

Relatório de Estágio/ Efeitos de Um Programa de Reabilitação no Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca – Revisão Scoping

José Pedro Pereira Ribeiro

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação**

Orientação Científica:
Professor Leonel Preto

Bragança, Julho de 2023



Ribeiro JPP. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. Efeitos de Um Programa de Reabilitação no Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca – revisão scoping
Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.
Bragança, 2023.

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio de algumas pessoas que não poderia deixar no esquecimento.

As pessoas importantes da minha vida, Rosa, Fernando, Marco e Catarina, sem o seu incentivo diário o caminho não teria sido seguramente percorrido.

Ao Professor Leonel Preto pelo incentivo e disponibilidade, permitindo desta forma que este trabalho fosse exequível.

A todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram o percurso mais fácil.

A todos o meu muito e sincero obrigado.

RESUMO

Introdução: Hoje em dia, 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). Desta forma, o planeamento de um programa de reabilitação deve proporcionar condição de funcionalidade e autonomia, aconselhamento sobre a relação repouso/atividade e reintegração do utente nas suas atividades de vida diária

Objetivo: Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca.

Métodos: Foi realizada uma revisão scoping, utilizando a base de dados Google Académico, sendo analisados artigos publicados nos últimos 3 anos e que permitissem responder à questão de investigação: Quais os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca? Após aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados 5 estudos para análise.

Resultados: Os programas de reabilitação dos estudos selecionados revelaram ganhos significativos no que respeita à força, amplitude articular, capacidade funcional, qualidade de vida, menor risco de queda e ainda menos dias de internamento dos doentes submetidos a artroplastia total da anca.

Conclusão: Após a realização da presente revisão scoping pode afirmar-se que a realização de um programa de reabilitação após a artroplastia total da anca traz ganhos em saúde para o doente. Dos estudos analisados conseguiu observar-se a efetividade de um plano de EEER, os ganhos na amplitude de movimento, qualidade de vida e capacidade funcional dos doentes submetidos a ATA.

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

ABSTRACT

Background: Nowadays, total hip arthroplasty is widely used, presenting itself as an effective procedure, with positive results in the quality of life of patients, increasing functional capacity, decreasing pain and improving coxofemoral function, in which post interventions -operative procedures are essential for the success of the surgical procedure, assuming the direct responsibility of the nursing team, particularly for the correct mobilization and education of the patient (Hommel *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2015). In this way, the planning of a rehabilitation program should provide a condition of functionality and autonomy, advice on the relationship between rest and activity and reintegration of the user in their daily activities.

Aim: To evaluate the effects of a rehabilitation program on a patient undergoing total hip arthroplasty.

Methods: A scoping review was carried out, using the Google Scholar database, analyzing articles published in the last 3 years and which allowed answering the research question: What are the effects of a rehabilitation program on patients undergoing total hip arthroplasty? After applying the inclusion criteria, 5 studies were selected for analysis.

Results: The rehabilitation programs in the selected studies revealed significant gains in terms of strength, range of motion, functional capacity, quality of life, lower risk of falls and even fewer days spent in hospital for patients undergoing total hip arthroplasty.

Conclusion: After carrying out this scoping review, it can be stated that carrying out a rehabilitation program after total hip arthroplasty brings health gains for the patient. From the analyzed studies, it was possible to observe the effectiveness of an EEER plan, the gains in range of motion, quality of life and functional capacity of patients undergoing TCA.

Keywords: Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Total Hip Arthroplasty

SIGLAS

ADM – Amplitude de Movimento Articular

AIJ – Artrite Idiopática Juvenil

AR – Artrite Reumatoide

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER – Equipa de Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

NACF – Necrose Avascular da Cabeça do Fémur

OA – Osteoartrose

PTA – Prótese Total da Anca

SPOT – Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliar

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

Índice

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	11
PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	27
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
1.1. Anatomia da anca.....	27
1.2. Prótese total da anca.....	31
1.3. Intervenção da enfermagem de reabilitação nos cuidados prestados a paciente após artroplastia total da anca.....	35
2. METODOLOGIA.....	40
2.1. Tipo de estudo.....	40
2.2. Questão de investigação.....	41
2.3. Procedimento de identificação das evidências científicas.....	42
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	44
3.1. Análise dos resultados.....	48
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
5. CONCLUSÃO.....	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Componentes da pergunta de pesquisa, segundo o anagrama PICO.	41
Tabela 2 - Estudo 1 – Fernandes, S., Vigia, C. & Sousa, L. (2020). Capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca: estudo de caso.	44
Tabela 3 - Estudo 2 – Martins, A (2022). Promoção do Autocuidado na Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	45
Tabela 4 - Estudo 3 – Nicolau, C. (2021). Preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca – capacitação para a transição segura.....	45
Tabela 5 - Estudo 4 – Dias, P., Ferreira, R. & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose.....	46
Tabela 6 - Estudo 5 – Pereira, S. (2021). A Intervenção da Equipa de Enfermagem de Reabilitação nos Utentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho/Anca.	47
Tabela 7 – resultados obtidos no primeiro estudo.....	49
Tabela 8 – Resultados obtidos no segundo estudo.	50
Tabela 9 – Resultados obtidos no quarto estudo.	51

INTRODUÇÃO

Investir na educação pós-graduada, aliada às habilidades clínicas e de pesquisa, possibilita ao enfermeiro adquirir a capacidade de estabelecer objetivos de estudo sensíveis à consideração, propondo abordagens de intervenção e aprimorando as habilidades de raciocínio clínico com base em evidências encontradas. Isso, por sua vez, permite o desenvolvimento de projetos para a prática clínica. A necessidade de realizar o estágio final surgiu com o intuito de capacitar os estudantes a desenvolverem as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como as competências de mestre (Bule et al., 2021).

A Enfermagem desempenha um papel crucial no aumento da expectativa de vida, especialmente na população idosa. Isso é evidente na substituição cirúrgica das articulações da anca, um procedimento cada vez mais comum em indivíduos com problemas ortopédicos. Essa intervenção não só contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida, mas também destaca a relação vital entre a atuação do Enfermeiro de Reabilitação e o processo de reabilitação pós-cirúrgica de uma artroplastia total da anca (Silva et al., 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), Portugal continuou a enfrentar o envelhecimento demográfico entre 2015 e 2020, com um aumento na proporção de idosos de 20,7% para 22,4% (pessoas com 65 anos ou mais). Isso resultou em uma alteração no índice de envelhecimento de 145,5 para 167 idosos a cada 100 jovens, devido ao aumento da longevidade, à redução da natalidade e aos saldos migratórios negativos. O envelhecimento é um processo inerente a todos os seres humanos, influenciado por diversos fatores fisiológicos, sociológicos e psicológicos. Essa fase da vida está associada a várias mudanças, incluindo a diminuição da capacidade funcional e a possível perda de autonomia e independência. Apesar de essas alterações poderem resultar em uma redução da qualidade de vida, é importante ressaltar que o envelhecimento não deve ser confundido com uma doença (Almeida et al., 2020).

Atualmente, a cirurgia de substituição total da anca, conhecida como artroplastia total da anca, é amplamente empregada como um procedimento altamente eficaz, que proporciona resultados positivos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Esta intervenção cirúrgica contribui para o aumento da capacidade funcional dos pacientes, reduzindo a dor e aprimorando a função da articulação coxofemoral. Importa ressaltar

que o sucesso desse procedimento cirúrgico depende em grande medida das ações realizadas no pós-operatório, sendo a equipa de enfermagem responsável direta por essa fase crítica. Especificamente, a mobilização adequada e a educação do paciente são aspectos fundamentais, como destacado em estudos anteriores (Hommel et al., 2019; Silva et al., 2015). Conforme mencionado por Yang et al. (2016), a artroplastia de substituição da anca refere-se a uma intervenção que envolve o implante de uma prótese caracterizada por sua excelente biocompatibilidade e propriedades mecânicas. O propósito dessa abordagem é substituir articulações prejudicadas devido a doenças ou lesões. Essa técnica tem-se tornado cada vez mais prevalente no tratamento de condições e lesões na anca, devido à sua eficácia na redução da dor articular e na restauração da capacidade funcional. Isso é particularmente evidente em casos de fraturas do colo do fémur, necrose do fémur, artrite e tumores ósseos.

Os doentes submetidos a prótese total da anca (PTA) podem experienciar, durante vários anos, diminuição da força muscular, da sua funcionalidade, dos níveis de atividade e, por consequente, da sua qualidade de vida (Foss et al., 2020).

No entanto, e tendo em conta que cada pessoa enquanto ser individual, o processo de recuperação é variado, existem respostas diferentes para a mesma situação, pelo que os fatores individuais devem ser levados em conta uma vez que têm influência direta no processo de recuperação, nomeadamente a idade, o sexo, a capacidade física e o estado psicológico.

Desta forma, o planeamento de um programa de reabilitação deve ter em consideração estes fatores, tendo como objetivo a diminuição da dor, o fortalecimento muscular, a melhoria da coordenação, a minimização de deformidades e sequelas, proporcionar condição de funcionalidade e autonomia, aconselhamento sobre a relação repouso/atividade e reintegração do utente nas suas atividades de vida diária (Greve et al., 1992; Thomson, Skinner & Piercy, 1994; cit. por Borges, 2015).

Então, com a elaboração deste trabalho pretende-se avaliar os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca.

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Em todos estágios integrados no cronograma de ensinios clínicos do curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação foi comum uma fase inicial de adaptação ao contexto de estágio, com vista à integração na equipa enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Inicialmente, considerei relevante conhecer as características e dinâmica organizacional de cada serviço, bem como familiarizar-me com os recursos materiais disponíveis, especificamente na área da reabilitação e a equipa multidisciplinar. Esta forma de abordagem permitiu-me interagir com todos os profissionais de saúde com o objetivo de desenvolver um trabalho em equipa apontando a melhoria dos cuidados de reabilitação prestados.

Para poder intervir como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi imprescindível identificar a tipologia de utentes presentes nos diferentes serviços, as suas características e patologias associadas, de forma a poder delinear os objetivos de estágios e planos de enfermagem de reabilitação.

Foi importante ter como guia orientador o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ambos publicados em Diário da República.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019 da OE (2019), publicado em Diário da República, II série – nº26, de 6 de fevereiro de 2019, o “(...) *enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.*”

O mesmo Regulamento, define as competências comuns como, “(...) *as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;*”.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são constituídas por quatro domínios:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal:

O Enfermeiro Especialista evidencia uma atuação segura, profissional e ética, empregando habilidades éticas e deontológicas na tomada de decisões. A sua prática é pautada pelo respeito aos direitos humanos, envolvendo a análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, além de gerenciar habilmente situações que possam representar desafios potenciais para os clientes.

b) Melhoria contínua da qualidade:

O Enfermeiro Especialista contribui para o desenvolvimento e execução de projetos institucionais relacionados à qualidade. Ele reconhece que a aprimoração da qualidade implica na avaliação das práticas, podendo resultar na revisão e implementação de programas de melhoria contínua, baseando-se nos resultados obtidos. Para assegurar a eficácia terapêutica e prevenir incidentes, o enfermeiro adota uma abordagem proactiva, fomentando a participação apropriada para o bem-estar e gerenciando o risco, com foco na gestão de um ambiente centrado na pessoa.

c) Gestão dos cuidados:

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

O Enfermeiro Especialista demonstra uma notável capacidade de autoconhecimento, reconhecendo sua posição central na prática de enfermagem e compreendendo como isso influencia a construção de relações terapêuticas e interações multiprofissionais. Destaca a importância da consciência de si mesmo e das relações com os outros em diversos contextos, incluindo os âmbitos singular, profissional e organizacional. Fundamenta suas decisões e intervenções em conhecimentos válidos, atualizados e relevantes, desempenhando o papel de facilitador no processo de aprendizagem e sendo um agente ativo no campo da investigação.

As competências específicas do EEER estão reguladas em documento próprio, o Regulamento das Competências Específicas do EEER. Neste contexto, para atingir este nível de competências específicas, a maioria das atividades realizadas durante o estágio

raramente se limitam a uma única competência. Portanto, as intervenções de enfermagem de reabilitação que desenvolvi durante o estágio abrangem o cuidar, o capacitar e o promover a participação da pessoa. A análise das competências específicas de enfermagem de reabilitação será feita tendo por base as unidades de competência que serão respondidas e concretizadas por atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos. A elaboração dos objetivos de estágio no início de cada ensino clínico constitui um guia orientador para conduzir a minha intervenção e reflexão ao longo do mesmo.

As competências específicas do EEER são as seguintes:

1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, com as seguintes unidades curriculares:

1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade;

1.2. Concebe e organiza 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;

1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade;

1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas; - REGISTOS

Durante os estágios, possuí diversas oportunidades de aprendizagem nas quais pude avaliar a funcionalidade da pessoa à qual prestávamos cuidados, diagnosticando alterações que demonstrassem limitações e incapacidades.

A avaliação inicial constitui-se como a primeira etapa do processo de enfermagem, podendo ser considerada como os alicerces sobre os quais será construído o programa de reabilitação. Esta avaliação foi mediada utilizando vários recursos: a recolha de informação dos processos clínicos; a colheita de dados com a família; o recurso a escalas e instrumentos orientadores; mas também por outros indicadores que observei essenciais na visão global da pessoa.

No ensino-clínico realizado no serviço de Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocríticos (UCIN) no Hospital de Braga tive a oportunidade de utilizar várias escalas,

tais como, escala de avaliação do estado de consciência - Escala de Coma de Glasgow, escala de avaliação da força muscular – Medical Research Council, escala de avaliação do tónus muscular – Escala de Ashworth, entre outras. Consegui executar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado e de seguida tive a oportunidade de efetuar corretamente as técnicas específicas de enfermagem no âmbito da reabilitação em função de cada situação clínica, de forma segura e com rigor técnico e científico, sempre com a orientação da enfermeira orientadora. Consequentemente, apercebi-me que a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação num contexto tão distinto, exige do enfermeiro um conhecimento altamente atualizado, diferenciado e muito sólido sobre os cuidados a prestar. Com o decorrer do estágio fui adquirindo conhecimentos e a capacidade de adaptação a esta nova realidade, demonstrando autonomia para a prestação de cuidados especializados.

Na UCIN tive a oportunidade de aplicar o Teste de GUSS para uma avaliação criteriosa da deglutição, com o intuito de compreender a existência ou não de alterações da deglutição. Após essa avaliação em conjunto com a enfermeira orientadora ajustávamos a dieta às suas necessidades e traçávamos um plano terapêutico de reabilitação, com um conjunto de intervenções específicas, de modo à pessoa apresentar uma melhoria significativa da funcionalidade na deglutição. O momento da refeição era importante para o utente e era também aí que estimulávamos o doente na sua autonomia na autocuidado - alimentação.

Na pessoa em situação crítica, a imobilidade é uma necessidade que deve ser respeitada, pois a pessoa em fase aguda apresenta um elevado grau de dependência. Neste sentido, a imobilização conduz a uma redução da atividade muscular com diminuição da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético.

Durante este estágio foi fulcral a realização de programas de reeducação funcional motora o mais precocemente possível, adaptados a cada pessoa, em que é primordial avaliar o estado da função motora, nomeadamente o movimento e tónus muscular, mobilidade das articulações e postura, objetivando a prevenção das alterações osteoarticulares e neuromusculares e a diminuição da dor articular provocada pela imobilidade.

Em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), quando é admitido um utente, é efetuada uma visita domiciliária nas primeiras 24-48 horas em que é efetuada a avaliação inicial e identificação das necessidades do utente. Posteriormente elaborado

e assinado um plano individual de intervenção de enfermagem de reabilitação juntamente com o utente e o cuidador com os objetivos, as estratégias e as intervenções. É entregue um guia de acolhimento, neste caso à unidade cuidados a comunidade (UCC) – Ponte da Barca, um folheto com a carta de direitos e deveres do utente.

Em relação ao serviço Unidade de Hospitalização Domiciliária/ Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UHD/UMAD), a visita domiciliária é com tempo limitado para cada utente e é composta por enfermeiro de reabilitação e médico no caso UHD. É muito difícil perceber qual o nosso momento de atuação e de que forma podemos abordar o utente. Mesmo antes da saída para as visitas domiciliárias, tinha de fazer uma pesquisa acerca da informação clínica do utente. À chegada ao domicílio, é importante demonstrar empatia com o utente para que desta forma consigamos a sua motivação para a nossa intervenção de enfermagem de reabilitação. A avaliação do utente é feita de imediato e é muito importante ter a capacidade de implementar um plano de reabilitação no momento para as necessidades do utente.

Este serviço trouxe-me utentes com várias patologias e tive a possibilidade de desenvolver um estudo de caso sobre a síndrome de desuso. Para a concretização deste estudo foi necessário avaliar a capacidade funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diária (AVD), com recurso a escalas e instrumentos de medida, tais como, Índice de Barthel, Escala de Percepção de Esforço de Borg, Escala de Berg, escala Medical Research Council, Short Physical Performance Battery, Minnesota Living with Hearth Failure Questionnaire, entre outras. Após a avaliação segundo as escalas, foram identificadas as necessidades da pessoa, implementado um plano de enfermagem de reabilitação, o qual iria sendo modificado consoante a tolerância do utente.

Nesse sentido, em ambas as situações de estágio, a compreensão da dinâmica familiar desempenhou um papel crucial. Isso frequentemente possibilitou-nos entender a motivação do principal cuidador, as suas dificuldades e outros aspetos que poderíamos incorporar no plano de cuidados. Isso deve-se ao fato de que o envolvimento da família é igualmente uma área de atuação na qual intervimos.

Quando alguém passa de um estado de saúde para um estado de doença, ocorre um processo de adaptação e mudança contínua. Isso pode resultar, em algumas situações, em limitações e necessidade de apoio, especialmente no que diz respeito aos cuidados pessoais. Nesse contexto, a intervenção e os cuidados proporcionados pelo enfermeiro de reabilitação desempenham um papel crucial, ajudando a pessoa a adquirir as habilidades

necessárias para se tornar mais independente no autocuidado. Isto, por sua vez, contribui para uma transição bem-sucedida e segura da saúde para a doença, tornando a nova situação mais bem-sucedida para a pessoa que enfrenta dependências. Esta abordagem está alinhada com a Teoria das Transições de Meleis, que fundamenta esse raciocínio.

No final de cada turno, tive a oportunidade de realizar os registros de enfermagem nas várias plataformas utilizadas nos serviços. É amplamente reconhecido que os registros fornecem evidência da necessidade do enfermeiro de reabilitação. É importante usar linguagem clara na descrição da evolução do utente.

Na ECCI, no momento da admissão, era feita uma nota descritiva de avaliação do utente na qual eram definidos os objetivos e o respetivo plano de intervenção de enfermagem de reabilitação. No contexto hospitalar, os registros eram descritivos do que se tinha feito e não do que se planeava fazer, pelo que nem sempre estava claro nos registros, os objetivos e o plano de intervenção definido para a pessoa.

2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:

2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social;

No estágio em contexto comunitário, observei que muitos dos pacientes foram encaminhados devido a um agravamento da dependência após um longo período de internamento hospitalar, e tinham um grau de funcionalidade superior ao atual. No entanto, devido a várias complicações durante o internamento, adquiriram limitações significativas com redução das suas capacidades quando regressaram ao domicílio. A verdade é que estas limitações são adquiridas como sequelas do próprio processo patológico e na grande maioria dos casos, pode ser agravado pelo desuso, falta de estímulo ou pela constante substituição nas atividades, traduzindo na perda de capacidades prévias.

No âmbito do processo de reabilitação, a capacidade para andar é fundamental, representando para a pessoa, a esperança de não ficar dependente de outro. Nesse sentido, o investimento do EEER centra-se na capacitação da pessoa para usar técnicas de

adaptação de forma a andar com o máximo de segurança possível e com o menor gasto de energia.

Realizei treinos de marcha de forma assistida pelo lado afetado em doentes com patologia neurológica, durante curtos períodos e várias vezes ao dia. Aquando do treino de marcha, pude observar o comportamento dos membros inferiores, como a pessoa mantém a postura e como ocorre o balanço dos membros superiores, despistando simultaneamente alterações como o alargamento da base de apoio, a irregularidade dos passos e os desvios, no sentido de garantir uma maior eficiência e segurança.

O envolvimento da família no processo de reabilitação é um aspeto fulcral. No meu percurso, tive a oportunidade de estar com os cuidadores/ família dos utentes, realizando ensinamentos e esclarecendo as suas dúvidas, demonstrando a importância da sua presença e o seu contributo para o sucesso do tratamento.

No contexto hospitalar, a preparação para a alta e promoção do envolvimento da família, passou essencialmente por promover a participação da pessoa de referência nos cuidados de higiene, nos posicionamentos e transferências e no apoio no momento da alimentação. No serviço de neurocirurgia a família desempenha um papel importante na recuperação do utente. O prestador de cuidados é integrado na equipa de reabilitação desde o momento da admissão, acompanhando o utente no cumprimento de exercícios de reabilitação, no treino de AVD's e no planeamento e preparação do momento da alta. É realizada uma reunião com o utente e o cuidador onde é entregue um panfleto com orientações para o domicílio, como por exemplo, os cuidados a ter com défices neurológicos que o utente apresente bem como dos posicionamentos no leito e transferência entre a cama e cadeirão.

O enfermeiro de reabilitação para além da reabilitação do utente tem um importante papel no que respeita aos ensinamentos e à capacitação do utente e cuidador. Nesse sentido, procurei sempre intervir na educação dos utentes, no sentido de proporcionar informação, conhecimento, promover a autonomia, reduzir a ansiedade, incentivar e estimular o utente a participar no processo de reabilitação de modo a minimizar o aparecimento de possíveis complicações, incentivando-os a realizar os exercícios. Também incidi sobre os ensinamentos ao cuidador sobre: os autocuidados, treinos de marcha e adaptação/gestão do ambiente físico.

Na minha perspectiva a presença do EEER num serviço como a neurocirurgia é fundamental, uma vez que a sua intervenção minimiza complicações futuras, prestando cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de a pessoa adquirir o máximo de autonomia para ultrapassar as barreiras existentes com vista à melhoria da sua independência funcional, preservando as capacidades existentes, prevenindo limitações futuras e, posteriormente, a melhoria da qualidade de vida.

O ambiente físico pode exercer influência positiva ou negativa na participação e execução de diversas atividades, incluindo aquelas relacionadas ao autocuidado, lazer ou exercício físico. Conforme observado por Clarke e Nieuwenhuijsen (2009), a presença de um ambiente favorável e livre de obstáculos desempenha um papel crucial, especialmente para pessoas idosas, que são mais propensas a enfrentar desafios relacionados à incapacidade e problemas de saúde que podem impactar sua funcionalidade.

Durante o estágio na ECCI – Ponte da Barca, realizei a admissão de utentes e é feita uma visita domiciliária nas primeiras 24-48 horas, como referido anteriormente. É neste momento que efetuamos uma avaliação do contexto domiciliário de forma a minimizar as barreiras arquitetónicas. Assim, durante a nossa prestação de cuidados identifiquei e minimizei barreiras arquitetónicas junto com a equipa, como por exemplo, com remoção de tapetes, instalação de barras de apoio na WC, disposição dos móveis de forma que não impeçam uma circulação segura.

O treino de atividades de vida diária (AVD) desempenha um papel crucial na melhoria da funcionalidade dos pacientes e no aumento de sua independência e qualidade de vida. Com base nas razões pelas quais as pessoas requerem assistência, Orem (2001) identificou cinco abordagens de auxílio, que incluem: executar as tarefas no lugar da pessoa; orientar e dar instruções; oferecer suporte tanto físico quanto emocional; criar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento pessoal; e educar a pessoa para que possa aprender a realizar as atividades por si mesma. Assim, desenvolvi a capacidade de maximizar a funcionalidade do utente dando-lhe estratégias no autocuidado de higiene pessoal, autocuidado vestir e autocuidado alimentar, para que consigam alcançar os seus objetivos do dia-a-dia e o máximo de autonomia. Neste sentido, procurei nortear a minha ação de acordo com três eixos de referência – primeiro, tendo em consideração os hábitos pessoais do utente; segundo, incluir no planeamento as estratégias facilitadoras definidas (EEER) e terceiro, dar atenção e estimular o grau de participação, com o objetivo de

retornar o mais possível ao primeiro eixo, isto é, ao que era habitual para a pessoa, tendo em conta o seu potencial.

Em relação ao Autocuidado Alimentação, tive oportunidade de realizar a avaliação da deglutição recorrendo à utilização do Teste de GUSS e de seguida implementar medidas no treino da deglutição, com manobras acessórias e posicionamentos da cabeça e pescoço. No doente neurológico com presença de parésia facial central, realizei exercícios músculo-faciais. A colaboração com a dietista foi também uma estratégia fundamental, na sua adequação, tendo em atenção as consistências dos alimentos, e as preferências da própria pessoa por determinados sabores.

No treino do Autocuidado Higiene e Vestir, assim que possível a pessoa deverá deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene. Tive oportunidade de promover a participação da pessoa na sua higiene, explicando alguns cuidados a ter para garantir a segurança e estratégias na orientação e disposição da roupa, bem como, orientações sobre material para adaptar o vestuário e calçado e torná-lo mais fácil de vestir/calçar e despir/descalçar, como velcro ou elásticos. Para realizar esse treino de forma eficaz, é recomendado utilizar uma estrutura de suporte na casa de banho, como uma base de chuveiro, e fazer uso de diversos dispositivos auxiliares, tais como barras de apoio instaladas próximas do chuveiro, sanita e pia, além de cadeiras para banho ou assentos para banheira, cadeiras sanitárias, esponjas com cabos longos e superfícies antiderrapantes (conforme observado em Menoita et al., 2012). Durante o treino, é importante encorajar a pessoa a executar esses cuidados pessoais considerando as suas habilidades individuais, visando atingir o maior nível possível de independência e funcionalidade.

As incapacidades temporárias e/ou permanentes (motoras, sensoriais e cognitivas) apresentadas pelos utentes, que muitas vezes têm como pensamento “não vou sair do quarto porque tenho uma limitação”, podem levar a uma diminuição das interações sociais, podendo conduzir com frequência ao isolamento social. É necessário que o enfermeiro de reabilitação desmistifique esta ideia e dê aos utentes estratégias e autoconfiança para que consiga manter a sua vida social.

Assim, procurei sempre intervir na educação dos utentes e dos seus cuidadores, no sentido de proporcionar informação, conhecimento, promover a autonomia, reduzir a ansiedade, incentivar e estimular o utente a participar no processo de reabilitação de modo a

minimizar o aparecimento de possíveis complicações. Tive a oportunidade de ensinar, instruir e treinar os utentes/cuidadores sobre estratégias para a continuidade de cuidados, incentivando-os a realizar os exercícios no domicílio.

Ainda tive a possibilidade de identificar e otimizar barreiras arquitetónicas no domicílio, como por exemplo, aconselhar a colocação de rampa ou corrimão nas escadas de acesso a casa, dispor os móveis encostados e remover tapetes de forma a facilitar a deambulação com auxiliar de marcha.

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:

3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório

3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos.

Na comunidade, apercebi-me que a atuação como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, neste caso no serviço UHD/UMAD e ECCI, passava muito por ensinar/instruir e corrigir técnicas, como por exemplo, a terapêutica inalatória, utilização do inspirómetro de incentivo, técnicas de controlo de energia para o seu dia-a-dia ou planos de reabilitação consoante as necessidades do utente e muitas vezes, apenas conseguia ver uma repetição de cada exercício, não conseguindo cumprir todo o plano de reabilitação com o utente. Neste sentido, é fundamental que o utente e família/cuidador estejam motivados de forma a dar continuidade ao plano de reabilitação instituído na ausência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

É de extrema importância a criatividade do enfermeiro de reabilitação na sua prática diária e a necessidade constante de adaptação do plano de reabilitação. Com a ajuda da enfermeiro orientador tentei desenvolver esta aptidão, como por exemplo, utilizamos a bengala para substituir o bastão na mobilização da articulação do ombro (extensão, flexão, abdução e adução), foi também utilizado um pano da cozinha pousado na mesa para execução dos mesmos movimentos; uma garrafa servia tanto de peso (introduzir resistência nas mobilizações), como podia ser utilizada em conjunto com uma palhinha,

como espirómetro de incentivo e um móvel de sala ou cadeira serviam como barra de apoio nos exercícios de treino de equilíbrio.

No decorrer dos estágios procurei sempre planejar as atividades a desenvolver, segundo o processo de enfermagem, agindo com uma visão holística, e estabelecendo prioridades, de modo que fosse proporcionada ao utente e respetiva família/cuidador a melhor abordagem possível.

No âmbito da reabilitação funcional motora tive a oportunidade de realizar diferentes técnicas, realizar todos os tipos de mobilizações, as ativas, ativas-assistidas e passivas, em todos os segmentos corporais, nas estruturas articulares de proximal para distal. A mobilização passiva, ativa-assistida, ativa e resistida são estratégias utilizadas pelo EEER para evitar o défice funcional dos utentes.

A mobilização passiva é recomendada em situações em que o paciente não consegue movimentar ativamente uma parte ou várias partes do corpo, como durante o repouso no leito, em estado de coma, paralisia, entre outros. Nessas circunstâncias, é o enfermeiro quem realiza todo o movimento, conforme destacado por Menoita (2012).

Já a mobilização ativa-assistida é empregada quando o paciente necessita de ajuda para completar um movimento. Isso significa que o paciente consegue iniciar o movimento, mas requer assistência para atingir a amplitude máxima. Esse tipo de mobilização é apropriado em casos de fraqueza muscular, conforme mencionado por Menoita (2012).

A mobilização ativa refere-se ao movimento realizado pelo paciente sem restrição da amplitude, envolvendo a contração ativa dos músculos na parte do corpo a ser movimentada, conforme explicado por Menoita (2012).

Por último, a mobilização ativa-resistida pressupõem a aplicação de uma resistência externa sobre o movimento ativo do indivíduo, visando manter a integridade das estruturas articulares, a amplitude dos movimentos, a conservação da flexibilidade e a prevenção aderências e contraturas (Menoita, 2012)

A UCC de São José de Medelo apresentou-me um leque de utentes e patologias associadas, com problemas e/ou deficiência de causa ortopédica e/ou traumatológica, com problemas e/ou deficiências respiratórias, cardíacas e cardiorrespiratórias, com problemas

e/ou deficiências de causa neurológica, todos eles com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Esta UCC possui um ginásio com a presença diária dos fisioterapeutas, onde o utente tem a possibilidade de realizar treinos de marcha com auxiliar de marcha adequado, treino aeróbio com cicloergómetro e passadeira, treino de equilíbrio com percurso com barras laterais e com possibilidade de colocar obstáculos ou escadas e verticalização em plano inclinado, treino de força muscular com auxílio de halteres/pesos e aplicação de frio/quente bem como massagem de relaxamento corporal. Este espaço pode ser também utilizado pela equipa de enfermagem de reabilitação, onde consegui estar com utentes e realizar todos os tipos de treino acima mencionados.

O treino de marcha foi também uma componente desenvolvida em vários campos de estágio, sob apoio unilateral/bilateral ou com auxiliares de marcha – andariño, bengala, canadiana. No caso de um doente ortopédico, é importante treinar a marcha com auxiliar de marcha antes da cirurgia, com o objetivo do momento pós cirúrgicos ser facilitado. É fulcral a consciencialização dos momentos da marcha aquando por exemplo da colocação de uma prótese da anca, onde inicia a marcha com andariño- perna operada- perna boa. Vários aspetos eram tidos em conta no treino de marcha, nomeadamente o ultrapassar obstáculos ou contorná-los para fazer mudanças de direção e o subir e descer escadas. A escolha do auxiliar de marcha depende das características físicas e da capacidade de aprendizagem do utente.

No serviço de neurocirurgia treinei a pessoa para a realização de auto-mobilizações, ponte, oscilação pélvica, rolar ativo, passivo e assistido para o lado afetado e lado menos afetado e a facilitação cruzada, com o objetivo de inibir essencialmente a instalação do padrão espástico. Foi também realizado a técnica de levante e transferência, na pessoa com hemiplégia ou hemiparesia e a técnica de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, muitas vezes condicionadas já por algum grau de limitação – quer do foro articular ou por espasticidade já instalada. Depois, à medida que os exercícios já eram maioritariamente ativos, pudemos também desenvolver estratégias para aumentar a força muscular, pela introdução de resistências nas mobilizações.

No seguimento da prevenção da espasticidade utilizei as talas de Margareth Johnstone com o objetivo de diminuir a atividade muscular indesejável através da manutenção do

alinhamento corporal, fortalecer grupos musculares e promover a estimulação proprioceptiva. Aquando da minha prática, colocava as talas de Margareth Johnstone cerca de 30min e de seguida realizava mobilizações articulares em todos os segmentos corporais e por fim, posicionava o doente em padrão anti-espástico com o correto alinhamento corporal, garantindo o conforto e alívio de pressão.

A Reabilitação Respiratória traduz-se num programa de tratamento dirigido ao doente com disfunção respiratória, individualmente adaptado para otimizar a sua capacidade física e a sua autonomia, com objetivo preventivo, curativo e/ou reparador. O objetivo central é alcançar o nível máximo de capacidade funcional, melhorando a eficácia da respiração e otimizando a função do coração e pulmões, utilizando várias abordagens terapêuticas. A intenção é, portanto, elevar a independência e autoestima do paciente, incentivando sua participação ativa, minimizando sintomas e reduzindo a ocorrência de crises, com o benefício adicional de diminuir os custos de cuidados de saúde e os encargos sociais associados, como enfatizado por Branco (2012).

No decorrer do período de estágio houve uma diversidade de patologias, em todos os utentes mesmo que a sua patologia de base não era do foro respiratório pude realizar reabilitação funcional respiratória (RFR). Durante o período de estágio, no serviço de Cinesioterapia Respiratória no Hospital de Braga, houve uma diversidade de patologias, tais como, pneumonia, derrame pleural, bronquiectasias, bronquiolites, doença do neurónio motor, síndrome de sobreposição Asma- Doença pulmonar, fibrose quística, síndrome de prader-wille, síndrome de werdnig – Hoffmann, síndrome de Rett, entre outros. Em todos estes utentes pude realizar RFR sendo esta é “uma terapêutica baseada no movimento que atua nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação eterna e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios”. (Cordeiro & Menoita, 2014)

O início precoce de sessões da RFR é primordial para a prevenção das complicações respiratórias e otimização da função pulmonar.

Aquando da prestação de cuidados especializados tive de priorizar os utentes consoante as suas necessidades no momento da minha avaliação, pois muitos deles necessitavam primeiro de cuidados de RFR associado a drenagem de secreções e exercícios de aumento da expansibilidade torácica e posteriormente de reeducação funcional motora.

A RFR tem como principal objetivo a melhoria do processo ventilatória, recorrendo a técnicas que diminuam a hipoventilação, melhorar a capacidade pulmonar, aumentar compliance pulmonar, melhorar o desempenho dos músculos inspiratórios e reduzir o trabalho respiratório da pessoa com patologia respiratória. O início precoce de sessões da RFR é primordial para a prevenção das complicações respiratórias e otimizar a função pulmonar. A consciencialização da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios são os primeiros aspetos a atender numa sessão de Reeducação Funcional Respiratória. Consiste num exercício respiratório que visa a tomada de consciência da respiração, o controlo da mesma (frequência, amplitude e ritmo respiratório) e a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios. No entanto em utentes com faixa etária baixa, com bebés com idade inferior a 1 ano, torna-se difícil a colaboração e por vezes impossível, nestas situações desenvolvi a capacidade de adaptar estas técnicas em sintonia com o utente. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

As atividades desenvolvidas no departamento de cinesiterapia respiratória para além de muito centradas na área dos exercícios respiratórios nomeadamente reeducação funcional respiratória, exercícios para aumento da expansibilidade torácica e drenagem de secreções, era também muito focado nos ensinamentos para o domicílio, como a estimulação da tosse, aspiração de secreções e utilização do Cough Assist (Tosse Assistida).

Em relação as patologias associadas à ventilação dividem-se em dois grandes grupos: as patologias do tipo obstrutivo e as patologias do tipo restritivo. As doenças respiratórias obstrutivas (DPOC ou a Asma) caracterizam-se pela obstrução da via aérea. Existe um aumento da resistência da via aérea devido à diminuição do seu diâmetro causado por inflamação crónica, o que traduz uma dificuldade na expiração, dispneia e aumento do volume residual. Neste tipo de patologias dá-se ênfase à fase expiratória do ciclo respiratório. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Nas pessoas com síndrome obstrutivo, a reeducação funcional respiratória com ênfase na expiração contempla a reeducação do diafragma posterior, grade costal inferior bilateral, hemicúpulas direita e esquerda, exercícios de abertura da grade costal com bastão, se a pessoa colaborasse ou realizava exercício de mobilização passiva articular de flexão/extensão do ombro assim como abertura da grade costal, mobilização articular adução /abdução do ombro. (Couto, Silva, Maria João, & Gomes, 2021)

As doenças respiratórias restritivas (derrame pleural, pneumotórax, fibrose pulmonar, atelectasias, doenças neuromusculares) caracterizam-se pela diminuição da capacidade de expansão pulmonar, ou seja, compliance pulmonar e da caixa torácica, traduzindo-se em capacidade total diminuída, com disfunção dos músculos respiratórios. Esta patologia gera padrões respiratórios ineficazes, com aumento da frequência respiratória, diminuição do volume corrente, hipoventilação e conseqüentemente insuficiência respiratória. O objetivo da RFR consiste em corrigir as causas desses defeitos ventilatórios e dar ênfase à fase inspiratória. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Os doentes com síndrome restritivo, realizam reeducação com ênfase na inspiração do diafragma posterior, grade costal inferior lateral com ou sem bloqueio, abertura da grade costal inferior e anterior em semi-dorsal e grade costal inferior posterior em semi-ventral, reeducação do diafragma anterior e hemicúpula direita, e abertura da grade costal bastão se colaborasse ou realizava exercício de mobilização passiva articular de flexão extensão do ombro. (Couto, Silva, Maria João, & Gomes, 2021)

Ao longo dos estágios tive a oportunidade de ter utentes com diferentes patologias, conseguindo pôr em prática várias vezes todas as técnicas de RFR, são elas: reeducação diafragmática (porção posterior e porção anterior), reeducação das hemicúpulas do diafragma, reeducação costal inferior bilateral com ou sem recurso de dispositivo (por exemplo, uma faixa), reeducação costal global com recurso ao bastão e reeducação costal superior. A nível costal podemos ter reeducação costal unilateral com abertura costal com adução do membro superior, reeducação costal unilateral com pressão lateral, com pressão ântero-posterior, com pressão anterior e com pressão posterior. Em todas as técnicas o utente tem de estar em posição confortável com o apoio dos membros nas almofadas, dependendo do decúbito, com alinhamento corporal de forma a otimizar ventilação. Também fui instruída para a colocação correta das mãos e os pontos de pressão a exercer.

Uma das técnicas mais utilizada para a limpeza das vias aéreas foi a drenagem postural como o próprio nome indica, é uma drenagem através da gravidade para a mobilização de secreções brônquicas e visa aproveitar os diferentes decúbitos da pessoa. Existem 11 posições de drenagem postural e cada uma está associada a um segmento pulmonar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Paralelamente a esta técnica e com o objetivo de complementar uma eficaz drenagem brônquica realizei outras, como a vibração, compressão e percussão. No início do estágio senti grande dificuldade em realizar a vibração, contudo ao longo do tempo consegui melhorar, sentindo-me cada vez mais capaz de realizar esta técnica de reeducação respiratória, técnicas de conservação de energia e correção postural.

Muitos dos utentes por efetuarem várias sessões de cinesioterapia respiratória já tem conhecimento sobre muitas das técnicas da reabilitação respiratória, muitos já executam uma respiração abdomino-diafragmática sem qualquer problema e já conhecem bem as suas limitações físicas, outros apresentam mais dificuldades e necessitaram mais a minha atenção.

A continuidade diária ou quase diária dos tratamentos de alguns utentes e cuidadores permitiu criar maior empatia com os mesmos, estabelecendo uma boa relação terapêutica o que facilitava o sucesso das intervenções.

No serviço UHD/UMAD, um problema de saúde comum entre os pacientes era a DPOC. Ao desenvolver programas de exercícios para pessoas com essa condição, vários indicadores são levados em consideração. Por exemplo, a capacidade máxima de trabalho é determinante para definir a intensidade do treino, juntamente com a frequência cardíaca durante o consumo máximo de oxigênio e avaliações subjetivas da pessoa. Eu realizei sessões de treino aeróbico com níveis de intensidade variáveis, intercalados com períodos de descanso. Essas atividades ocorriam em um percurso para caminhadas. Durante esses treinos, pude perceber a importância de ajustar gradualmente a intensidade e duração dos exercícios de acordo com a tolerância do paciente, educando-os sobre os sinais de alerta. Esse enfoque é essencial para controlar a sensação de falta de ar e manter a motivação.

Ao monitorar cada sessão, ficou claro o valor de começar com exercícios de aquecimento e finalizar com alongamentos para reduzir o risco de lesões, aliviar a fadiga muscular, melhorar a postura e promover o relaxamento.

Por fim, durante o treino de exercício compreendi e ensinei/instruí para a prática de uma respiração coordenada com o objetivo de tolerar o esforço e reduzir a fadiga, explicando a sua importância para a realização desta técnica nas tarefas do dia-a-dia. É essencial expirar no esforço e inspirar no período de repouso durante a realização dos exercícios de treino, de forma a conservar energia.

PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Anatomia da anca

A articulação da anca conecta o osso da coxa (fêmur) à bacia (pélvis). Essa união é realizada pela cabeça do fêmur, que se encaixa em uma cavidade chamada acetábulo. A superfície da cabeça do fêmur e o interior do acetábulo são revestidos por cartilagem articular, um tecido duro e liso que permite que essas superfícies deslizem suavemente uma sobre a outra. (Mourard, 2010).

A articulação da anca é uma articulação do tipo ball-and-socket, composta pela cabeça do fêmur, que é uma esfera coberta por cartilagem articular, e o acetábulo. A cabeça do fêmur tem uma densa trama de osso esponjoso que ajuda na absorção e distribuição das cargas para o osso cortical denso do colo do fêmur e da porção proximal do fêmur. O tamanho da cabeça do fêmur está diretamente relacionado à massa óssea, variando de cerca de 40 a 60 milímetros de diâmetro. A cartilagem articular que reveste a cabeça do fêmur tem, em média, cerca de 4 milímetros de espessura na parte superior e 3 milímetros na periferia. (Phipps et al., 2011)

O fêmur é o osso longo que compõe a estrutura da coxa. Sua diáfise apresenta três faces e três bordas, sendo que a face posterior possui uma crista proeminente chamada de linha áspera. A parte superior do fêmur é a cabeça do fêmur, que se encaixa na cavidade cotiloideia do osso ilíaco através de sua superfície articular. A cabeça do fêmur é conectada a uma porção mais estreita chamada colo do fêmur. Na junção entre o colo e a diáfise femoral, encontram-se duas proeminentes projeções ósseas: o grande trocanter e o pequeno trocanter, onde diversos músculos se inserem. A extremidade inferior do fêmur que se expande em dois côndilos, o medial e o lateral (interno e externo), separados na parte de trás por uma ranhura profunda chamada chanfradura intercondiliana e unidos na frente na região da tróclea, que se articula com a patela. Esses dois côndilos femorais se

articulam com a parte superior da tíbia, conhecida como prato tibial. (Phipps et al., 2010; Borges, 2015)

Devido à importância da locomoção, que é principalmente realizada pelos membros inferiores, o fêmur desempenha um papel crucial. O grande glúteo, que se origina na pelve e se conecta à extremidade superior do fêmur, é o principal músculo responsável pela rotação e extensão da coxa, além de estender a pelve e o tronco quando a perna está fixa durante a caminhada. Embora haja outros músculos que contribuem para nossa mobilização, como os gêmeos e o íliaco, o grande glúteo é o mais significativo. (Zuidema & Schlossberg, 2012)

O colo do fêmur abrange a região entre a base da cabeça do fêmur, a linha intertrocanterica na parte da frente e a crista intertrocanterica na parte de trás. O ângulo formado entre o colo do fêmur e a diáfise (parte longa do osso) varia de 125° a 140° no plano frontal e de 10° a 15° no plano lateral, conhecido como anteversão. (Mourard, 2010)

O osso esponjoso no colo do fêmur é organizado em sistemas trabeculares medial e lateral. A região intertrocanterica, composta pelos grandes e pequenos trocânteres, atua como uma zona de transição entre o colo e a diáfise do fêmur. Essa área é principalmente composta por osso trabecular denso, que distribui e transmite as forças da mesma maneira que o osso esponjoso no colo do fêmur. Os grandes e pequenos trocânteres servem como pontos de inserção para vários músculos, incluindo os glúteos, o psoas íliaco e os rotadores externos. O calcar femoral é uma parede vertical de osso denso que se estende desde a face posterior e medial da diáfise do fêmur até a parte posterior do colo do fêmur. Essa estrutura forma uma rede de trabéculas na parte inferior do colo do fêmur e na região intertrocanterica, atuando como um condutor sólido de transferência de cargas. É uma estrutura de compressão específica que frequentemente é confundida com o feixe de compressão medial do colo do fêmur. O termo "calcar" deriva do latim "spur" (esporão) e tem sido utilizado na anatomia por mais de um século. Trata-se de uma estrutura de osso vertical localizada profundamente em relação ao pequeno trocânter, mas posicionada posteriormente ao eixo neutro do colo do fêmur. Sua espessura é maior na porção medial, onde se junta ao feixe de compressão do colo, e diminui gradualmente em direção à parte lateral. (Hebert & Xavier, 2013; Mau-Moeller, Behrens, Finze, Bruhn, Bader & Mittelmeier, 2014)

A estrutura trabecular localizada na parte lateral, conhecida como grupo de tensão, tem origem na camada cortical do fêmur, seguindo uma curva superior e medialmente para se encontrar com o feixe de compressão. Um terceiro conjunto de trabéculas tem origem na camada cortical na região medial, próxima ao pequeno trocânter, e se cruza com o feixe lateral na junção entre o colo do fêmur e a diáfise. No centro dessas trabéculas encontra-se uma área de menor densidade chamada triângulo de Ward. (Hebert & Xavier, 2013; Mau-Moeller, Behrens, Finze, Bruhn, Bader & Mittelmeier, 2014)

Uma análise histológica da área subepifisária da cabeça do fêmur revela que é composta pelo entrelaçamento dos feixes de carga medial e lateral, que se fundem em uma disposição que lembra arcos góticos. A região subtrocantérica, que se estende do pequeno trocânter a uma distância de aproximadamente 5 centímetros, é composta principalmente por osso cortical denso e espesso. Essa é uma área submetida a grandes forças, com compressão significativa na região medial e tensão na região lateral. A densidade do osso cortical denso permite uma transmissão eficiente das forças axiais e rotacionais. (Zuidema & Schlossberg, 2012).

O acetábulo é a estrutura formada pela união das três partes ósseas do íliaco, ísquio e púbis, convergindo na cartilagem tri-radiada. A cavidade do acetábulo se orienta obliquamente para a frente, para fora e para baixo, sendo alargada e aprofundada pelo labrum fibrocartilaginoso, que forma uma parede exterior de tecido. O labrum acetabular estende-se por meio da chanfradura acetabular, funcionando como o ligamento acetabular transverso. A cápsula articular está ligada ao labrum e ao ligamento acetabular transverso do acetábulo, estendendo-se até o lado medial do grande trocânter, à linha intertrocantérica na parte frontal, a uma região imediatamente superior e medial ao pequeno trocânter e ao colo do fêmur na parte posterior. (Silva, 2011)

A articulação da anca tem a forma de uma esfera encaixada em uma taça, projetada para suportar o peso do corpo. Isso requer um suporte profundo, uma cápsula articular resistente e conexões musculares afastadas do eixo de movimento. A cápsula articular é cilíndrica, com fibras dispostas de forma oblíqua. Isso resulta em uma menor amplitude de movimento em rotação interna, que pode ser ainda mais limitada em casos de inflamação da articulação do quadril. (Zuidema & Schlossberg, 2012)

O semi-tendinoso, semimembranoso e bíceps femoral estão ligados à região do ísquio e desempenham o papel de flexores do joelho e extensores da articulação da anca. A irrigação sanguínea da cabeça do fêmur é fornecida pelas artérias circunflexas medial e

lateral, que são ramos da artéria femoral profunda, uma ramificação da artéria femoral. Além disso, a artéria do ligamento redondo, que é um ramo da artéria obturadora, também contribui para a circulação da cabeça do fêmur. A complexa rede de vasos sanguíneos que nutrem a cabeça do fêmur tem implicações clínicas significativas. (Martins & Fernandes, 2009; Alaca, Atalay & Güven, 2015).

A artéria circunflexa medial (anterior) segue um curso à frente do psoas, contorna a região subtrocantérica e percorre a linha intertrocantérica. Ela emite ramos trocantéricos, estabelece uma anastomose ocasional com a artéria circunflexa posterior e fornece vascularização ao quadrante ântero-inferior da cabeça do fêmur. A artéria circunflexa lateral (posterior) passa entre os músculos psoas e piramidal, percorre a borda superior dos músculos adutores (pequeno e grande) e alcança o bordo inferior do colo do fêmur, situando-se na parte de trás do músculo obturador e à frente do músculo quadrado crural. Esta artéria emite duas ramificações: uma ramificação horizontal trocantérica e uma anastomose subcervical. Ela fornece irrigação para aproximadamente 3/4 da parte posterior e superior da cabeça do fêmur por meio de dois pedículos: um pedículo pósteroinferior que penetra a cápsula na borda inferior do colo do fêmur e um pedículo pósterosuperior que nasce na área entre os tendões do músculo obturador externo e o tendão comum dos músculos gêmeo e obturador interno. Este último penetra a cápsula e emite três a quatro artérias retinaculares que estão intimamente aderidas à superfície posterior do colo do fêmur. Essas artérias penetram o colo do fêmur a aproximadamente 0,5 cm da cartilagem da cabeça e fornecem irrigação para os 3/4 superiores da cabeça do fêmur. (Devers, Conditt, Jamieson et al., 2011)

A abdução da articulação da anca é controlada pelos músculos glúteo médio e glúteo mínimo. A fraqueza ou lesões nesses músculos podem resultar em uma marcha cambaleante. Os músculos rotadores externos da articulação da anca incluem o músculo piriforme, obturador interno, gêmeos superior e inferior e quadrado crural. Qualquer anormalidade ou lesão nessas estruturas pode levar a uma limitação da mobilidade da articulação do quadril, afetando a função normal do corpo humano. (Zuidema & Schlossberg, 2012; Borges, 2015)

1.2. Prótese total da anca

A história da prótese total da anca é marcada por avanços significativos que refletem o progresso tecnológico e científico. No entanto, somente em 1891, foi documentada a primeira tentativa de substituição da cabeça do fêmur, usando uma prótese de marfim fixada com parafusos e cimento. Essa abordagem inicial não foi bem-sucedida. (Holzwarth & Cologno, 2012).

Foi apenas em 1938 que surgiu uma nova tentativa de substituir a cabeça do fêmur e o acetábulo, utilizando uma prótese de aço inoxidável. Em 1940, houve uma adaptação de um implante de cobalto-cromo, inicialmente desenvolvido para a odontologia, para uso em cirurgia de substituição da articulação da anca. Esse implante foi posicionado proximal ao fêmur e fixado com parafusos. Embora tenha sido introduzido no Instituto de Próteses Austin Moore e utilizado até 1952, ainda é aplicado em casos raros.

A partir de 1958, surgiu a técnica de artroplastia total da anca de metal sobre metal (MoM), que envolvia o uso da liga de cobalto-cromo. No entanto, a utilização do MoM foi gradualmente evitada a partir da década de 1970, com a adoção da técnica de metal sobre polietileno (MoP) de Charnley (1960). A abordagem de Charnley abordou questões relacionadas a próteses soltas e sensibilidade ao metal, ao usar uma prótese com um componente femoral de aço inoxidável e um acetábulo de polietileno fixado com cimento ósseo acrílico. Essa técnica foi chamada de artroplastia de baixo atrito.

Charnley também introduziu a diminuição do diâmetro da cabeça femoral, visando aumentar a amplitude de movimento, reduzir o desgaste e aprimorar as técnicas cirúrgicas. Essas alterações resultaram em benefícios biomecânicos, como a redução da dor e a melhoria da qualidade de vida para os pacientes submetidos à artroplastia total da anca. (Holzwarth & Cologno, 2012; Silva, 2016).

A técnica de Charnley desempenhou um papel fundamental na evolução da artroplastia total da anca, com a introdução de componentes estáveis, compatíveis e de baixo atrito, como uma cúpula de polietileno e uma cabeça metálica com 22 mm de diâmetro. Esta técnica revolucionária ainda é relevante na cirurgia ortopédica atual e é usada para substituir as superfícies articulares desgastadas por implantes metálicos interpostos por polietileno. Isso resultou em uma diminuição significativa das taxas de complicações, como luxações, fraturas e desgaste das superfícies articulares, além de reduzir as taxas de infecção pós-operatória. (2016, p. 7)

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.

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

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”.

Oliveira (2013, p. 17) acrescenta 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 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”.

No contexto da medicina atual, a artroplastia total da anca é amplamente reconhecida como um dos tratamentos cirúrgicos mais eficazes, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) (2015). A Direção Geral da Saúde

(DGS) (2013) também recomenda a utilização desta técnica em casos de artropatia da anca que causam dor progressiva ou limitações nas atividades diárias. Além disso, a artroplastia total da anca é considerada quando tratamentos conservadores ou outras opções cirúrgicas anteriores não foram bem-sucedidos, bem como em situações de trauma, como fraturas do colo do fémur.

Segundo Silva (2016, p. 9), a osteoartrose primária é a principal causa das queixas relacionadas com a anca na população em geral, especialmente em pessoas mais idosas. Isso resulta em um grande número de artroplastias da anca realizadas. No entanto, em pacientes com menos de 50 anos, a epidemiologia das condições que justificam a artroplastia total da anca apresenta particularidades distintas. A técnica é indicada em casos de diagnóstico de osteoartrose (OA), necrose avascular da cabeça femoral (NACF), patologias inflamatórias da anca, como artrite reumatoide (AR) e artrite idiopática juvenil (AIJ), sequelas de artrite séptica, tumores ósseos primários ou metastáticos, fraturas ou sequelas de doenças relacionadas com a 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 contraindicações seguintes:

- i. Contraindicações absolutas: i. Infecção ativa (local ou sistémica);
- ii. Imaturidade esquelética; iii. Paraplegia ou tetraplegia.
- ii. Contraindicações relativas: i. Obesidade mórbida;

- ii. Artropatia de Charcot;
- iii. Doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva.

No contexto da artroplastia total da anca, apesar de ser um procedimento amplamente utilizado, é importante reconhecer que existem possíveis consequências e complicações associadas à cirurgia. Yip (2018) destaca a importância de adotar estratégias abrangentes de controle da dor, além da própria artroplastia, como a realização de exercícios funcionais, terapias com gelo, exercícios para manter a mobilidade articular, repouso, apoio na deambulação e administração de analgésicos. Essas medidas podem contribuir para evitar complicações adversas decorrentes do procedimento cirúrgico, como a necrose avascular e o relaxamento da prótese.

Nesse contexto, Yip (2018) enfatiza que o papel da equipe de enfermagem é fundamental em todas as fases do processo cirúrgico, com ênfase especial nos cuidados pré e pós-operatórios. A enfermagem desempenha um papel crucial na redução do risco de complicações associadas à artroplastia total da anca, garantindo assim uma abordagem abrangente e segura para o paciente.

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. Infecção;
- 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) destaca várias medidas preventivas a serem adotadas devido à natureza invasiva da artroplastia total da anca. Entre essas medidas, está a administração de

profilaxia farmacológica com anticoagulantes, como a heparina de baixo peso molecular, e antibióticos, como a cefalosporina de 2ª geração, antes da cirurgia. A técnica cirúrgica deve ser realizada com habilidade, e a retoma gradual das atividades e da carga sobre a articulação é essencial. Além disso, é fundamental seguir um rigoroso esquema de acompanhamento pós-operatório para identificar precocemente possíveis complicações tardias.

Quanto às complicações associadas à artroplastia total da anca, Holzwarth e Cologno (2012) explicam que essas complicações variam de acordo com o tipo de prótese utilizada, a experiência do cirurgião, a saúde do paciente e a sua recuperação após a cirurgia.

No caso de próteses de metal sobre polietileno (MoP), uma limitação potencial está relacionada a reações inflamatórias devido a resíduos de polietileno, o que pode levar à perda asséptica da prótese e pode ocorrer muitos anos após a cirurgia. Essa complicação é menos frequente quando são usadas próteses de metal sobre metal (MoM) ou de cerâmica sobre cerâmica (CoC). Além disso, uma complicação frequente é a formação de pseudo-tumores com uma causa pouco clara, resultando em reações adversas nos tecidos circundantes.

Apesar das complicações, a artroplastia total da anca é geralmente associada a melhorias significativas na qualidade de vida dos pacientes, incluindo maior mobilidade e alívio da dor. No entanto, a Direção Geral da Saúde (DGS) (2013, p. 4) recomenda a implementação de um programa de vigilância de longo prazo após a cirurgia. Isso implica avaliar periodicamente o paciente, com intervalos definidos ou sempre que haja justificação devido a intercorrências ou agravamento do estado clínico. Esse acompanhamento permite identificar problemas em estágios iniciais, quando a cirurgia de revisão pode ser realizada com maior facilidade e melhores resultados.

1.3. Intervenção da enfermagem de reabilitação nos cuidados prestados a paciente após artroplastia total da anca

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm como foco “a Pessoa em todas as fases do ciclo vital”, visando a promoção do seu projeto de saúde no que se refere “à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou

incapacidades”; de “processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade”; da “capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência”. Deste modo, a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação fundamenta-se “na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 350 de 22 de junho de 2015, p. 16656).

Com base nas competências específicas da sua área de atuação, o enfermeiro especialista em reabilitação desempenha um papel fundamental na promoção de diagnósticos precoces e medidas preventivas. O seu principal objetivo é preservar a funcionalidade das pessoas, prevenir complicações, evitar a incapacitação e oferecer terapias que visam melhorar as funções residuais, restaurar ou manter a independência nas atividades da vida diária e minimizar o impacto das deficiências causadas por doença ou lesão. Essas ações abrangem várias áreas, incluindo as funções cardiorrespiratórias, ortopédicas e outras deficiências e incapacidades. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

O enfermeiro especialista em reabilitação empenha-se em implementar ações preventivas de enfermagem que visam o diagnóstico precoce e fornecer intervenções terapêuticas direcionadas para a melhoria das funções residuais. O EEER procura manter ou recuperar a independência do paciente nas atividades da vida diária, prevenir complicações e evitar a progressão da incapacidade. Além disso, está comprometido em minimizar o impacto das deficiências já existentes.

Para alcançar esses objetivos, o enfermeiro especialista deve ser altamente profissional, autorreflexivo e capaz de se manter atualizado em termos de conhecimentos científicos, técnicos e habilidades interpessoais. Ele também desempenha um papel crucial dentro da equipe de enfermagem, sendo parte integrante e influente na tomada de decisões.

Os enfermeiros, como provedores de cuidados de saúde, adaptam a assistência prestada às necessidades das pessoas ao longo das diferentes fases da vida, considerando suas capacidades e eventuais limitações. Isso envolve a consideração das condições socioeconômicas e do contexto sociocultural do paciente. Os cuidados prestados pelos enfermeiros englobam uma ampla gama de recursos, engenho e criatividade para superar obstáculos e garantir a continuidade da vida, de acordo com o que foi destacado por

Collière (2002). Como Florence Nightingale afirmou, cuidar é "ajudar a viver", proporcionando maneiras de viver que deem significado à vida da pessoa. O foco está na promoção da saúde, bem-estar e no aproveitamento máximo das capacidades funcionais da pessoa. Essa interação com o paciente reflete a dedicação do enfermeiro em várias dimensões do atendimento, baseada no desenvolvimento de habilidades e competências profissionais que são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

O enfermeiro especialista partilha um grupo de competências especializadas, através de um “conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8648).

O enfermeiro de reabilitação desempenha um papel crucial no cuidado de indivíduos com necessidades especiais ao longo de todas as fases da vida e em diversos contextos de cuidados de saúde. O seu principal objetivo é capacitar pessoas com deficiências, limitações na atividade e restrições na participação, para que possam reintegrar-se na sociedade e exercer plenamente a sua cidadania. Essa capacitação é alcançada ao maximizar a funcionalidade e desenvolver as habilidades individuais da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2)

Como membro de uma equipe de saúde multidisciplinar, o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel central na promoção da saúde e na obtenção de ganhos significativos para o paciente. Para isso, é necessário que ele possua um conjunto de conhecimentos especializados e atue com respeito às motivações e necessidades individuais do paciente e da sua família.

Ao considerar as possíveis limitações que um paciente com prótese total da anca pode enfrentar, o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental na promoção da motivação e na obtenção de resultados observáveis. O seu objetivo é ajudar o paciente a reintegrar-se na sociedade e a enfrentar os novos desafios que possam surgir. Isso implica ajudar o paciente a realizar atividades diárias de forma independente e satisfatória, permitindo que ele recupere o equilíbrio em sua vida após a cirurgia de prótese total da anca.

Segundo Gomes (2013, p. 36), “um programa de reabilitação deverá ser iniciado com uma avaliação global da pessoa, para que o mesmo seja adequado e personalizado”. A mesma autora refere que esta avaliação tem de “ser realizada ao longo de todo o processo e são determinantes para assegurar uma maior independência e melhor qualidade”. O programa de reabilitação da pessoa com PTA deverá agregar dois momentos: pré-operatório e pós-operatório, abarcando os “cuidados nos primeiros cinco dias pós cirurgia e tem como objetivos: prevenir complicações, reduzir a dor e o edema, promover amplitude de movimento, restaurar segurança e independência”.

Assim, no período pré-operatório, o enfermeiro deve informar e esclarecer acerca do procedimento cirúrgico, sobre os cuidados e precauções a serem realizados no pósoperatório, objetivando a capacitação da pessoa, bem como para se poder dar início à preparação da alta para o domicílio. No pós-operatório, o programa poderá iniciar no dia da cirurgia ou no dia seguinte, estando dependente da tolerância da pessoa à dor. Os exercícios a realizar compreendem: “exercícios isométricos dos quadricípites, 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” (Gomes, 2013, p. 36). No segundo dia pós-operatório “deve ser realizado 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)”. A técnica do treino de marcha (técnica a três pontos) pode compreender descarga do membro operado caso a prótese não seja cimentada, progredindo para “o treino de subir e descer escadas, transferência para o carro, ensino e treino de exercícios para dar continuidade no domicílio e o ensino e treino das restantes atividades básicas de vida diária” (Gomes, 2013, p. 36).

Neste programa é de extrema importância envolver o cuidador informal ou o principal cuidador da pessoa submetida a uma prótese total de quadril (PTA) o mais cedo possível. Ao receber alta, o paciente deve estar bem informado sobre as precauções relacionadas com a mobilização do membro operado, incluindo a limitação da flexão do quadril a menos de 90 graus, evitar a adução excessiva, rotação interna da articulação do quadril, além de conhecer as posições adequadas para dormir e sentar. O paciente também deve ser capaz de realizar transferências de forma independente, seguir um programa de exercícios de fortalecimento muscular, melhorar sua capacidade de caminhar e utilizar dispositivos ou produtos de apoio. (Gomes, 2013)

A cirurgia de PTA pode temporariamente afetar a independência do paciente, tornando-o temporariamente dependente. No entanto, o objetivo final é que o paciente recupere a sua independência. Durante esse processo, os pacientes têm necessidades de informação que devem ser atendidas pelo enfermeiro especialista em reabilitação. Este profissional desempenha um papel essencial em ajudar os pacientes a incorporar medidas de autocuidado prescritas recentemente e complexas em seu sistema de autocuidado. Essas medidas exigem conhecimento e habilidades especializados adquiridos por meio de treinamento e experiência. (Silva, 2011, p.42).

Pacientes submetidos à cirurgia de PTA geralmente experimentam uma redução significativa na força muscular uma semana após a cirurgia. No entanto, programas de reabilitação adequados podem aumentar a massa muscular, a força e a funcionalidade do paciente. Recuperar a força muscular é fundamental para a função física, redução da dor e melhoria da qualidade de vida. Os músculos desempenham um papel crucial no desempenho de tarefas funcionais, como transferir-se da cama para a cadeira, subir e descer escadas e andar.

Em resumo, programas de reabilitação têm um impacto positivo na independência funcional dos pacientes submetidos à cirurgia de PTA. Portanto, o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel vital para ajudar os pacientes a alcançar o mais alto nível possível de independência. Isso envolve a preparação pré-operatória, esclarecendo os procedimentos cirúrgicos e os objetivos da reabilitação pós-operatória, que se concentra na recuperação da autonomia funcional durante o período de internação. No entanto, essa recuperação não é concluída inteiramente durante o período de internação, e a intervenção contínua do enfermeiro especializado em reabilitação é essencial para auxiliar o paciente na adaptação à sua nova condição, considerando que a mobilidade e autonomia podem estar comprometidas. (Gomes, 2013)

2. METODOLOGIA

A investigação é uma habilitação comum do Enfermeiro Especialista, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que permite o melhoramento da prática de enfermagem e propulsiona o desenvolvimento da disciplina. Uma forma de contribuir na translação do conhecimento científico para a prática clínica é por via de estudos de revisão, no qual se enquadra a revisão scoping em apresentação. Neste capítulo será exposto o enquadramento metodológico, particularmente, a caracterização do estudo, o objetivo e a finalidade, o protocolo de investigação com a questão de revisão, a estratégia de pesquisa e de seleção dos estudos, e por último, as considerações éticas.

2.1. Tipo de estudo

As revisões scoping são um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica) dentro ou transversalmente de contextos particulares. As revisões scoping podem esclarecer os principais conceitos e definições na literatura e nomear as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa

Para a realização do estudo optei por uma revisão scoping porque constitui uma metodologia de investigação que permite examinar áreas emergentes do conhecimento, ainda pouco investigadas, e ampliar a informação actual (JBI, 2015). De acordo com Peters et al. (2015), a revisão scoping é, particularmente, útil para esclarecer conceitos e tópicos de investigação, identificar lacunas e estabelecer questões para investigações futuras.

Desta forma, de seguida se identifica o protocolo da revisão scoping associada à temática **Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca.**

2.2. Questão de investigação

Segundo Galvão, C.M., Sawada, & Trevizan, 2004, a escolha da pergunta de investigação é a fase mais importante do processo da revisão scoping, pois ela conduz a realização das seguintes fases do processo. Aqui são definidos os participantes, as intervenções a serem avaliadas assim como os resultados a medir. A base para a pergunta de pesquisa é constituída por quatro intervenientes, constituindo assim, o anagrama PICO: população (P); intervenção (I); comparação (C); e resultado (O, outcome).

Descrição	Abreviação	Componentes da pergunta
População	P	Utentes submetidos a artroplastia total da anca
Intervenção	I	Programa de Reabilitação
Comparação	C	Grupo de controlo ou não
Resultado	O	- Efeitos do programa de reabilitação - Amplitude de movimentos no joelho submetido a ATA - Qualidade de vida - Capacidade funcional

Tabela 1- Componentes da pergunta de pesquisa, segundo o anagrama PICO.

Assim, para o presente estudo define-se como questão de investigação: “Quais os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca?”

De acordo com a problemática em estudo define-se os seguintes objetivos:

- Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca.

Definem-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Identificar se a implementação de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca traz ganho na amplitude de movimento;
- Identificar se a implementação de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca traz ganhos em qualidade de vida;
- Identificar se a implementação de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca traz ganhos em termos de capacidade funcional.

Os critérios de elegibilidade para a inclusão dos estudos selecionados na amostra são:

- Artigos que apresentam como objetivos os efeitos de um programa de reabilitação ao doente submetido a artroplastia total da anca.
- Artigos publicados em língua portuguesa.

- Artigos apresentados em texto integral (full text).
- Artigos publicados entre 2021 e 2023.
- Estudos randomizados ou quase randomizados.

Os critérios de exclusão são:

- Artigos que não abordem a artroplastia total da anca.

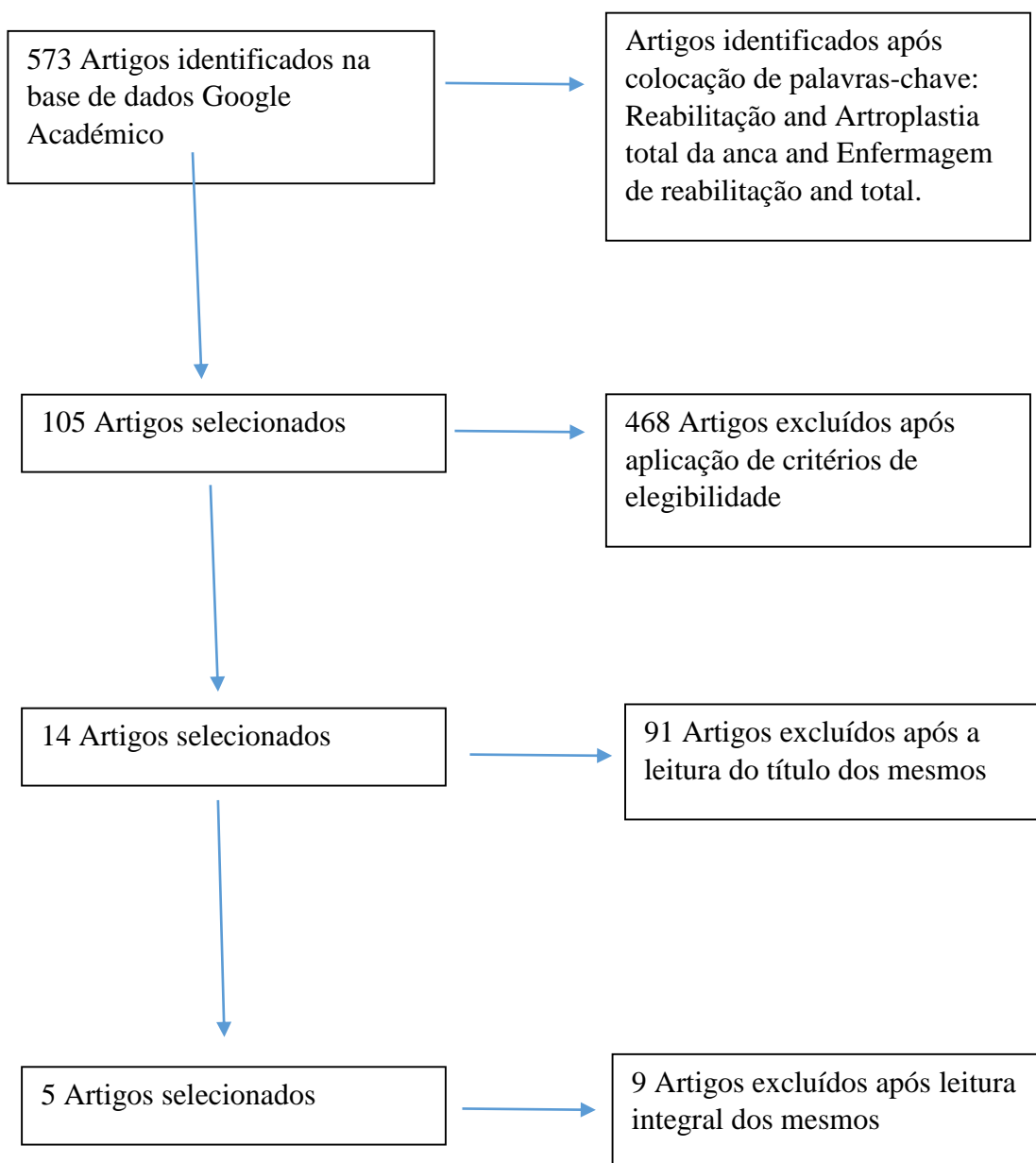
2.3. Procedimento de identificação das evidências científicas

A pesquisa foi realizada na base de dados do Google Académico (21 de Abril de 2023), sem filtros. Na presente investigação foram definidas as palavras-chave “Reabilitação”, “Enfermagem de Reabilitação”, “Artroplastia Total da Anca”, “Total” 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 (Cullum et al., 2010).

Desta pesquisa resultaram 573 artigos que após aplicação dos critérios de elegibilidade definidos, resultou numa seleção de 105 artigos. Após leitura do título dos artigos, resultou uma seleção de 14 artigos que posteriormente a leitura integral dos mesmos resultou numa seleção de 5 artigos.

A seleção dos artigos consegue-se através da leitura da pergunta de pesquisa e posteriormente do resumo, seguidamente realiza-se uma avaliação do texto completo, desta forma a seleção dos artigos inicia-se de uma maneira abrangente e vai-se afunilando à medida que a pesquisa regressa à questão de acordo com os critérios previamente definidos.

Figura 1 - Fluxograma da sequência de classificação dos artigos identificados



3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A coleta de dados visa garantir a precisão científica, sendo crucial sistematizá-la para prevenir vieses e facilitar a replicação da revisão. Essa colheita é efetuada por meio de formulários que devem incluir informações sobre os estudos e revisores, bem como características do estudo, tais como método, participantes, intervenção, conclusões e resultados. Após a tabulação dessas informações, segue-se a análise e apresentação dos resultados, conforme indicado por Pocinho M. (2008).

Tabela 2 - Estudo 1 – Fernandes, S., Vigia, C. & Sousa, L. (2020). Capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca: estudo de caso.

Ano/País	2020/Portugal
Objetivo	Analisar os desfechos relacionados aos cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto da promoção da capacidade funcional em indivíduos submetidos a uma artroplastia total da anca.
Desenho de investigação	Realização de um estudo de caso que envolve a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, seguindo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Este estudo foca uma pessoa que passou por uma artroplastia total da anca.
Participantes	1 Paciente de 55 anos
Resultado	Observou-se uma progressão positiva na capacidade funcional da pessoa que passou por uma artroplastia total da anca, após a aplicação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. Registrou-se uma redução na sensação de dor, uma

	diminuição no risco de quedas, além de melhorias notáveis na funcionalidade, equilíbrio e força muscular.
--	---

Tabela 3 - Estudo 2 – Martins, A (2022). Promoção do Autocuidado na Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Ano/País	2022/Portugal
Objetivo	Evidenciar avanços notáveis nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) por meio da intervenção no autocuidado, destacando o desenvolvimento e descrição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).
Desenho de investigação	O estudo de caso, baseado em Yin (2018), concentrou-se na capacitação das pessoas para o autocuidado em contextos respiratórios, ortopédicos e neurológicos. A avaliação utilizou instrumentos como o Elderly Nurse Core Set (ENCS) e o Índice de Barthel.
Participantes	8 Pacientes
Resultado	Observou-se uma redução nos déficits de autocuidado e uma melhoria significativa na funcionalidade em todos os participantes do estudo.

Tabela 4 - Estudo 3 – Nicolau, C. (2021). Preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca – capacitação para a transição segura.

Ano/País	2021/Portugal
Objetivo	Evidenciar os ganhos em saúde após a implementação de um programa de

	reabilitação às pessoas submetidas a Artroplastia da Anca.
Desenho de investigação	Estudo descritivo
Participantes	8 Pacientes
Resultado	As avaliações efetuadas no dia da admissão, no dia a seguir à cirurgia e no dia da alta evidenciaram uma melhoria da funcionalidade da pessoa, assim como a aquisição de conhecimentos relacionados com a sua situação, demonstrando ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Tabela 5 - Estudo 4 – Dias, P., Ferreira, R. & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose

Ano/País	2021/Portugal
Objetivo	Reconhecer as vantagens da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tanto antes quanto após a realização de uma artroplastia total da anca devido à coxartrose.
Desenho de investigação	Estudo descritivo
Participantes	1 Paciente
Resultado	Observou-se um acréscimo na força muscular e na amplitude de movimento no membro que passou pela intervenção, evidenciando melhorias no equilíbrio corporal e na capacidade de realizar as atividades diárias de forma independente. Além disso, houve uma redução no risco de queda e na intensidade da dor.

Tabela 6 - Estudo 5 – Pereira, S. (2021). A Intervenção da Equipa de Enfermagem de Reabilitação nos Utentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho/Anca.

Ano/País	2021/Portugal
Objetivo	Este estudo tem como propósito evidenciar a relevância de uma Equipe de Enfermagem de Reabilitação (EER) no departamento de Ortopedia do CHTS. Essa equipa fornece cuidados especializados aos pacientes ortopédicos, concentrando-se, em particular, nos que passaram por Artroplastia Total da Anca (ATA). O estudo segue as diretrizes de um Programa de Enfermagem de Reabilitação específico para esses pacientes.
Desenho de investigação	Estudo descritivo
Participantes	2246 pacientes
Resultado	Podemos inferir que ocorreu, de fato, uma diminuição no período de internação após a introdução do programa de reabilitação. Entretanto, essa redução não se manifestou de maneira tão evidente como esperado, visto que observamos um aumento no número de pacientes que expressaram o desejo de realizar sua recuperação pós-operatória em uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

3.1. Análise dos resultados

Fernandes, S., Vigia, C. & Sousa, L., autores do primeiro estudo selecionado, através de um estudo de caso, avaliou os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito da capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca.

O estudo de caso foi submetido a 1 paciente de 55 anos e para avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito da capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca, os autores realizaram uma avaliação, com recurso a várias escalas, antes e depois da implementação de um plano do EEER, como podemos ver na seguinte tabela:

Avaliação	Instrumento		Antes EEER	Após EEER
Dor	Escala numérica	Dor antes e após da implementação de um plano de EEER	3	0
Risco de queda	Escala de morse		60	30
Amplitude articular	Goniometria	Flexão da articulação coxo-femural (ACF) com flexão do joelho	50°	60°
		Flexão da ACF com extensão do joelho	40°	50°
Força muscular	Escala <i>Medical Research Council</i> modificada	Flexão da ACF com flexão do joelho	3	4+

		Abdução da ACF	3	5
Equilíbrio	Índice de Tinetti	Equilíbrio estático	7	12
		Equilíbrio dinâmico	5	7
		Total	12	19
Funcionalidade	Índice de barthel		45	75

Tabela 7 – resultados obtidos no primeiro estudo.

Após análise desta tabela foi possível concluir que o paciente apresentou evolução positiva em todos os parâmetros avaliados (dor, risco de queda, amplitude articular, força muscular, equilíbrio e funcionalidade), concluído assim que o paciente apresentou ganhos na amplitude articular, na funcionalidade e em qualidade de vida.

Martins, A., autora do segundo estudo selecionado, através de um estudo de caso, demonstrou ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através da intervenção no autocuidado, desenvolvendo e descrevendo competências do EEER.

O estudo de caso do presente autor foi submetido a 8 pacientes e assim o autor pretende avaliar a eficácia da implementação de um plano do EEER de um doente submetido a PTA. Os resultados do autor são apresentados na seguinte tabela:

Casos	Avaliação	Score global de Funcionalidade	Autocuidado	Índice de Barthel
A1	Inicial	28,25%	50%	50
	Final	25,25%	43%	80
	Ganhos	3%	7%	30
A2	Inicial	39,75%	57%	50
	Final	36,75%	50%	70
	Ganhos	3%	7%	20
B1	Inicial	23,5%	43%	45
	Final	19,25%	37%	90
	Ganhos	4,25%	6%	45
B2	Inicial	24%	38%	60
	Final	20%	27%	90
	Ganhos	4%	11%	30
B3	Inicial	25,5%	47%	35
	Final	18,75%	32%	65
	Ganhos	6,75%	15%	30
B4	Inicial	15,5%	42%	30

	Final	12,5%	35%	75
	Ganhos	3%	7%	45
C1	Inicial	68,75%	100%	0
	Final	36,5%	53%	35
	Ganhos	32,25%	47%	35
C2	Inicial	42%	53%	20
	Final	30%	42%	55
	Ganhos	12%	11%	35
Ganho medio por score		8,5%	13,88%	33,75

Tabela 8 – Resultados obtidos no segundo estudo.

Através da análise deste quadro, podemos observar que em todos os casos houve ganhos observáveis. Consultando o mesmo, constata-se que (C1) se destaca com um ganho de 32,25% no *score* global de funcionalidade, sendo o ganho mínimo neste parâmetro de 3,00% em (A1, A2, B4). A média de todos os casos é de um ganho de 8,50% de *score* global de funcionalidade depois da intervenção do EEER.

Relativamente ao autocuidado, destaca-se (C1) com um ganho de 47,00%, seguido de (B3) com 15,00%. O valor mínimo situou-se em 6,00% (B1), e a média é de 13,88%.

Finalmente, analisamos os dados relativos ao Índice de Barthel, em que obtivemos um *score* médio de 33,75 no final da intervenção do EEER. O ganho máximo obtido foi uma diferença no *score* de 45, da avaliação inicial para a final em (B1) e (B4), e o mínimo, uma diferença no *score* de 20 em (A2), da avaliação inicial para a final. Sublinha-se assim que houve um progresso muito positivo e notório em todos os casos, obtendo-se ganhos sensíveis aos cuidados de ER (Fonseca *et al.*, 2018).

Nicolau, C., autor do terceiro artigo selecionado, através de um estudo de caso, evidenciou os ganhos em saúde após a implementação de um programa de reabilitação às pessoas submetidas a Artroplastia da Anca.

Segundo o mesmo autor a funcionalidade medida através da escala da medida de independência funcional (MIF) apresentou uma diminuição no pós-operatório imediato, voltou a subir no momento da alta.

A força muscular aumentou significativamente entre o período pós-operatório imediato e a momento da alta, assim como a amplitude da articulação coxofemoral,

No período pré-operatório, as pessoas submetidas a artroplastia da anca tinham poucos conhecimentos, no período pós-operatório melhoraram e no momento da alta apresentavam a maioria dos conhecimentos que estavam na lista de verificação. Verificou-se uma melhoria do pré-operatório para o pós-operatório e uma grande melhoria entre o período pós-operatório e o momento da alta.

Dias, P., Ferreira, R. & Messias, P., autores do 4 estudo selecionado, através de um estudo de caso, identificaram os benefícios da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no período pré e pós-operatório de uma pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose.

O estudo de caso do presente autor foi submetido a 8 pacientes e assim o autor pretende avaliar a eficácia da implementação de um plano do EEER de um doente submetido a PTA. Os resultados do autor são apresentados na seguinte tabela:

Resultados obtidos			
Escalas	Dia 19	Dia 23	Dia 26
Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	15	15	15
Escala de Força de <i>Medical Research Council</i> (coxa esquerda)	3/5	2/5	4/5
Amplitude Articular – Goniómetro (coxofemoral esquerda)	-	F: 30° A: 25°	F: 90° A: 29°
Escala Simples de Equilíbrio (ortostático)	E e D: Dim	E: Man D: Dim	E e D: Man
Escala de <i>Barthel</i>	75	65	90
Escala de Quedas de <i>Morse</i>	55	60	40
Escala Numérica da Dor	7	3	2

Tabela 9 – Resultados obtidos no quarto estudo.

Após análise desta tabela foi possível concluir que o paciente apresentou evolução positiva em todos os parâmetros avaliados (dor, risco de queda, amplitude articular, força muscular e equilíbrio), concluindo assim que o paciente apresentou ganhos na amplitude articular, na funcionalidade e em qualidade de vida.

Pereira, S, autor do quinto estudo selecionado, através de um estudo descritivo, demonstrou a importância de uma Equipa de Enfermagem de Reabilitação no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), que presta cuidados especializados aos utentes do foro ortopédico, mais concretamente aos utentes submetidos a Artroplastia Total da Anca, seguindo de um Programa de Enfermagem de Reabilitação proposto para estes utentes.

O presente estudo temos uma população total de 2246 utentes. Sendo que, 1154 são pacientes do primeiro período, antes da implementação de um plano do EEER, que vai de 2010-2013 e 1092 são pacientes do segundo período de 2015-2019, após implementação de um plano do EEER.

Após análise deste estudo podemos concluir que a média de internamento baixou um dia após a implementação de um plano do EEER, uma vez que no período de 2010-2013 temos uma média de dias de internamento de $6,94 \approx 7$ dias, enquanto no período de 2015-2019 a média de dias de internamento é de $5,84 \approx 6$ dias. Podemos assim dizer que houve um decréscimo ao longo dos anos de ≈ 1 dia.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No ano de 2020, Fernandes, S., Vigia, C. & Sousa, L. (2020), no seu estudo sobre a capacitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca apresentam resultados que evidenciam a importância de um plano do EEER. Este estudo dividiu-se em dois momentos, o primeiro antes da implementação de um plano do EEER e o segundo momento após o mesmo. Estes autores nos seus resultados concluíram que o interveniente do estudo apresentou uma evolução significativa nas escalas avaliadas após implementação de um plano do EEER. Como podemos verificar nos resultados do mesmo estudo o paciente apresentava menos dor, menor risco de queda, maior amplitude articular, maior força muscular e maior índice de funcionalidade, assim concluíram que o programa de enfermagem de reabilitação beneficiou a pessoa, o que lhe proporcionou uma maior funcionalidade no regresso a casa, pós-alta.

Martins, A. (2022) concluiu no seu estudo, Promoção do Autocuidado na Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que o EEER tem um papel fundamental na promoção do autocuidado da pessoa submetida a ATA. Neste estudo, que estava dividido numa avaliação antes e após a implementação de um programa de reabilitação, o autor conclui que todos os pacientes apresentaram ganhos significativos relativamente a todos os parâmetros avaliados nomeadamente, no score global de funcionalidade, no autocuidado e no índice de *Barthel*, evidenciando assim ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Nicolau, C. (2021). No seu estudo de preparação do regresso a casa da pessoa submetida a artroplastia da anca – capacitação para a transição segura, evidenciou os ganhos em saúde após a implementação de um programa de reabilitação às pessoas submetidas a Artroplastia da Anca. As avaliações efetuadas no dia da admissão, no dia a seguir à cirurgia e no dia da alta evidenciaram uma melhoria da funcionalidade da pessoa, assim como a aquisição de conhecimentos relacionados com a sua situação, demonstrando ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim o autor conclui que as competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação são imprescindíveis, ao possibilitar uma melhoria da funcionalidade e um aumento da capacitação e empoderamento da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca e sua família.

Dias, P., Ferreira, R. & Messias, P. (2021), no seu estudo sobre a pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose, apresentam resultados que evidenciam a importância de um plano do EEER. Este estudo dividiu-se em dois momentos, o primeiro antes da implementação de um plano do EEER e o segundo momento após o mesmo. Estes autores nos seus resultados concluíram que os pacientes do estudo apresentaram uma evolução significativa nas escalas avaliadas após implementação de um plano do EEER. Como podemos verificar nos resultados do mesmo estudo os pacientes apresentavam um aumento da força muscular e da amplitude articular no membro intervencionado, melhorias relativas ao equilíbrio corporal e independência na realização das atividades de vida diária e uma diminuição do risco de queda e intensidade da dor. Com estes resultados o autor evidenciou ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Pereira, S. (2021) no seu estudo tinha como objetivo demonstrar a importância de uma Equipa de Enfermagem de Reabilitação (EER) no serviço de Ortopedia do CHTS, que presta cuidados especializados aos utentes do foro ortopédico, mais concretamente aos utentes submetidos a Artroplastia Total da Anca, seguindo os passos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação proposto para estes utentes. Este estudo dividiu-se em 2 espaços temporais, no primeiro não existia uma EER e no segundo já existia a implementação de uma EER.

Assim o autor concluiu, através deste estudo, que houve efetivamente um decréscimo no número de dias de internamento após a implementação do programa de reabilitação, evidenciando assim a importância e efetividade dos cuidados de um EEER.

5. CONCLUSÃO

Dado que a síntese conclusiva é, essencialmente, um resumo de qualquer pesquisa, é relevante que esta seção descreva os resultados mais significativos da investigação. Além disso, deve incluir uma reflexão crítica e resumida sobre os métodos escolhidos, bem como abordar as limitações encontradas. Identificar potenciais orientações para futuras pesquisas acadêmicas também é uma consideração importante.

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

Após este percurso, e tendo em conta os objetivos delineados para a presente revisão scoping, podemos afirmar que o presente trabalho foi de encontro dos mesmos e sendo assim, consegue responder à questão de investigação definida no início do processo de pesquisa. Assim, e estando ainda presentes os objetivos traçados, avaliar os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca, bem como a questão de investigação, “Quais os efeitos de um programa de reabilitação no doente submetido a artroplastia total da anca?”, pode afirmar-se que a presente revisão scoping conseguiu determinar que a realização de um programa de reabilitação após a artroplastia total da anca traz ganhos em saúde para o doente. Dos estudos analisados conseguiu observar-se a efetividade de um plano do EEER, os ganhos na amplitude de movimento, qualidade de vida e capacidade funcional dos doentes submetidos a ATA.

Nesse contexto, os artigos escolhidos, que foram considerados válidos, destacam de maneira evidente a relevância do Enfermeiro de Reabilitação como um fator crucial para o sucesso de alta hospitalar. Esse destaque é ainda mais notório quando a atuação do enfermeiro é integrada a equipes multidisciplinares, resultando em benefícios significativos para a saúde e reabilitação global de pacientes que passaram por Artroplastia Total da Anca (ATA).

Sendo evidente que este tipo de estudos científicos traduzem-se em resultados positivos para a prática de cuidados nesta área, deve-se assistir, num futuro próximo e cada vez mais frequentemente, à implementação de um número cada vez maior de programas de reabilitação específicos e adaptados às necessidades desta população, capacitando-as o mais rapidamente para a autonomia nas AVD, assim como para a redução de complicações a longo prazo, traduzindo-se desta forma em ganhos em saúde.

Quanto às limitações identificadas, percebemos a dificuldade em localizar publicações estrangeiras dedicadas à Enfermagem de Reabilitação, uma vez que esta é uma área ainda recentemente reconhecida globalmente. A especialização nesta área foi recentemente oficializada pela Ordem dos Enfermeiros em nosso país e gradativamente reconhecida pelo mercado de trabalho. Outras limitações incluem o tamanho reduzido de algumas amostras, o que pode influenciar os resultados da pesquisa, a subjetividade de dados quando coletados por meio de questionários ou escalas, o risco de viés incerto na seleção e cegamento dos estudos, a diversidade de exercícios e programas de intervenção, e o fato de todos os estudos encontrados serem conduzidos por profissionais que não são enfermeiros de reabilitação.

A condução deste estudo também tem o propósito de sensibilizar para o reconhecimento global da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no contexto da artroplastia da anca. Isso inclui uma recuperação mais rápida, evitando prolongados períodos de sofrimento para os pacientes e reduzindo os custos associados a internamentos prolongados. Este reconhecimento direto contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Alaca, N., Atalay, A., & Güven, Z. (2015). Comparison of the long-term effectiveness of progressive neuromuscular facilitation and continuous passive motion therapies after total knee arthroplasty. *J Phys Ther Sci.*; 27(11), 3377–3380. doi: 10.1589/jpts.27.3377
- Almeida, M. A., Argenta, C., Barreto, L. N., Lucena, A. F., Luzia, M. F. & Swanson, E. (2020). Modelo multidimensional de envelhecimento bem-sucedido e terminologias de enfermagem: semelhanças para aplicação na prática clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(esp), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190148>
- Borges, S. C. C. S. (2015). *Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho*. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12000>
- Buirs, L.D., Van Beers, L.W., Scholtes, V.A., Pastoors, T., Sprague, S., Poolman, R.W. (2016). Predictors of physical functioning after total hip arthroplasty: a systematic review. *BMJ Open.*; 6; 6(9):e010725. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010725.
- Bule, M. J., Ferreira, R. F., Fonseca, C., Grilo, E., Reis, G., Sousa, L. & Vieira, J. V. (2021). Estágio final – planeamento de atividades (trabalho não publicado). Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- 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, Nº1-Vol.5.
- Collière, M. (2002). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S., & Haynes, B. (2010). *Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, p. 23-3
- Devers, B.N., Conditt, M.A., Jamieson, M.L. et al. (2011). Does greater knee flexion increase patient function and satisfaction after total knee arthroplasty? *J Arthroplasty*; 26: 178–186.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Artroplastia Total da Anca. Norma nº 014/2013 de 23/09/2013.
- Foss, O. A., Husby, V. S., Winther, S. B., Klaksvik, J. (2020). Increased muscle strength limits postural sway during daily living activities in total hip arthroplasty patients. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(7), 608–612. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001382>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática : Recurso Que Proporciona a Das Na Incorporação D As Evidências N a Prática D a Enferma Tic Review Stematic Review : Resource That Sy : a Resour Ce Tha T All 68 O Ws for the Practice Incorporation Into Tion of Evidence Int O Nursing Pra. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Latino-Americana Enfermagem*, 12(3), 549–556. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183–184. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
- Gomes, J.M.P.A. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca. atividades de vida diária e qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viena do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf
- Hebert, S., & Xavier, R. (2013). *Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., ... Cochrane Statistical Methods Group. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(oct18 2), d5928--d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- 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
- 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/lbna25378enn.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>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Estatísticas demográficas 2020. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2
- Joshi, R.N., White, P.B., Murray-Weir, M., Alexiades, M.M., Sculco, T.P., & Ranawat, A.S. (2015). Prospective Randomized Trial of the Efficacy of Continuous Passive Motion Post Total Knee Arthroplasty: Experience of the Hospital for Special Surgery. *J Arthroplasty*; 30(12), 2364-9. doi: 10.1016/j.arth.2015.06.006. Epub 2015 Jun 14.

- Judd, D.L., Dennis, D.A., Thomas, A.C., Wolfe, P., Dayton, M.R., & Stevens-Lapsley, J.E. (2014). Muscle strength and functional recovery during the first year after THA. *Clin Orthop Relat Res.*; 472(2), 654-64. doi: 10.1007/s11999-013-3136-y.
- Martins, M.M., & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Referência*. II Série. 79-92.
- Mau-Moeller, A., Behrens, M., Finze, S., Bruhn, S., Bader, R., & Mittelmeier, W. (2014). The effect of continuous passive motion and sling exercise training on clinical and functional outcomes following total knee arthroplasty: a randomized active-controlled clinical study. *Send to Health Qual Life Outcomes*; 9; 12, 68. doi: 10.1186/1477-7525-12-68.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, A. D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Mourad, L. (2010). *Ortopedia*. Madrid: Mosby.
- 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 (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.p
- Phipps, W., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2011). *Enfermagem cirúrgica*. 7.^a Ed. Loures: Lusociência.

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence- -Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- 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, J.M.A.V. (2011). *Necessidades de informação do doente submetido a artroplastia total da anca: contributo do enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71917/2/30602.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>
- Smith, T. O., Blake, V., & Hing, C. B. (2011). Minimally invasive versus conventional exposure for total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of clinical and radiological outcomes. *Int Orthop*; 35 (2), 173-84.
- Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. (2015). Informa, 12. Disponível em http://www.spot.pt/media/71214/SPOT_Informa_12_SEM_PUB.pdf
- Unhjem, R, an den Hoven, L.T., Nygard, M., Hoff, J., & Wang, E. (2017). Functional Performance With Age: The Role of Long-Term Strength Training. *J Geriatr Phys Ther*. 3. doi: 10.1519/JPT.0000000000000141.

- Winther, S.B., Husby, V.S., Foss, O.A., Wik, T.S., Svenningsen, S., Engdal, M., Haugan, K., & Husby, O.S. (2016). Muscular strength after total hip arthroplasty. A prospective comparison of 3 surgical approaches. *Acta Orthopaedica*; 87 (1), 22–28. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940587/pdf/iort-87-22.pdf>
- 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
- Zuidema, G., & Schlossberg, L. (2012). *Atlas de Anatomia Funcional Humana*. Lisboa: Instituto Piaget.

