



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

Prótese total da anca

O seu guia de preparação, cirurgia e recuperação

VERSÃO PARA REVISÃO DO CIRURGIÃO | 03/10/2026

Baseada nos materiais da pasta PTA. Não substitui o seu plano individual.

Dr. Tiago Bessa Magalhães

Especialista em Ortopedia | cédula profissional n.º 50546

INFORMAÇÃO CLARA. PREPARAÇÃO CUIDADA. RECUPERAÇÃO ACOMPANHADA.

A decisão de operar a anca é um passo importante. Este guia reúne a informação que precisa para compreender a cirurgia, preparar-se e participar na recuperação com confiança. Leia-o com tempo e partilhe-o com a pessoa que o irá apoiar.

A prótese total da anca (PTA), também chamada artroplastia total da anca, tem como objetivo reduzir a dor e devolver mobilidade e autonomia. O resultado depende da cirurgia, da sua saúde e da recuperação. O plano é escolhido consigo e adaptado à sua situação.

O seu papel: perguntar, preparar-se e cumprir o plano.

O papel da equipa: esclarecer, personalizar e acompanhar.

Neste guia

- 01 Cirurgia e vias de abordagem
- 02 Riscos e percentagens
- 03 Preparação, saúde e casa
- 04 Analgesia e prevenção de coágulos
- 05 Alimentação, higiene e ferida
- 06 Reabilitação pré e pós-operatória
- 07 Vida diária e sinais de alerta
- 08 Plano pessoal e checklist de alta

Nome: _____

Anca: ☐ direita ☐ esquerda

Cirurgia prevista: ____ / ____ / ____

01 | A SUA ANCA E A CIRURGIA

Porque é que a anca dói?

A anca funciona como uma esfera dentro de uma cavidade: a cabeça do fémur encaixa no acetábulo, na bacia. A cartilagem permite o movimento com pouco atrito. Quando se desgasta ou fica danificada, pode haver dor, rigidez e dificuldade em andar, calçar-se, subir escadas ou dormir.

Na artrose avançada, quando a dor e as limitações persistem apesar dos tratamentos adequados, a PTA pode ser a opção recomendada. Também pode ser usada noutras doenças da anca. A indicação resulta da consulta, do exame e das imagens, não apenas de uma radiografia.

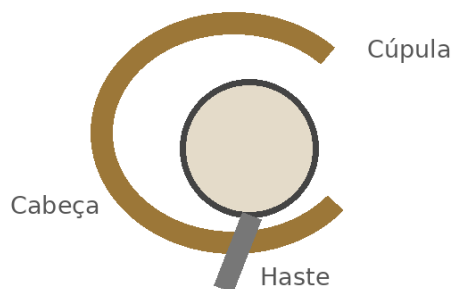
O que substituímos?

Retiram-se as superfícies danificadas e colocam-se componentes artificiais: uma cúpula e um revestimento na bacia; uma haste no fémur e uma cabeça que articula com esse revestimento. A fixação pode usar cimento ósseo, integração no osso ou uma combinação, conforme o planeamento.

Articulação da anca



Prótese total da anca



Benefícios e alternativas

Esperamos redução da dor e melhoria da mobilidade e qualidade de vida, sem garantia absoluta de resultado. Antes de operar, ou se optar por adiar, podem ser considerados medicação, fisioterapia, adaptação da atividade e, em casos selecionados, infiltrações ou outras opções. A decisão é partilhada com o cirurgião.



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

02 | DUAS VIAS PARA CHEGAR À MESMA ARTICULAÇÃO

A via de abordagem é o caminho usado para chegar à anca. O objetivo da prótese é o mesmo; o acesso e os tecidos a proteger durante a recuperação podem ser diferentes.

Via lateral direta | Hardinge

O acesso é feito pela face lateral da anca. Envolve a abertura e reparação de parte dos músculos/tendões abdutores, que ajudam a manter a bacia estável ao caminhar. É uma técnica estabelecida. A recuperação pode exigir proteção específica destes tecidos para evitar sobrecarga antes de cicatrizarem.

O médico explicará a variante utilizada, os cuidados e o momento de começar a abrir a perna para o lado ou a fazer reforço com resistência. Fraqueza, dor lateral e claudicação persistente são riscos a discutir.

Via direta anterior

O acesso é feito pela frente, utilizando um intervalo natural entre músculos. Habitualmente preserva as inserções dos abdutores e os tecidos posteriores. O objetivo é reduzir a agressão muscular e facilitar a mobilização inicial. Ainda assim, há manipulação dos tecidos e podem ser necessárias libertações adicionais: não significa ausência de trauma ou de risco.

A escolha para si

A anatomia, o estado do osso, cirurgias anteriores, a sua saúde e a experiência da equipa orientam a decisão. Uma cicatriz pequena não é, por si só, prova de uma melhor operação. A via escolhida deve permitir colocar a prótese de forma segura e recuperar função.

Via prevista: ☐ lateral direta (Hardinge) ☐ direta anterior

Variante e motivo da escolha: _____

Neste guia, Hardinge designa a via lateral direta/transglútea. A via anterolateral de Watson-Jones é uma abordagem diferente. Confirme a designação da sua operação com o médico.



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

03 | O QUE PODE OFERECER A VIA DIRETA ANTERIOR

Preservação muscular

Ao utilizar um intervalo entre músculos, habitualmente evita a desinserção dos principais tendões abdutores. Esta é uma diferença relevante face à via Hardinge e pode favorecer a qualidade da marcha no início da recuperação.

Recuperação inicial e conforto

Os materiais da equipa descrevem menor dor inicial, menor necessidade de analgésicos fortes em alguns doentes e recuperação funcional mais rápida. O levantar e a marcha podem começar cedo, com acompanhamento, quando o estado clínico o permite. A alta depende da segurança, não de uma promessa de duração do internamento.

Controlo durante a operação

A posição deitado de costas pode facilitar o uso de radiografias durante a operação, se indicadas, para verificar a colocação dos componentes e o comprimento dos membros. Este controlo ajuda o planeamento, mas não elimina diferenças de comprimento ou outros riscos.

Incisão longitudinal ou "bikini"

Na via anterior, a pele pode ser aberta por uma incisão longitudinal ou por uma incisão oblíqua na prega da virilha, chamada "bikini". Esta última pode ter vantagens estéticas em doentes selecionados. Não altera o objetivo da prótese nem é adequada para todas as anatomias. Pode também influenciar o risco de alterações de sensibilidade na coxa.

Menos restrições não é movimento sem limites

Alguns protocolos da via anterior permitem maior liberdade de posições. As regras tradicionais de não dobrar a anca além de 90 graus ou não cruzar as pernas não devem ser aplicadas automaticamente a todos. Mas também não se deve assumir que não há restrições: siga o plano específico da sua cirurgia.

A principal vantagem descrita é a fase inicial da recuperação. A longo prazo, os resultados das vias bem realizadas tendem a aproximar-se. Nenhuma via elimina infeção, fratura, luxação ou necessidade de revisão.

04 | RISCOS GERAIS: COMPREENDER OS NÚMEROS

Os intervalos abaixo constam do consentimento informado da pasta PTA fornecida pelo cirurgião. São referências gerais, não a probabilidade exata para si nem as taxas pessoais da equipa. Dependem da população, da definição de complicação e do período de seguimento. Não devem ser somados.

Complicação	Intervalo no material
Infeção	0,5-2,0%
Trombose venosa profunda	1-3%
Embolia pulmonar	0,1-0,5%
Luxação da prótese	0,5-3,0%
Fratura periprotésica	0,1-1,0%
Lesão nervosa	0,1-1,0%
Transfusão sanguínea	5-20%
Diferença de comprimento dos membros	1-5%
Descolamento ou desgaste	5-10% aos 10-15 anos
Dor persistente ou limitação funcional	5-10%
Risco de morte, no contexto de complicações médicas graves	Até 0,3%

1% corresponde aproximadamente a 1 pessoa em 100. Um intervalo descreve variação entre grupos; não prevê o seu resultado individual. No material, nem todos os riscos têm uma janela temporal definida.

O que pode acontecer se surgir uma complicação?

Pode ser necessário tratamento adicional, internamento ou nova cirurgia. Uma infeção profunda pode exigir antibióticos e troca de componentes. Uma luxação pode precisar de reposição sob anestesia. Uma fratura pode exigir fixação e alteração da carga. Trombose e embolia podem ser graves. Algumas complicações deixam sequelas.

05 | RISCOS ESPECÍFICOS DA VIA DIRETA ANTERIOR

Risco	Intervalo no consentimento
Alteração temporária da sensibilidade da coxa	10-30%
Alteração persistente da sensibilidade da coxa	1-5%
Complicações da ferida operatória	2-5%
Fratura do fémur durante a operação	0,5-1,5%
Ossificação heterotópica	1-3%

Percentagens transcritas do material da pasta PTA. Não devem ser somadas aos riscos gerais: há categorias que se sobrepõem ou usam definições diferentes. A taxa geral de lesão nervosa não equivale à taxa de alteração sensitiva do nervo cutâneo femoral lateral.

Dormência, formiguelo ou ardor na coxa

O nervo cutâneo femoral lateral pode ser irritado. Pode sentir a pele diferente na parte anterior/lateral da coxa. É um nervo sensitivo: a sua alteração não provoca, por si só, perda de força. Pode melhorar com o tempo, mas pode persistir e causar incómodo. Nova fraqueza não deve ser atribuída automaticamente a este nervo.

Fratura, exposição e colocação do implante

A preparação do fémur pode ser exigente. Pode ser necessário ampliar o acesso, usar material de fixação ou alterar a estratégia se ocorrer uma fratura ou dificuldade técnica. O material refere possível mau posicionamento dos componentes, particularmente no início da aprendizagem, sem fornecer uma percentagem.

Ferida e formação de osso nos tecidos

A cicatrização pode ser mais difícil junto de pregas cutâneas. Ossificação heterotópica significa formação de osso em tecidos onde normalmente não existe; pode limitar o movimento. Estas complicações não são exclusivas desta via.

Riscos relevantes no meu caso: _____

06 | PREPARAÇÃO: SAÚDE, INFORMAÇÃO E APOIO

Nas semanas antes

Leve a lista completa dos medicamentos, suplementos, alergias e operações anteriores. Informe se toma anticoagulantes, antiagregantes, opioides, medicamentos para a diabetes ou fármacos que causam sonolência. Faça os exames e avaliações indicados e informe a equipa de infeções, feridas, febre ou alterações recentes da saúde, incluindo problemas dentários ativos.

- Mantenha atividade adaptada, alimentação equilibrada e rotina de sono. Aprenda os exercícios e os apoios de marcha antes da cirurgia.
- Procure apoio para deixar de fumar. O material sugere idealmente 4 a 6 semanas sem tabaco antes da cirurgia; quanto mais cedo iniciar, mais tempo terá para se preparar.
- Evite álcool na preparação e durante a medicação pós-operatória. Se o consumo for elevado ou diário, informe a equipa para um plano seguro, sem mudanças não acompanhadas.

Medicação habitual: um plano escrito

Não suspenda nem tome medicamentos no dia da cirurgia por regras genéricas. A anestesia indica o que manter, ajustar ou suspender e quando reiniciar. Insulina e outros medicamentos para a diabetes exigem instruções próprias. Anticoagulantes e antiagregantes nunca devem ser alterados por iniciativa sua.

Organize o acompanhamento

Escolha quem o leva ao hospital e o ajuda depois da alta. Prepare compras, refeições, transporte e apoio nas tarefas que envolvam dobrar-se, carregar pesos ou risco de queda. Leve este guia às consultas e anote as suas perguntas.

Pessoa de apoio: _____

Transporte de regresso: _____

Medicação habitual revista em: ____ / ____ / ____

Instruções da anestesia: ☐ recebidas ☐ a aguardar

07 | A CASA E A VÉSPERA DA CIRURGIA

Um percurso seguro

Retire tapetes soltos e obstáculos e deixe os caminhos largos para as canadianas ou o andarilho. Use boa iluminação, sobretudo entre o quarto e a casa de banho. Prefira cadeira estável com braços, altura confortável e sem rodas. Deixe os objetos de uso diário ao alcance.

Na casa de banho, use piso antiderrapante e apoios estáveis. Cadeira de banho, alteador de sanita ou outros acessórios são escolhidos conforme a sua função e as restrições; não são obrigatórios nem dispensáveis para todos.

O que levar

Exames realizados fora do hospital, lista de medicação e documentos pedidos pela unidade. Roupa confortável e fácil de vestir, calçado firme e seguro. Canadiana ou andarilho, se indicado e ajustado pelo fisioterapeuta. Contacto da pessoa que o acompanha.

Jejum: siga a instrução individual

A unidade e a anestesia dão as horas a partir das quais não pode comer ou beber e o que pode tomar com água. Não use por conta própria a regra "nada desde a meia-noite" nem uma regra única de seis horas para tudo. Bebidas com hidratos de carbono só se prescritas, com produto, quantidade e horário definidos.

Hora de chegada: _____ | local: _____

Última refeição permitida: _____

Últimos líquidos permitidos/tipo: _____

Medicamentos a tomar e hora: _____



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

08 | HIGIENE ANTES DA OPERAÇÃO

A higiene pré-operatória faz parte da preparação. O produto, a frequência e a forma de aplicação são os indicados pela unidade. Avise se tem alergia à cloro-hexidina ou outra reação a antissépticos.

Se a unidade prescrever cloro-hexidina a 4%

O material da equipa descreve banhos nos dois dias antes, na noite anterior e na manhã da cirurgia. Confirme a sequência indicada para si e siga o folheto do produto. Não altere a concentração nem prolongue o contacto por iniciativa própria.

- Lave cabelo e rosto com o produto habitual e enxague antes do antisséptico.
- Aplique o produto corporal apenas nas zonas autorizadas, evitando olhos, ouvidos, boca, mucosas e genitais.
- Enxague conforme as instruções do produto e da unidade; não aplique sobre feridas sem indicação.
- Depois, use toalha e roupa limpas. Não coloque cremes, pós ou perfumes na área preparada, salvo indicação.
- Se houver comichão, irritação ou outra reação, pare e contacte a equipa; dificuldade respiratória ou reação intensa exige urgência.

Pele e adornos

Não depile o local cirúrgico com lâmina em casa. O material recomenda evitar depilação nos 3 a 7 dias anteriores; confirme a indicação da unidade. Se for necessário remover pelos, a equipa faz a preparação adequada. Retire adornos e piercings conforme a unidade e comunique próteses dentárias à anestesia.

Uma ferida, irritação, infeção da pele ou febre antes da operação deve ser comunicada. Não oculte sintomas para manter a data: a equipa decide a forma mais segura de avançar.

Produto aprovado: _____

Dias/horas de banho: _____

Instruções específicas: _____



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

09 | O DIA DA CIRURGIA E O INTERNAMENTO

Admissão e anestesia

A equipa confirma identificação, anca a operar, consentimento, exames e medicação. O anestesista explica o plano: a cirurgia pode decorrer sob raquianestesia ou anestesia geral, conforme a avaliação. A escolha anestésica não é decidida apenas pelo nome da via cirúrgica.

Controlo da dor desde o início

O protocolo da equipa usa uma abordagem multimodal: combina medicamentos e técnicas com mecanismos diferentes para controlar a dor, limitando quando possível os opioides. No bloco podem ser usados anestesia regional, infiltração local e outros adjuvantes escolhidos pela anestesia. Estas medidas são administradas por profissionais.

Primeiro levante

Após o recobro, quando estiver clinicamente estável, a equipa ajuda-o a levantar-se e a caminhar com o apoio adequado. Pode sentir tonturas ou fraqueza: não se levante sozinho pela primeira vez. A carga e os movimentos permitidos são definidos pelo cirurgião.

Antes da alta

Dor controlável com o plano oral. Capacidade de beber e comer conforme tolerância. Transferências e marcha seguras com o apoio prescrito; escadas treinadas se necessárias em casa. Penso, medicação, prevenção de trombose e restrições explicados. Pessoa de apoio, consultas e contactos organizados.

Pergunte antes de sair: que medicação tomo hoje e a que horas, que carga posso fazer, como cuido da ferida e quem contacto se algo mudar.

10 | ANALGESIA: CONFORTO SEM PERDER SEGURANÇA

O objetivo é uma dor gerível, que lhe permita dormir, levantar-se e fazer a reabilitação. Dor zero não é uma exigência. Avise se a dor aumentar, impedir a mobilização ou vier acompanhada de sinais de alerta.

Os três componentes do plano

Base regular: paracetamol e, quando adequado, um anti-inflamatório como o celecoxib. Resgate: tramadol apenas se a dor não ficar controlada com a base e se estiver prescrito. Medidas complementares: atividade doseada, pausas, gelo protegido e posição confortável.

Antes de prescrever, a equipa precisa de saber

Doença do fígado ou dos rins, úlcera ou hemorragia digestiva, doença cardiovascular, alergias, anticoagulação, antidepressivos, medicação sedativa e uso prévio de opioides. Peso baixo, idade e outras doenças podem exigir doses diferentes. Não combine o esquema com medicamentos antigos sem confirmação.

Segurança no dia a dia

- Não duplique paracetamol com medicamentos combinados para dor ou constipações.
- Não junte ibuprofeno, diclofenac ou outro anti-inflamatório ao celecoxib por iniciativa própria.
- Tramadol pode causar sonolência, tonturas, náuseas e obstipação. Não conduza, não beba álcool e não o combine com sedativos sem orientação.
- Não aumente a dose se a dor mudar subitamente; contacte a equipa para perceber a causa.
- Não pare de forma abrupta opioides que já tomava há muito tempo; pode ser necessário um plano de redução.

Sonolência intensa, dificuldade em acordar ou respiração lenta após a medicação são sinais de emergência: ligue 112.

11 | ESQUEMA DE REFERÊNCIA DE ANALGESIA

Esta página transcreve o esquema oral do material da pasta PTA. Só o utilize se constar da sua receita e a equipa o confirmar. Não é uma prescrição automática para todos os doentes.

Período após a alta	Esquema de referência do material
Dias 1-14	Paracetamol 1000 mg de 8 em 8 horas. Celecoxib 200 mg, duas vezes por dia. Tramadol 50 mg de 8 em 8 horas, apenas se necessário e prescrito.
Dias 15-28	O material propõe reduzir celecoxib para 100 mg, duas vezes por dia, e terminar o opioide de resgate. A equipa define a transição.
Depois do dia 28	Reavaliar a necessidade de analgésicos. Objetivo do material: deixar de precisar de opioides.

O mesmo arquivo inclui doses hospitalares e opções pré e intraoperatórias diferentes, que não devem ser confundidas com o plano da alta. Pregabalina, cetamina, dexametasona, infiltrações e medicamentos para efeitos secundários são decisões clínicas, não fármacos a acrescentar por iniciativa própria.

Gelo e descanso

O protocolo refere gelo por 20 a 30 minutos, 3 a 4 vezes por dia nas primeiras duas semanas. A equipa confirma tempo e tolerância. Use sempre uma barreira de pano, nunca diretamente sobre a pele; verifique a pele e interrompa se houver dor, alteração de cor ou irritação.

Se o esquema não chega

Anote quando tomou a medicação, a intensidade da dor e se há inchaço, ferida alterada ou efeitos secundários. Contacte a equipa se precisar repetidamente de resgate, se não conseguir dormir ou mobilizar-se, ou se a dor estiver a aumentar. Não espere pelo fim dos 14 dias para pedir ajuda.

12 | PREVENIR COÁGULOS APÓS A CIRURGIA

Depois de uma PTA, o risco de trombose pode manter-se por várias semanas. A prevenção combina o anticoagulante prescrito, a mobilização e, quando indicadas, meias de compressão. Exercício e gelo não substituem o anticoagulante.

Opções descritas no material

Os documentos da equipa descrevem apixabano por via oral e enoxaparina por injeção subcutânea. A escolha depende da avaliação clínica. Não são medicamentos para tomar em conjunto, trocar ou ajustar sem prescrição.

Fármaco	Referência do material, a confirmar na receita
Apixabano	2,5 mg duas vezes por dia; início descrito entre 12 e 24 horas após a cirurgia, quando o sangramento estiver controlado; duração descrita de 30 dias.
Enoxaparina	40 mg subcutâneos uma vez por dia; início descrito cerca de 12 horas após a cirurgia; duração descrita de 28 a 35 dias.

A primeira dose, o intervalo, a duração e qualquer ajuste por função renal, peso ou anestesia são definidos pela equipa. Não inicie nem ajuste pela tabela. Não tome os dois fármacos salvo indicação médica expressa.

Cuidados práticos

- Cumpra a data final prescrita, sem terminar apenas porque já anda melhor.
- Se for prescrita enoxaparina, peça demonstração da injeção e descarte seguro das agulhas antes de ir para casa.
- Avise se tiver doença renal, hemorragias, alergias ou outros medicamentos que aumentem o sangramento.
- Se esquecer uma dose, peça orientação à equipa ou ao farmacêutico; não duplique por iniciativa própria.
- Sangramento persistente, sangue nas fezes ou na urina, vômito com sangue ou hematomas extensos exigem contacto urgente.

O seu anticoagulante e dose: _____

Hora da primeira dose: _____ | última data: _____

13 | ALIMENTAÇÃO PARA PREPARAR E RECUPERAR

Antes e depois: comer para cicatrizar

Os materiais destacam uma alimentação equilibrada, com proteína, ferro, vitamina C, cálcio, vitamina D e fibras. Não se trata de uma dieta rígida ou de comprar suplementos para todos. Adapte as escolhas a doenças, alergias e orientação nutricional.

- Proteína nas refeições: peixe, carne magra, ovos, iogurte/laticínios ou alternativas como leguminosas. Ajuda a reparar tecidos e a manter músculo.
- Ferro e vitamina C: varie vegetais, leguminosas, carne quando adequada e fruta. Anemia identificada antes da operação deve ser tratada pela equipa, não apenas pela dieta.
- Fibras: fruta, legumes e cereais integrais, conforme tolerância. Ajudam a prevenir obstipação.
- Cálcio e vitamina D: alimentação e eventual suplementação só conforme necessidade clínica.

Hidratação

O material sugere 6 a 8 copos de água por dia. É apenas uma referência: se tiver restrição de líquidos por doença cardíaca ou renal, siga esse plano. Após a cirurgia, retome líquidos e alimentos quando a equipa autorizar, começando por quantidades que tolere.

Náuseas, pouco apetite e obstipação

Prefira pequenas refeições se estiver enjoado. Combine líquidos permitidos, fibra e caminhadas curtas. Opioides podem causar obstipação; pode precisar de um laxante prescrito. Dor abdominal intensa, vômitos persistentes ou incapacidade de ingerir líquidos precisam de avaliação.

Evite álcool com a medicação

Especialmente com tramadol e outros opioides/sedativos, o álcool aumenta o risco de sonolência e depressão respiratória. Não o use para ajudar a dormir ou lidar com a dor. Fale com a equipa se esta mudança lhe for difícil.

Plano nutricional/restrrição de líquidos, se aplicável:

14 | PENSO, FERIDA E HIGIENE DEPOIS DA ALTA

Proteja a incisão

Lave as mãos antes de tocar no penso. Mantenha-o segundo as instruções da unidade. Não o retire repetidamente para observar a ferida nem aplique cremes, pomadas ou antissépticos por iniciativa própria. A troca do penso e a remoção de pontos/agrafes devem ter um plano definido.

Quando posso tomar duche?

Depende do penso, da ferida e da indicação da equipa. Um penso impermeável não significa, por si só, que qualquer duche esteja autorizado. Confirme antes da alta. Se a ferida tiver de ficar seca, faça higiene por partes, com cuidado para não molhar o penso.

Quando autorizado, evite jato forte e fricção sobre a área. Não mergulhe a ferida em banheira, piscina ou mar até estar cicatrizada e haver autorização. O material refere pelo menos três semanas, mas o aspeto da ferida e a avaliação prevalecem sobre o calendário.

Evite quedas no banho

Use piso antiderrapante, apoios seguros e ajuda inicial se tiver tonturas ou dificuldade. Equipamentos de apoio e a entrada/saída do duche devem ser treinados segundo a carga permitida e as condições reais da casa. Não se apoie num toalheiro ou numa cadeira instável.

O que observar todos os dias

- Aumento de vermelhidão, calor, dor ou inchaço em redor da ferida.
- Saída de líquido/pus, mau cheiro, abertura da incisão ou penso progressivamente encharcado.
- Febre ou mal-estar associados a alterações locais.
- Qualquer mudança importante em relação ao dia anterior.

Penso a usar/trocar em: _____

Duche autorizado a partir de: _____

Pontos/agrafes: _____

Quem faz o controlo da ferida: _____



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

15 | REABILITAÇÃO: COMEÇA ANTES DA CIRURGIA

A prótese trata a articulação; a reabilitação recupera força, equilíbrio e confiança. É parte central do seu resultado, mesmo quando a via anterior permite começar a andar cedo. O fisioterapeuta ensina a técnica, adapta a carga e acompanha a progressão.

Preparação pré-operatória

- Caminhe em percursos planos e curtos, dentro da sua tolerância, com apoio se necessário. Divida a atividade em períodos pequenos.
- Aprenda os exercícios das páginas seguintes antes de operar, sem forçar a anca dolorosa.
- Treine levantar/sentar, canadianas, escadas e entrada na cama com o fisioterapeuta.
- Escolha metas concretas: voltar a passear, calçar-se ou realizar uma tarefa diária.

Dose proposta de exercícios de base

Os materiais da pasta propõem, para a fase inicial, 10 repetições duas vezes por dia, com contrações mantidas cerca de 5 segundos. É um ponto de partida para a equipa selecionar e adaptar, não obrigação de completar à custa de dor.

Como saber se está a fazer demais?

Dor aguda, sensação de instabilidade, aumento progressivo de dor/inchaço ou sintomas que não regressam ao habitual no dia seguinte indicam que deve reduzir e pedir orientação. Movimento lento e boa técnica são mais importantes do que muitas repetições. Respire durante o esforço.

Objetivo pessoal: _____

Exercícios selecionados: _____

Carga permitida após a operação: _____

Movimentos a evitar/duração: _____

Abdução ativa permitida a partir de: _____

16 | EXERCÍCIOS DE BASE: CIRCULAÇÃO E ATIVAÇÃO

A. Movimentar o tornozelo

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Deitado, mova a ponta do pé para si e depois afaste-a, mantendo a perna apoiada. Faça o movimento devagar.

Dose inicial de referência: 10 movimentos; repetir em pequenos períodos ao longo do dia conforme orientação.

Cuidados: Não substitui anticoagulação. Dor/inchaço novo na barriga da perna exige avaliação, não mais exercício.

B. Contrair a coxa

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Com a perna apoiada, contraia a parte da frente da coxa, esticando suavemente o joelho contra a superfície. Relaxe.

Dose inicial de referência: 10 repetições, mantendo cerca de 5 segundos, 2 vezes por dia se selecionado.

Cuidados: Não levante a perna esticada nem force a anca. Reduza se provocar dor.

17 | EXERCÍCIOS DE BASE: GLÚTEOS E MOBILIDADE

C. Contrair os glúteos

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Contraia suavemente as nádegas, sem levantar a bacia, rodar as pernas ou arquear as costas. Relaxe.

Dose inicial de referência: 10 repetições de cerca de 5 segundos, 2 vezes por dia se selecionado.

Cuidados: Esta versão não é uma ponte. Proteja a ferida e cumpra as restrições.

D. Deslizar o calcanhar

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Deslize o calcanhar na cama, dobrando o joelho dentro da amplitude autorizada. Regresse lentamente.

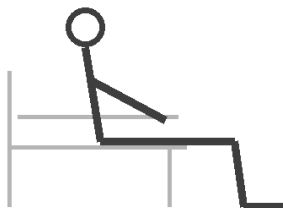
Dose inicial de referência: Até 10 repetições, 2 vezes por dia se selecionado.

Cuidados: Não puxe o joelho ao peito, não cruze a perna nem force a flexão. A amplitude depende do plano.

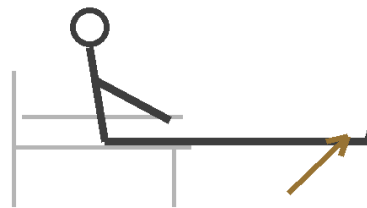
18 | TREINO FUNCIONAL: JOELHO E TRANSFERÊNCIAS

E. Esticar o joelho sentado

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

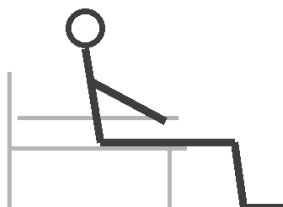
Numa cadeira firme, estique o joelho sem levantar a coxa do assento. Baixe com controlo.

Dose inicial de referência: Até 10 repetições, 1 a 2 vezes por dia, conforme orientação.

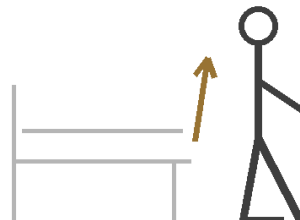
Cuidados: Sem pesos no tornozelo no início. Mantenha uma posição confortável e a altura de assento indicada.

F. Levantar e sentar

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Use cadeira firme com braços. Apoie as mãos, levante-se e estabilize-se antes de agarrar os apoios de marcha. Para sentar, alcance os braços da cadeira e baixe-se com controlo.

Dose inicial de referência: Treino funcional com ajuda inicial; número adaptado pela equipa.

Cuidados: Não puxe o andarilho para se levantar. A posição da perna operada depende da carga. Não faça sozinho com tonturas.

19 | RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: PROGRESSÃO

Primeiras duas semanas | proteger e mobilizar

As apresentações da pasta organizam a recuperação inicial em controlo da dor/inchaço, marcha e ativação muscular. Faça os exercícios selecionados, caminhe em períodos curtos e alterne com descanso. O levante é acompanhado até ser seguro. Não abandone canadianas apenas porque sente pouca dor.

Semanas 3 a 6 | ganhar função

O material propõe progressão para bicicleta estática com assento alto e pouca resistência, treino de força e equilíbrio. Isso só acontece quando a ferida, a marcha e o controlo muscular o permitem, sem contrariar restrições. Agachamentos, elásticos, pontes e resistência não são uma sequência obrigatória para todos.

Depois | reforço e atividades

Nas fases seguintes, o treino pode incluir degraus e tarefas funcionais mais exigentes. Os materiais apresentam uma fase entre semanas 7 e 12, mas a decisão de avançar é clínica. Atividades de baixo impacto são preferíveis; não comece corrida, saltos ou desportos de contacto só porque terminou uma fase.

A via muda o que deve proteger

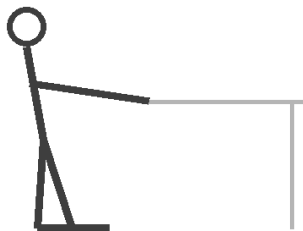
- Hardinge: a reparação dos abdutores pode precisar de proteção. Abrir a perna ativamente ou contra resistência só depois da autorização.
- Direta anterior: os protocolos podem ser menos restritivos, mas posições extremas, grandes passadas para trás e torções devem seguir a orientação individual.
- Fratura, revisão de prótese ou reparações adicionais podem exigir outro plano.

Avance quando há boa técnica, marcha segura, sintomas controlados e autorização. O calendário é um mapa, não um teste que tenha de passar.

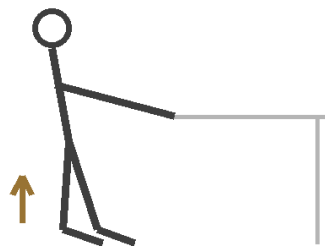
20 | EXERCÍCIOS DE PÉ: DEPOIS DE AUTORIZADOS

G. Elevar os calcanhares

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

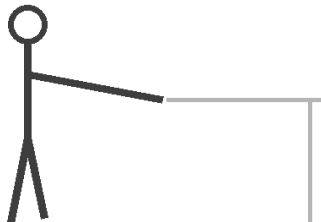
Segurando uma bancada estável, eleve os calcanhares devagar e baixe-os com controlo.

Dose inicial de referência: 5 a 10 repetições, ajustadas pela equipa.

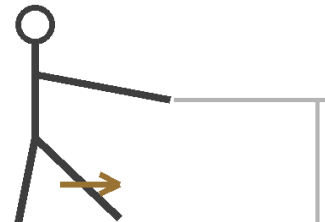
Cuidados: A carga tem de permitir este exercício. Não usar apoio instável nem treinar sozinho com risco de queda.

H. Abrir a perna para o lado

1. Posição inicial



2. Movimento



Esquema simplificado. Movimento lento, amplitude confortável e apoio estável.

Com apoio firme, leve a perna para o lado, mantendo a bacia nivelada e o pé para a frente. Volte lentamente.

Dose inicial de referência: Até 10 repetições, sem peso/elástico no início.

Cuidados: Após Hardinge, só com autorização expressa para abdução ativa. A perna que suporta o peso também tem de cumprir a carga permitida.

21 | VOLTAR ÀS ATIVIDADES COM CONFIANÇA

Marcha e escadas

Use o apoio prescrito e aumente a distância sem sacrificar a qualidade da marcha. A passagem para uma só canadiana ou para marcha sem apoio é avaliada. Ao mudar de direção, dê pequenos passos, sem rodar sobre o pé operado.

Em geral, nas escadas sobe primeiro a perna não operada; desce primeiro o apoio e a operada. A sequência tem de ser ensinada segundo a carga permitida e o apoio disponível. Use corrimão e ajuda no início.

Carro, condução e trabalho

Para entrar no carro, o material sugere afastar o banco, sentar-se e deslocar as pernas em conjunto, sem torção; adapte com o fisioterapeuta. Conduzir exige autorização, capacidade de controlar/travar e ausência de medicação que prejudique a atenção. O regresso ao trabalho depende de tarefas, recuperação e segurança, não de um prazo igual para todos.

Sono, relações sexuais e viagens

Use posições confortáveis permitidas pela equipa. Pergunte sobre posição para dormir e relações sexuais; não teste amplitudes extremas. Em viagens, planeie mobilização e pausas e confirme a prevenção de trombose. Viagens longas cedo na recuperação merecem discussão individual.

Atividade a longo prazo

Caminhar, bicicleta e natação, depois da ferida cicatrizada e de autorização, são exemplos de baixo impacto apresentados na pasta. Mantenha força, peso adequado e seguimento. A prótese pode desgastar-se e precisar de revisão; duração longa não é garantia de que dure toda a vida.

Informe os profissionais de saúde de que tem uma prótese. A necessidade de antibióticos antes de procedimentos não deve ser decidida por uma regra genérica deste guia; pergunte à equipa.

22 | SINAIS DE ALERTA: O QUE FAZER

LIGUE 112

Falta de ar súbita, dor no peito, desmaio, dificuldade em acordar ou respiração lenta depois da medicação. Não espere por resposta a uma mensagem.

Avaliação urgente

Dor ou inchaço novo da barriga da perna, sobretudo de um lado, podem indicar trombose. Não massageie nem continue o exercício. Dor intensa súbita na anca, deformidade ou impossibilidade de apoiar, em particular após queda, exigem avaliação urgente. Não tente colocar a articulação no lugar.

Contacte a equipa no próprio dia

- Febre, sobretudo com mal-estar ou alterações da ferida.
- Ferida com aumento de calor/vermelhidão, pus/líquido, abertura ou penso muito molhado.
- Dor progressivamente pior ou que impede mobilização apesar do plano prescrito.
- Nova perda de força/sensibilidade, vômitos persistentes ou dificuldade em tomar líquidos/medicação.
- Sangramento, hematomas extensos ou efeito secundário que o preocupa.

Se não conseguir contactar a equipa e os sintomas forem importantes, recorra ao serviço de urgência. Os contactos administrativos do timbre não substituem um circuito de urgência.

Tenha este plano acessível

Contacto clínico e horário: _____

Contacto fora de horas: _____

Unidade/urgência recomendada: _____

Pessoa de apoio: _____

Local onde guardo a receita e este guia: _____



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

23 | O SEU PLANO PESSOAL E CHECKLIST DE ALTA

Nome: _____

Data da operação: _____ | anca: ☐ direita ☐ esquerda

Via/variante: _____

Carga e apoio: _____

Movimentos a evitar e até quando: _____

Exercícios selecionados: _____

Fisioterapia: _____

Consulta/controlo da ferida: _____

Medicamento prescrito	Dose/horário	Fim/redução
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Esta tabela é preenchida a partir da receita, não substituída pela página de referência. Inclua analgesia e anticoagulante, sem duplicar medicamentos.

Antes de ir para casa, confirme

- ☐ Tenho a receita e sei o que tomar hoje.
- ☐ Sei a dose de resgate e o que fazer se a dor aumentar.
- ☐ Sei até quando tomo o anticoagulante.
- ☐ Fui ensinado a caminhar, sentar e usar escadas com segurança.
- ☐ Sei os cuidados de penso/duche e os sinais de alerta.
- ☐ Tenho consultas, contactos e pessoa de apoio organizados.

Dúvidas para a próxima consulta:

Dr. Tiago Bessa Magalhães

Especialista em Ortopedia | cédula profissional n.º 50546