anca, com início no primeiro dia de pós-operatório até à consulta pós operatória, baseado em exercícios resistidos, a 28 participantes, avaliando-se a força muscular (Lafayette manual muscle tester), a amplitude articular (goniometria), a escala de Tinetti e o questionário WOMAC. A colheita de dados foi realizada em três momentos (admissão – T0, alta – T1 e primeira consulta pós-cirurgia – T2).

Em 2018, Kimball, Nichols, Nunley, Vose e Stambough (2018) publicam o estudo retrospectivo sobre a correlação entre indicadores de enfermagem especializada e qualidade das estruturas clínicas (SNF) e resultados clínicos após artroplastia total primária de joelho e artroplastia total de anca.

Já em 2019, Hommel et al. (2019), publicam o seu estudo sobre a incidência e a natureza de eventos adversos sensíveis à enfermagem após artroplastia total da anca, através de um estudo retrospectivo de coorte multicêntrico, aplicado a 1998 participantes.

Garção em 2019, no seu estudo de caso sobre a recuperação global e marcha eficaz da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca, a 5 casos concretos, avaliados, na admissão, 3º ou 4º

dia de pós-operatório e alta, o desempenho nas AVD, através do Índice de Barthel, a força Muscular, através da Escala de Lower, o equilíbrio corporal, através do Índice de Tinetti, a dor, através da escala numérica da Dor e a amplitude articular das articulações coxo-femural, joelho e tíbio-társica do membro inferior operado, através de um goniómetro. Para a identificação do conhecimento ou desconhecimento relativamente a aspetos a ter em consideração aquando de artroplastia da anca foi utilizada uma *checklist* construída para o efeito.

Zhang e Xiao (2020) publicam o seu estudo sobre o efeito da cirurgia rápida combinada com um protocolo clínico de enfermagem na reabilitação de pacientes tratados com artroplastia total da anca, a 70 pacientes submetidos a esta cirurgia, divididos em grupo de controlo e grupo de intervenção.

2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No ano de 2011 Fernandes (2011) no seu estudo sobre o ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca, apresentam resultados que mostram que, face aos fatores sociodemográficos, só o género influencia a independência funcional, e que os sujeitos que receberam ensino pré – operatório no momento da alta obtiveram valores significativamente mais elevados de independência funcional e permaneceram menos tempo internados no hospital que os sujeitos que não receberam o referido ensino.

Soares et al. (2013) concluíram que a enfermagem tem papel fundamental no processo perioperatório dos pacientes submetidos à artroplastia total da anca, sendo considerada uma estratégia que auxilia o enfermeiro a prestar um cuidado individualizado amplo, abrangendo orientações em todas as fases da internação e no domicílio, visando eliminar possibilidades de iatrogenias, proporcionar uma reabilitação adequada e capacitar o cuidador para alta hospitalar.

Gomes (2013) no seu estudo sobre a pessoa com artroplastia total da anca atividades de vida diária e qualidade de vida, concluiu que os participantes registaram maior dependência funcional para as ABVD, ao 5º dia após a cirurgia e no domicílio e perceberam outras dificuldades nomeadamente na atividade laboral, tendo ainda apresentado um baixo nível de qualidade de vida em todos os domínios. Paralelamente na intervenção do enfermeiro de reabilitação, os participantes apresentaram uma média do nível de independência funcional superior, comparada com o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Em 2014, Fan, Lo, Kwok e Fung apresentam resultados que indicam que a prática de enfermagem na área da reabilitação após artroplastia total da anca foi considerada segura, confiável e bem aceite pelos pacientes.

No mesmo ano Gomes (2014) apresenta o seu estudo quantitativo e descritivo sobre os contributos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na dor, amplitude articular, força muscular e nível de independência, na Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, na admissão, 2º dia pós-operatório e alta cujas conclusões indicam que existe uma diminuição da independência, entre a admissão e o 2º dia pós-operatório sendo que esta aumenta no dia da alta. O mesmo acontece com a força, flexão e abdução da articulação coxofemoral. No entanto, os valores encontrados para estes parâmetros no momento da alta não excedem os encontrados na admissão à exceção da amplitude articular no movimento de abdução, em que a dor diminui continuamente desde a admissão até à alta, sendo considerado o programa de enfermagem de reabilitação fundamental para se atingirem os presentes resultados.

No ano de 2015, Shemey e Elsaay apresentaram resultados que revelaram que o protocolo de educação para o cuidado foi eficaz e melhorou com sucesso o conhecimento e as práticas

clínicas dos enfermeiros de reabilitação em serviços ortopédicos na substituição total da anca.

No mesmo ano Silva et al. (2015) publicam o seu estudo realizado em 2012, sobre a avaliação da aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada, cujos resultados indicam que a utilização das estratégias aplicadas permitem demonstrar a progressão clínica de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada, bem como a sua aplicabilidade neste contexto.

No ano de 2016 Cary Jr., Baernholdt e Merwin apresentam resultados que indicam quais as implicações nos perfis dos pacientes, nos ambientes de trabalho, na melhoria da qualidade e na preparação educacional da prática dos enfermeiros de reabilitação em ambientes agudos e pós-agudos.

Lasater e Mchugh (2016) apresentam resultados que indicaram que os dados de readmissão após substituição total anca estão associados ao hospital e aos cuidados de enfermagem.

No mesmo ano Olsson, Hansson e Ekman (2016) concluíram que os instrumentos aplicados foram úteis para detetar pacientes vulneráveis possibilitando o desenvolvimento de planos de reabilitação centrados na pessoa, isto é, fornecendo aos pacientes com baixa autoeficácia e/ou alto medo de movimento, apoio individual e cuidados em relação à cirurgia e reabilitação, o que poderá reduzir o tempo de permanência no hospital.

Também Yang, Wang, Zuo, Gong e Meng (2016) concluíram que a intervenção clínica de enfermagem aplicada aos exercícios funcionais em pacientes com substituição total da anca antes e após a cirurgia foram significativamente melhores do que as intervenções de rotina de enfermagem.

Reis (2016) no seu estudo sobre os fatores influenciadores da Capacidade Funcional (CF) nos indivíduos submetidos a ATA após dois meses da alta clínica, concluiu que foi observada melhoria da capacidade funcional no segundo momento, bem como correlação positiva significativa entre o género e as habilitações literárias com a dimensão Atividade Vida Diária e a situação laboral com a dimensão Qualidade Vida, indicando a necessidade de uma intervenção mais cabal, atendendo às características do indivíduo e contexto envolvente, com planificação adequada e avaliação contínua dos cuidados prestados, zelando pela sua máxima independência nas atividades de vida diárias, sendo fundamental a aplicabilidade das competências do Enfermeiro de Reabilitação enquanto contributo direto para mais ganhos na capacidade funcional.

No mesmo ano Violante e Cruz (2016) desenvolveram o seu estudo acerca da independência funcional/autonomia dos doentes submetidos a artroplastia total da anca, cujos resultados indicaram que os participantes aos quais foi implementado o protocolo de intervenção (GE) tiveram melhorias significativas no que diz respeito aos níveis de dor, aos níveis de independência nas AVDs, aos níveis de amplitude dos movimentos, aos níveis de dor quando relacionados com a ansiedade e o stresse, existindo a necessidade de implementação de um protocolo multidisciplinar no serviço que envolva de forma ativa os enfermeiros de reabilitação e ainda que a aplicação do protocolo proporcionou avanços na qualidade da perícia com fins de reabilitação, contribuindo desta forma para a tomada de decisão baseada em evidências a partir dos dados apresentados e analisados.

Também Pinto (2016), no seu estudo sobre a avaliação dos efeitos de um programa de reabilitação instituído a pessoas submetidas a artroplastia total da anca, concluiu que após o programa verificou-se uma melhoria substancial da qualidade de marcha e dos domínios do questionário WOMAC, até ao dia da consulta de ortopedia, que em média foi de 41 dias.

A força muscular, quer força máxima quer força média, diminuiu ligeiramente em T1 e em T2 aumentou, exceto nos isquiotibiais em que existe um incremento em todas as avaliações. Verificou-se ainda que os resultados obtidos são independentes da idade, sexo e existência de cirurgia ortopédica anterior, comprovando-se que um programa de reabilitação que forneça as competências necessárias às pessoas, em que se conjugue reabilitação em ambiente hospitalar e domiciliário, é crucial para uma recuperação rápida e eficaz (Pinto, 2016).

Em 2018, Kimball, Nichols, Nunley, Vose e Stambough (2018) apresentam resultados que indicam que a proporção de pessoal de enfermagem e a intensidade do exercício físico estava significativamente correlacionada com o risco de readmissão dentro de 30 dias, em pacientes com artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca.

Já em 2019, Hommel et al. (2019) apresentam resultados que indicam que os eventos adversos sensíveis à enfermagem eram comuns, na maioria dos casos considerados evitáveis e estavam associados a diferentes tipos de eventos adversos e níveis de gravidade nos cuidados ortopédicos e ainda que os enfermeiros registados desempenham um papel vital dentro da equipe interdisciplinar, pois são o maior grupo de profissionais de saúde, trabalham 24/7 e passam muito tempo ao lado dos pacientes.

Garção (2019), no seu estudo de caso sobre a recuperação global e marcha eficaz da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca, indica um aumento do desempenho a nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular de todas as articulações avaliadas, sendo registada a diminuição da dor.

Quanto aos aspetos a ter em consideração aquando da artroplastia da anca, uma doente não demonstrou défices de conhecimento, dois doentes demonstraram dificuldades relativamente a deambular com auxiliar de marcha e transferências e dois doentes

demonstraram dificuldades relativamente a comportamentos de prevenção de luxação da prótese (Garção, 2019).

Zhang e Xiao (2020) apresentam resultados que concluem que a cirurgia acelerada combinada com um protocolo clínico de enfermagem pode melhorar efetivamente os sintomas clínicos e a autoeficácia dos pacientes submetidos a artroplastia total da anca e melhorar a satisfação dos pacientes com a hospitalização.

No sentido de garantir maior rigor foi realizada a análise do risco de enviesamento, segundo as normas da Cochrane, para apresentar estudos com resultados mais coerentes e mais aproximados da realidade (Higgins & Green, 2008). Da análise da tabela e gráficos seguintes, verifica-se que os domínios de avaliação de viés apresentam, na sua maioria, baixo risco de enviesamento, excetuando os estudos de Soares et al (2013), Cary Jr., Baernholdt e Merwin (2016), Yang, Wang, Zuo, Gong e Meng (2016) e Hommel et al. (2019) cuja análise indica algumas preocupações relativamente a apenas alguns dos domínios de avaliação.

Considera-se, assim, que a presente investigação apresenta baixo risco de enviesamento, na sua globalidade.

	Viés de seleção	Viés de desempenho	Viés de deteção	Viés de atrito	Viés de resultados	Outras fontes de viés
Fernandes (2011)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Soares et al. (2013)	?	+	?	?	+	Não aplicável
Gomes (2013)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Fan, Lo, Kwok e Fung (2014)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Gomes (2014)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Shemey e Elsaay (2015)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Silva et al. (2015)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Cary Jr., Baernholdt e Merwin (2016)	-	+	+	+	+	Não aplicável
Lasater e Mchugh (2016)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Olsson, Hansson e Ekman (2016)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Yang, Wang, Zuo, Gong e Meng (2016)	+	-	-	-	?	Não aplicável
Reis (2016)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Violante e Cruz (2016)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Pinto (2016)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Kimball, Nichols, Nunley, Vose e Stambough (2018)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Hommel et al. (2019)	+	-	-	-	?	Não aplicável
Garção (2019)	+	+	+	+	+	Não aplicável
Zhang e Xiao (2020)	+	+	+	+	+	Não aplicável

Tabela 6 – Critérios de avaliação do risco de viés segundo a Cochrane

Fonte: Produção própria

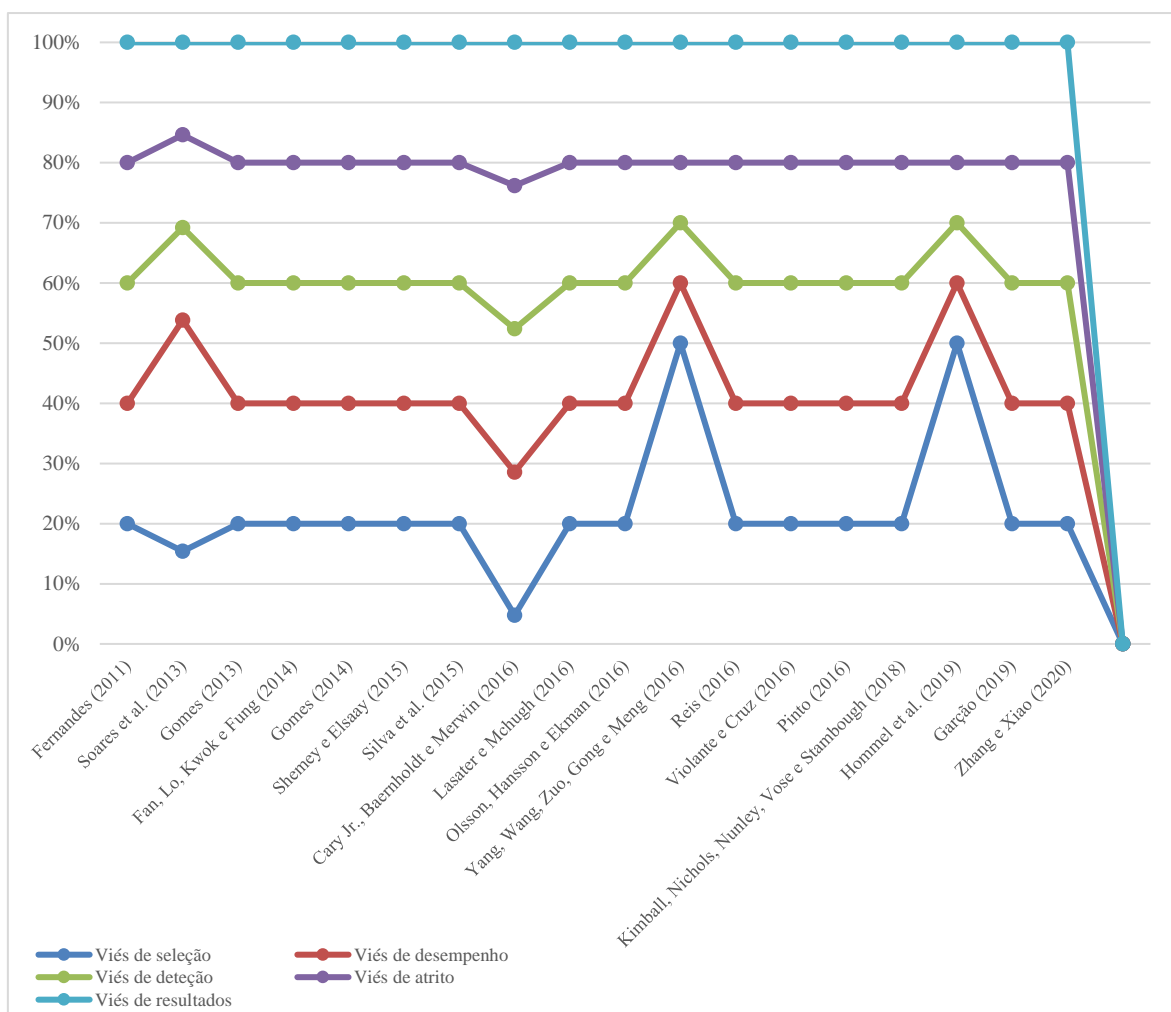


Figura 4 – Avaliação do risco de viés segundo a Cochrane

Fonte: Produção própria

Após a discussão de resultados, as conclusões encerram o presente trabalho de investigação, e de seguida se descrevem.

CONCLUSÕES

Considerando que a síntese conclusiva mais não é do que a sinopse de qualquer investigação, é pertinente que esta componente descreva os resultados mais destacados da investigação e inclua também uma reflexão crítica e sucinta sobre os processos escolhidos e ainda sobre as limitações encontradas, identificando também eventuais diretrizes para possíveis futuros académicos.

No decurso de toda a investigação, o foco central pautou-se pela concretização dos objetivos previamente definidos, considerando a relevância da questão de partida enquanto chave basilar de toda a investigação.

De facto, a questão “Quais os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação após Artroplastia da Anca?” foi claramente respondida, concluindo-se que as intervenções passam essencialmente pela reabilitação do paciente, utilizando para o efeito estratégias e técnicas específicas e altamente qualificadas do Enfermeiro de Reabilitação em conjunto com a equipa multidisciplinar que acompanha todos os procedimentos da cirurgia.

De facto, os estudos identificados apresentam, na sua maioria, resultados que comprovam a necessidade de implementação de protocolos multidisciplinares de enfermagem de reabilitação para fornecer competências necessárias às pessoas, em que se conjugue reabilitação em ambiente hospitalar e domiciliário para uma recuperação rápida e eficaz.

Concluiu-se ainda que é essencial a avaliação funcional para determinar o potencial de reabilitação, que se implementem técnicas de reeducação funcional, que se complemente com a avaliação sociofamiliar e dos recursos da comunidade, que se planifique a alta clínica e reinserção na comunidade, com o objetivo de prevenir novas fraturas, precocemente, isto é, no dia da cirurgia ou no dia seguinte, devendo ser planificado o programa de reabilitação

com a inclusão de exercícios isométricos dos quadricípede, dos glúteos; flexão ativa da anca, com manutenção da amplitude do movimento dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica; exercícios da articulação tibiotársica e abdução isométrica da anca, assim como ensinamentos sobre a mobilidade no leito e transferência, técnica do treino de marcha, do treino de subir e descer escadas, transferência para carro, ensino e treino de exercícios para dar continuidade no domicílio e o ensino e treino das restantes ABVD.

No decurso da investigação foram analisados, selecionados e avaliados diversos artigos de investigação, sendo considerados válidos para a presente temática dezoito, nove em língua inglesa e nove em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos e de acesso integral, livre e gratuito.

Neste sentido os artigos selecionados e considerados válidos indicam claramente a importância do Enfermeiro de Reabilitação, enquanto contributo direto para uma alta bem-sucedida, particularmente, quando associada a sua intervenção a equipas multidisciplinares, contribuindo diretamente para ganhos globais na saúde e reabilitação de pacientes submetidos a artroplastia total da anca.

Enquanto limitações encontradas, verifica-se a dificuldade em encontrar publicações estrangeiras direcionadas para a temática da Enfermagem de Reabilitação muito por ser uma área ainda de recente reconhecimento a nível mundial, sendo considerada como especialidade e em primeira mão no nosso país, pela Ordem dos Enfermeiros e, conseqüentemente, de forma gradual, pelo mercado de trabalho.

Como sugestões para trabalhos académicos futuros, considera-se relevante elencar algumas disposições que poderão contribuir para a motivação pessoal do investigador na continuidade da sua qualificação académica superior, a saber:

- Desenho do estudo: modificar o desenho do estudo e aplicar instrumentos de recolha de dados que permitam, numa amostra relevante, extrapolar dados para a população geral, relativamente aos benefícios da aplicabilidade das estratégias do Enfermeiro de Reabilitação, na reabilitação de pacientes submetidos a artroplastia total da anca.

- Instrumentos de recolha de dados: identificar e selecionar instrumentos de recolha de dados que permitam identificar, claramente, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, no âmbito da reabilitação da artroplastia total da anca e os seus benefícios para o paciente.

- Amostra: identificar e selecionar uma amostra comparativa que permita perceber os benefícios da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação para os pacientes submetidos a artroplastia total da anca, considerando não só a opinião dos enfermeiros mas também a dos pacientes.

A realização do presente estudo permite ainda sensibilizar para o reconhecimento global da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no contexto da artroplastia da anca, nomeadamente, na reabilitação mais célere, evitando mais tempo de sofrimento ao paciente, custos associados a internamentos prolongados, como contributo direto para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Carvalho, G & Baptista, G (2011). A Eficácia das Intervenções Não-Farmacológicas na Diminuição da Dor no Pós-Operatório. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.5.
- Cary Jr., M. P. & Merwin, E. I. (2010). Changes in Payment Regulation and Acute Care Use for Total Hip Replacement: Trends in Length of Stay, Costs, and Discharge, 1997–2012. *Rehabil Nurs*. Author manuscript; available in PMC.
- Coughlan, M. e Cronin, P. (2017). Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care. 2ª ed., *SAGE*.
- Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S., & Haynes, B. (2010). *Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, p. 23-31.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Artroplastia Total da Anca. Norma nº 014/2013 de 23/09/2013.
- Donato, H. & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port*, Mar;32(3):227-235.
- Fan, J. C. H., Lo, C. K. M., Kwok, C. K. B., & Fung, K. Y. (2014). Nurse-led orthopaedic clinic in total joint replacement. *Hong Kong Medical Journal*, 20(6), 511–518. <https://doi.org/10.12809/hkmj134150>
- Fernandes, S. C. M. (2011). *O Ensino Pré-Operatório Na Pessoa Submetida A Artroplastia Total Da Anca*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

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

Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol. 12, Sup. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300014&script=sci_abstract&tlng=pt.

Garção, A. & Grilo, E. (2019). The importance of teaching and training activities in nursing care to patients undergoing hip arthroplasty. *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 127 – 140. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/>

Garção, A. I. B. (2019). Recuperação Global e Marcha Eficaz da Pessoa Idosa Submetida a Artroplastia da Anca. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora.

Gomes, N. L. (2014). *Capacidade funcional da pessoa após artroplastia total da anca: contributos de um programa de enfermagem de reabilitação na admissão, segundo dia pós-operatório e alta clínica*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/2144>

Gomes, J. M. P. A. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca. Atividade de vida diária e qualidade de vida*. 134. Retrieved from http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf

Higgins, J.P.T.; Thomas, J.; Chandler, J.; Cumpston, M.; Li, T.; Page, M.J. & Welch, V.A. (editors) (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0*. Cochrane. Disponível no URL: www.training.cochrane.org/handbook

Higgins, J. & Green (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.

Holzwarth, U. & Cologno, G. (2012). *Total Hip Arthroplasty State of the Art, Challenges and Prospects*. Institute for Health and Consumer Protection, Joint Research Centre, European Commission. Disponível em: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC72428/Ibna25378enn.pdf>

Hommel, A.; Magnéli, M.; Samuelsson, B.; Schildmeijer, K. Sjöstrand, D.; Göransson, K. E. & Unbeck, M. (2019). Exploring the incidence and nature of nursing-sensitive orthopaedic adverse events: A multicenter cohort study using Global Trigger Tool. *International Journal of Nursing Studies* 102, 103473. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748919302809?token=4BF1BF87EDAAFF6487E67205ED33245B55E73DDCA915A9C6B4FAD36849DB95A1B98407B99B67FFBDCD6ADD04B2DA9DE1>

Kimball, C. C., Nichols, C. I., Nunley, R. M., Vose, J. G., & Stambough, J. B. (2018). Skilled Nursing Facility Star Rating, Patient Outcomes, and Readmission Risk After Total Joint Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 33(10), 3130–3137. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.06.020>

Lasater, K. B., & Mchugh, M. D. (2016). Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement.

International Journal for Quality in Health Care, 28(2), 253–258.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw007>

Moher, D.; Shamseer, L.; Clarke, M.; Ghersi, D.; Liberati, A.; Petticrew, M. et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P). *Syst Rev*, 4:1.

Mori, C., Hageman, D., & Zimmerly, K. (2017). Nursing care of the patient undergoing an anterior approach to total hip arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 36(2), 124–130. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000326>.

National Association of Orthopaedic Nurses. (2018). Patient Education Manual: Total Hip Replacement. Disponível em https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_pt-PTPT812PT812&ei=jOaPXMcvBtiLjLsPm-mBmAs&q=patient+education+manual+total+hip+replacement+naon&oq=Patient+Education+Manual%3A+Total+Hip++Replacement+N&gs_l=psy-ab.1.0.33i22i29i30.158790.163738..166660...0.0..0.103.307.0j3.....0....2j1..gws-wiz.sjpHr9cKQ48#.

Oliveira, P. J. R. (2013). Avaliação das características individuais e clínicas como preditores do estado de saúde em indivíduos sujeitos a artroplastia total da anca. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia na área de especialização de Movimento Humano da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Conselho Internacional de Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Olsson, L. E., Hansson, E., & Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement-A controlled before and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0173-3>

Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Pereira, S. M. O. G. (2018). Pessoa submetida a artroplastia total da anca: Processo de preparação para a alta. Dissertação submetida para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20S%C3%A9rgio%20Pereira%20n%C2%BA%201159%20-%20207CMER%20p%C3%B3s-discuss%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20S%C3%A9rgio%20Pereira%20n%C2%BA%201159%20-%20207CMER%20p%C3%B3s-discuss%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20(1).pdf)

Pinto, V. M. P. (2016). Efeitos de um programa de reabilitação instituído a pessoas submetidas a artroplastia total da anca. Relatório de Estágio/Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13077/1/Vanda%20Pinto.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Reis, P. de O. (2016). *Fatores que influenciam a Capacidade Funcional em indivíduos submetidos a Artroplastia Total da Anca*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rory J Piper, R. J. (2013). *How to write a systematic literature review: a guide for medical students*. NSAMR, University of Edinburgh.

Shemey, M. B. A. El, Ebrahiem, O., Elsaay, A. E., & Shemey, M. A. El. (2015). Efficacy of Implementing Nursing Care Protocol on Total Hip Replacement Patient's Outcome in Orthopedic Department At Tanta University Hospital Impact of Implementing Nursing Care Protocol on Total Hipe Replacement Patient's Outcome. *Journal of Nursing and Health Science* Ver. III, 4(5), 2320–1940. <https://doi.org/10.9790/1959-0453118132>

Silva, D. G. F. C. M. da (2016). *Artroplastia total da anca no doente jovem: indicações e preocupações-revisão da literatura*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina. Clínica Universitária de Ortopedia - Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26555/1/DiogoCMSilva.pdf>

Silva, M. B. da, Abreu Almeida, M. de, Panato, B. P., Oliveira Siqueira, A. P. de, Silva, M. P. da, & Reischerfer, L. (2015). Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with Impaired Physical Mobility. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 51–58. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3526.2524>

- Soares, A. B., Silva, A. M., Silva, G. D. da, Siqueira, I. C. G. L. de, Pamponet, J., Cruz, M. P. da, ... Santos, M. Dos. (2013). A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós operatório. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 3(7), 11. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2177-157x.2013.3.7.11-18>
- Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. (2015). Informa, 12. Disponível em http://www.spot.pt/media/71214/SPOT_Informa_12_SEM_PUB.pdf
- Violante, A. P. & Cruz, A. G. (2016). Efetividade De Ensino Pré-Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca. *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*.
- Violante, A. P. da S. M. (2014). *Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Yang, L., Wang, X.-M., Zuo, X.-L., Gong, S.-Q., & Meng, F.-J. (2016). Systematic evaluation of the clinical nursing pathway with the GRADE approach applied to functional exercise in patients with hip replacements before and after surgery. *Chinese Nursing Research*, 3(4), 185–193. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.11.008>
- Yip, K. H. (2018). Nursing care for patients undergoing total hip arthroplasty. (January). *Care, Health, Arthritic Management Editorial*, n.º 12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329963420_Nursing_care_for_patients_undergoing_total_hip_arthroplasty

Zhang, C. & Xiao, J (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of International Medical Research*, 48(1) 1–13.

ANEXO I – Chek-List PRISMA

Seção/tópico	N.	Item do checklist	Relatado na página n.
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	i e ii
ABSTRACT			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	iii
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	8, 9 e 10
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	10, 11 e 12
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	34 e 35
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	35 e 36
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	37, 38 e 39
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	39, 40 e 41
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	42 e 43
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	42 e 43
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições ou simplificações realizadas.	42 e 43
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	44 e 45
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	Não aplicável
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	Não aplicável
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	Não aplicável
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	Não aplicável
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	46, 47 e 48

Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	49 a 53
Risco de viés entre os estudos	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	49 a 53
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	Não aplicável
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	Não aplicável
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	Não aplicável
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	Não aplicável
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	53 a 58
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, relato de viés).	60
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	59 a 61
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex. suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	Não aplicável

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na n.
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	
ABSTRACT			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatad
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições ou simplificações realizadas.	
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	
Risco de viés entre os estudos	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatório
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	n
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, relato de viés).	
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex. suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	

