CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

SOCIODEMOGRAPHICAL CLINICAL AND PHYSICAL THERAPEUTIC CHARACTERIZATION OF PATIENTS SUBMITTED TO TOTAL HIP ARTHROPLASTY

Rosane Karine Gonçalves Nascimento[1]
Jefferson Carlos Araujo Silva[2]
Ana Letícia Santos do Nascimento[3]
Anna Clara Lopes Freitas da Costa[4]
Ricardo Pessoa Rocha Melo[5]
Tamires Barradas Cavalcante[6]

Resumo: Artroplastia total de quadril (ATQ) é um procedimento cirúrgico de recomposição acetabular e femoral por próteses, promovendo ganho na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos submetidos a tal procedimento. Objetivo: realizar a caracterização sociodemográfica, clínica e do atendimento fisioterapêutico de pacientes submetidos a ATQ. Métodos: pesquisa de caráter transversal, retrospectivo, baseado na análise de prontuários de pacientes submetidos a ATQ primária e/ou de revisão, no período de 2012 a 2016. Foram investigados aspectos como sexo, idade, cor da pele, diagnóstico médico, lado da cirurgia, comorbidades, necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e atendimento fisioterapêutico. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Resultados: Um total de 72 prontuários foram analisados, com média de idade de 54,44 (±13,16) anos, 36,1% eram de cor branca, 16,7% sofreram fratura de colo do fêmur e 51,8% osteoartrose, o lado esquerdo foi operado em 54,1%, 44,4% necessitaram de internação na UTI, 100% realizaram fisioterapia motora no 1° dia pós-operatório (DPO) e 4,2% deambularam no 1° DPO e 56,9% no 3° DPO. Conclusão: O estudo permitiu identificar que a maioria dos pacientes submetidos a ATQ eram do sexo feminino, provenientes do interior do Maranhão, a osteoartrose de quadril foi o diagnóstico prevalente que levou à realização da ATQ e o atendimento fisioterapêutico esteve presente desde o 1° DPO.

Palavras-chave: Artroplastia; Quadril; Características da População; Fisioterapia.

Abstract: Total hip arthroplasty (THA) is a surgical procedure of acetabularand femoral recomposition by prostheses, promoting gain in functionality and quality of life of individuals undergoing to procedure. Objective: characterize sociodemographic, clinical and physiotherapeutic characterization of patients undergoing THA. Methods: across-sectional, retrospective, based on the analysis of medical records of patients undergoing primary and / or revision THA from 2012 to 2016. We investigated aspects such as gender, age, skin color, medical diagnosis, surgery side, comorbidities, need for hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) and physical therapy care. Data were analyzed using descriptive statistics in the Statistical Package for Social Science (SPSS) program. Results: a total of 77 medical records were analyzed, with a mean age of 54,44 (± 13,16) years, 36,1% were white, 16,7% suffered femoral neck fracture and 51,8% osteoarthritis, the left side was operated in 54,1%, 44,4% required ICU admission, 100% underwent motor physical therapy on the 1°Postoperative Day (POD) and 4.2% walked on the 1° POD and 56.9% at 3° POD. Conclusion: The study identified that the majority of patients undergoing THA were female, from the interior of Maranhão, hip osteoarthritis was the prevalent diagnosis that led to the performance of THA and physical therapy was present since the 1° POD.

Keywords: Arthroplasty; Hip; Population Characteristics; Physical Therapy.

1- Fisioterapeuta Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco, Timon-MA, Brasil - https://orcid.org/0000-0002-2044-7155;

2- Programa de pós-graduação em ciências da reabilitação da Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil - https://orcid.org/0000-0001-9131-4360;

3- Hospital São Domingos, São Luís-MA, Brasil -https://orcid.org/0000-0003-4769-7557;

4- Hospital São Domingos, São Luís-MA, Brasil - https://orcid.org/0000-0003-2433-9028;

5- Programa de pós-graduação em ciências da saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI, Brasil - https://orcid.org/0000-0002-7868-9325;

6- Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís-MA, Brasil - https://orcid.org/0000-0002-4063-533X.

E-mail: rosanekarine_fisio@hotmail.com

Recebido em: *17/01/2020*
Revisado em: *06/05/2020*
Aceito em: *07/04/2021*

INTRODUÇÃO

O quadril é uma articulação que apresenta grande mobilidade e uma certa estabilidade, encontra-se constantemente submetida à ação da força da gravidade e está vulnerável às injúrias do processo natural de envelhecimento, bem com as condições traumáticas em indivíduos jovens[1]. A articulação do quadril está suscetível a ocorrência de lesões e fraturas, principalmente na porção proximal do fêmur[2].

Com o desenvolvimento técnico de próteses, a cirurgia de Artroplastia total de quadril (ATQ), que consiste na substituição do componente acetabular e femoral por próteses, tem sido considerada uma das cirurgias ortopédicas que mais beneficiam o paciente, tanto do ponto de vista funcional, como de qualidade de vida[2]. Porém, um estudo recente mostra que no Brasil, a assistência as artroplastias primárias de quadril tem apresentado dados insatisfatórios e preocupantes[3].

No referente à população brasileira, há uma expectativa de vida média de 81 anos para 2050, sendo, portanto, 30% representada por idosos[4,5]. Em decorrência do crescimento da população idosa, algumas doenças, como a osteoartrose de quadril, podem tornar as pessoas incapacitadas gerando déficits funcionais, sendo beneficiadas pela cirurgia de ATQ. Com isso, o conhecimento dos aspectos clínicos e epidemiológicos das pessoas submetidas à ATQ pode contribuir para uma melhor assistência[5].

Concomitantemente, após a realização do procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações, como luxação da prótese, fraturas do fêmur, infecção, lesões vasculares e dificuldade para retornar às atividades de vida diária[6]. Com isso, o atendimento fisioterapêutico atua na reabilitação desde o ambiente hospitalar, evitando as complicações pós-cirúrgicas, até promover maior segurança do paciente em relação aos aspectos funcionais, como andar, sentar ou ficar em pé[7,8,9,10]. São necessários mais estudos, a fim de permitir que protocolos assistenciais sejam implantados, favorecendo a padronização do cuidado[11]. Portanto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar de maneira sociodemográfica, clínica e quanto ao atendimento fisioterapêutico os pacientes submetidos a ATQ.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa possuiu caráter transversal, quantitativo e abordagem retrospectiva, realizada a partir da análise de prontuários e exames complementares de pacientes submetidos à cirurgia de ATQ no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2017, no Serviço de Arquivamento Médico (SAME). Foram adotados como critérios de inclusão os prontuários de pacientes com idade acima de 18 anos, que realizaram a cirurgia de ATQ primária ou revisão, e como critérios de exclusão prontuários com informações incompletas e/ou que se tratassem de outro tipo de cirurgia, prontuários de pacientes que evoluíram para óbito e pacientes que realizaram outro procedimento cirúrgico no membro contralateral durante a internação. Foi

solicitado à secretaria do SAME a relação nominal dos pacientes e número do prontuário, emitida uma listagem constando 165 prontuários de pacientes no período de 2012 a 2016.

Os dados foram coletados com a utilização de um formulário elaborado pelos pesquisadores, que aborda os seguintes aspectos: sexo, idade, cor da pele, procedência, escolaridade, diagnóstico médico, tipo de prótese, lado da cirurgia, acesso cirúrgico, comorbidades, tempo de internação, presença ou não de infecção, necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após realização do procedimento cirúrgico, atendimento fisioterapêutico e desfecho.

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excel* (2016), por processo de dupla digitação e validação, para minimização de erros. Posteriormente, foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0, a partir de onde foram calculadas frequências, percentuais, média, mediana e desvio padrão para a estatística descritiva. A pesquisa respeitou a resolução CNS 466/2012, e a coleta de dados se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-UFMA, sob parecer nº 2.206.899.

RESULTADOS

Um total de 165 prontuários que foram inicialmente analisados, após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão, 72 prontuários foram elegíveis para a pesquisa. Dentre os excluídos, 25 correspondiam a artroplastias parciais de quadril ou outra abordagem, 5 eram osteossíntense de fêmur proximal, 5 evoluíram para óbito, 3 receberam alta sem realização da cirurgia, 33 prontuários apresentaram dados incompletos, 17 haviam feito uma nova cirurgia no membro contralateral e 5 apresentavam dados incompletos.

A idade média dos pacientes foi de 54,44 (±13,16) anos, 41,7 % (n=30) pertenciam ao sexo masculino *versus* 58,3% (n=42) do sexo feminino. A tabela nº 1 contém os dados relacionados a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes submetidos a artroplastia total de quadril do HU-UFMA, São Luís-MA, de 2012 a 2016.

CARACTERÍSTICAS		**f**	**%**
Sexo	Masculino	30	41,7
	Feminino	42	58,3
Cor da pele	Branca	26	36,1
	Parda	36	50
	Preta	10	13,9
	Amarela	0	0
	Indígena	0	0
Procedência	São Luís	19	26,4
	Interior do Maranhão	45	62,5

	Outros	8	11,1
Escolaridade	Ignorado	39	54,2
	Ensino fund. incompleto	15	20,8
	Ensino fund. completo	7	9,7
	Ensino médio incompleto	4	5,6
	Ensino médio completo	2	2,8
	Ensino superior	5	6,9

Fonte: Dados retirados dos prontuários no SAME

Legenda: f – frequência; % - porcentagem

O tempo médio de internação no hospital foi de 12,33 (±13,99) dias, com o mínimo de 3 dias e máximo de 72 dias. Na tabela nº 2 estão dispostos os dados clínicos, como diagnóstico médico principal para a realização da cirurgia, tipo de prótese, lado operado, bem como a necessidade de UTI após a realização do procedimento cirúrgico.

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes submetidos a artroplastia total de quadril no HU-UFMA, São Luís-MA, de 2012 a 2016.

CARACTERÍSTICAS		f	%
Diagnóstico Médico	Fratura do colo do fêmur	12	16,7
	Osteoartrose de quadril	45	62,5
	Soltura asséptica da prótese	8	11,1
	Necrose avascular da cabeça do fêmur	7	9,7
Prótese	Cimentada	30	41,7
	Não – cimentada	28	38,9
	Revisão sem nova ATQ	3	4,2
	Revisão com nova ATQ	5	6,9
	Redução com tração	1	1,3
	Híbrida	5	6,5
Lado da cirurgia	Direito	33	45,8
	Esquerdo	39	54,1
Acesso cirúrgico	Ântero-lateral	5	6,9
	Póstero – lateral	30	41,7
	Lateral direto	18	25
	Não descrito	19	26,4
Infecção como complicação	Sim	6	8,3
	Não	66	91,7
Necessitou de UTI	Sim	32	44,4
	Não	40	55,6

Fonte: Dados retirados dos prontuários no SAME

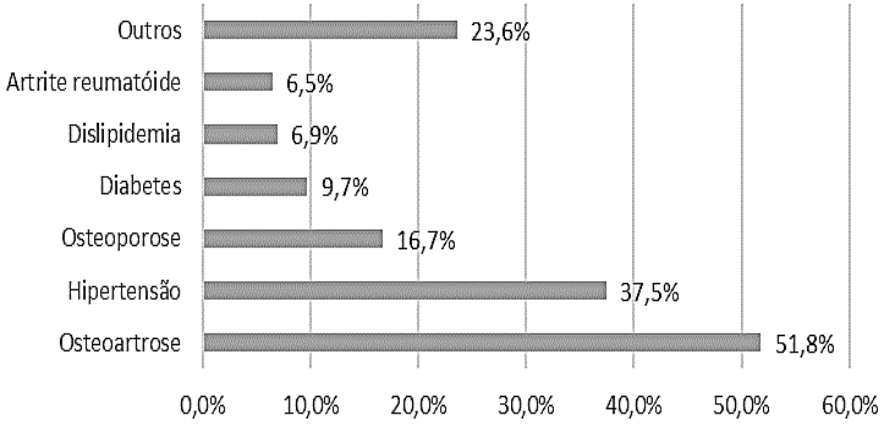
Legenda: f – frequência; % - porcentagem

Na figura 1 encontram-se descritos o percentual de comorbidades presentes na amostra, destacando-se que mais da metade (51,8%) dos prontuários de pacientes submetidos a ATQ tinham diagnóstico de osteoartrose de quadril.

A figura 2 mostra os dados do atendimento fisioterapêutico observando que 65,3% dos pacientes receberam orientações gerais no 1° Dia de Pós-operatório (DPO). Em 100% da amostra foi realizado fisioterapia motora (exercícios passivos, ativos ou assistidos) no 1° DPO, 44,2% dos indivíduos sentaram à beira do leito e 4,2% deambularam.

Figura 1

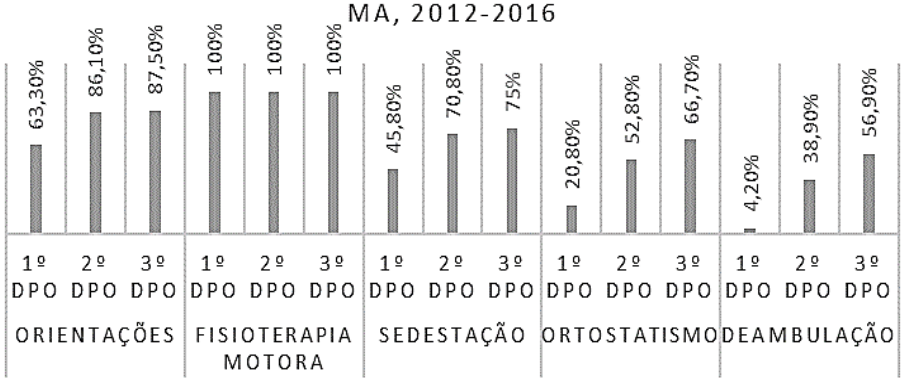
Figura 1 -Percentual de comorbidades presentes nos pacientes submetidos a artroplastia total de quadril no HU-UFMA, São Luís-MA, 2012-2016



Fonte: Dados retirados dos prontuários no SAME

Figura 2

Figura 2 - Descrição percentual do atendimento fisioterapêutico de pacientes submetidos a artroplastia total de quadril no HU-UFMA, São Luís-MA, 2012-2016



Fonte: Dados retirados dos prontuários no SAME
Legenda: DPO - Dia Pós-Operatório

DISCUSSÃO

As ATQ são consideradas cirurgias de alta complexidade que proporcionam resultados benéficos em relação a qualidade de vida e a funcionalidade[7]. O estudo mostrou que a média de idade foi de 54, 44 anos e maior incidência em mulheres (58,3%). Na literatura sobre o perfil das artroplastias de quadril e joelho, foi encontrado uma média de idade de 59,19 anos, com diagnóstico de coxartrose em mulheres na pós-menopausa, justificando que a diminuição da produção de estrogênio acelera a perda óssea[8].

No presente estudo a osteoartrose de quadril foi a principal causa para realização da ATQ, essa afecção consiste no desgaste da cartilagem articular do quadril e está associada a presença de dor e rigidez articular, geralmente observada em idosos e responsável por gerar limitação e reduzir a funcionalidade do seu portador[12]. Um estudo que objetivava avaliar as medidas preventivas de infecção de sítio cirúrgico em indivíduos submetidos a ATQ diverge dos resultados do presente estudo, o diagnóstico de internação mais frequente foi a fratura de colo de fêmur, apresentada em 82% dos pacientes[13].

A maior parte dos pacientes são oriundos do interior do Maranhão (62,5%), com pouca escolaridade (analfabetas). Essa realidade é notória, pois o Maranhão ficou em último lugar dentre todos os estados da Federação na proporção de autorizações de internação hospitalar (AIH) pelo número de idosos para cirurgias de ATQ, entre os anos de 2008 e 2015, dado preocupante sob os aspectos econômicos, sociais e de políticas públicas em saúde[3].

Em relação as características clínicas, nas artroplastias cimentadas um polímero acrílico (o polimetilmetacrilato) é interposto entre os componentes da prótese (femoral e acetabular) e o osso, onde a fixação definitiva acontece por crescimento e remodelamento do tecido ósseo, em torno das porosidades criadas no manto de cimento durante a técnica de cimentação, sendo por muito tempo utilizada para pacientes idosos e com fragilidade óssea[2]. A escolha da prótese depende de alguns fatores como, a idade, qualidade óssea e características funcionais do paciente[3,5].

No presente estudo, houve predomínio do tipo de ATQ cimentada em relação a não cimentada, esse dado diverge de outro trabalho que descreveu o perfil dos pacientes que realizaram ATQ, onde 85 das ATQ com prótese femural e acetabular, ambas cimentadas em 18 cirurgias, ambas não cimentadas em 56 das ATQ, apenas a femural cimentada em 6 procedimentos e apenas a acetabular cimentada em 5 ocasiões (hibridas)[14]. Essas diferenças podem ser justificadas pela escolha do cirurgião sobre qual tipo de prótese utilizar, bem como das características do grupo que recebera a intervenção[2,3,6,7]. Em relação à funcionalidade, as não cimentadas são de escolha para pacientes mais jovens e com melhor qualidade óssea, ao contrário das cimentadas que são para pacientes mais idosos com características de remodelamento ósseo mais fragilizado[14,15].

Houve revisão de ATQ em 11,1% das cirurgias, envolvendo como causa principal a soltura asséptica da prótese. Essa soltura geralmente está associada a perda óssea

periprotética excessiva, sendo a principal causa de revisão operatória relacionada a causa não infecciosa[14,16].

Do ponto de vista funcional, a escolha de acesso cirúrgico é importante. Foi observado no estudo o predomínio do acesso póstero-lateral (41,7%) seguido do acesso lateral direto (25%). A abordagem posterior possui maior facilidade para exposição do acetábulo e canal femoral, demonstrando menor interferência no aparelho abdutor, ao passo que o acesso anterior é considerado mais trabalhoso e há maior risco de lesão do nervo cutâneo lateral da coxa[2]. Já a abordagem lateral apresenta maior facilidade na colocação dos implantes e teoricamente baixo risco de instabilidade, sendo por muito tempo a principal abordagem do quadril; porém, nessa abordagem há o risco de lesão na inserção dos músculos abdutores. O acesso é uma escolha do cirurgião, que depende da sua experiência e do risco benefício para o paciente[17]. Houve prevalência do lado esquerdo, talvez estando associado ao lado dominante do paciente ou descarga maior de peso nesse membro, porém não foram encontrados estudos que justificassem tal afirmação.

Nos pacientes que apresentam comorbidades prévias, tais como desordens cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), artrite reumatoide, infecção do trato urinário, uso de diuréticos, redução dos níveis de vitamina D, as chances de desenvolver fratura no quadril aumentam[7,18]. Na presente pesquisa, houve predomínio de HAS, osteoartrose, DM e osteoporose. A presença de osteoporose em pacientes com osteoartrose de quadril tem importantes implicações, tanto na evolução da doença, quanto de uma perspectiva cirúrgica, pelo potencial de influenciar negativamente o resultado de uma ATQ[8,19].

As ATQ podem apresentar complicações, com taxa de mortalidade de 1 a 2% dos casos. Em virtude da alta complexidade da cirurgia de ATQ, pacientes com comorbidades ou alto risco cirúrgico recebem cuidados em UTI logo após o procedimento cirúrgico[7,20]. Necessitaram de UTI 44,4%, com uma média de um dia de internação, confrontando com os dados de outro estudo em que 80,9% não apresentaram internação em UTI e apenas 17,2% ficaram mais que 1 dia na UTI[7]. Provavelmente, esteja relacionado a presença de comorbidades, instabilidade clínica e idade[18,20].

Os pacientes submetidos a cirurgia de ATQ necessitam de um processo de reabilitação após a cirurgia, e o fisioterapeuta, como parte da equipe multiprofissional, lida diretamente com a reeducação do paciente a uma nova perspectiva de funcionalidade[9,10,11,21]. Os exercícios pretendidos e a prática funcional são iniciados após a cirurgia, com frequência determinada pelo fisioterapeuta, em média duas vezes ao dia até a alta hospitalar, em geral com três a quatro dias pós cirúrgicos[9,10,21].

No estudo, todos os pacientes foram submetidos ao atendimento fisioterapêutico pelo menos uma vez após a cirurgia. Verificamos que nas condutas descritas pelos profissionais nos prontuários, no 1°, 2° e 3° DPO de ATQ, os pacientes receberam orientações gerais, sendo um fator relevante em virtude da insegurança e falta de conhecimento sobre sua nova condição funcional[9]. É sabido que a

instrução do paciente sobre as posições indicadas e contraindicadas para o quadril, como uso do coxim abdutor, pode evitar as luxações como complicação no pós-operatório[7,9,10,11,16,17,20].

Foi encontrado nas descrições dos prontuários, os exercícios fisioterapêuticos descritos de forma geral como fisioterapia motora. A literatura mostra que a cinesioterapia passiva é a técnica de escolha para iniciar a mobilização do paciente[10,11]. Ela consiste em exercícios realizados com a mobilização controlada de cada articulação, o que torna possível a adequação de sua intensidade conforme o limiar de dor do paciente[12,16,21]. Nos primeiros dias de pós-operatório há orientação de iniciar-se à execução de exercícios passivos, em seguida evolui- se para exercícios ativos (flexão e extensão do joelho, quadril e tornozelo) sem risco de carga no membro[17,21].

Observa-se, no presente estudo, que no decorrer dos dias os pacientes tornavam-se mais ativos, provavelmente pela realização de exercícios ativo-assistidos (quando os exercícios são auxiliados pelo fisioterapeuta, mas iniciados e controlados pelo paciente) ou ativos, corroborando com o que a literatura cita[7,10,16]. Como limitação desta pesquisa, notou-se a descrição de fisioterapia motora no prontuário ser muito generalista, dificultando a compreensão do tipo exato de exercício realizado durante o atendimento fisioterapêutico.

O estudo revelou que alguns pacientes necessitaram de fisioterapia respiratória, porém com menor incidência, provavelmente refere-se aos pacientes que necessitaram de internação na UTI após realização do procedimento cirúrgico[7]. Sabe-se que a fisioterapia respiratória auxilia na remoção de secreções brônquicas, na reexpansão pulmonar, no manejo do paciente em ventilação mecânica, dentre outras técnicas. Com isso, a fisioterapia pode ter auxiliado na melhora clínica desses pacientes, favorecendo a recuperação, desde sua internação na UTI[20,22].

Outro aspecto importante do atendimento fisioterapêutico pós ATQ são as execuções e orientações quanto a trocas posturais tais como: sentar, ficar em pé e deambular com autonomia e segurança[6,14,16]. O estudo mostrou que a maior parte dos pacientes sentaram à beira do leito a partir do 1° DPO. No HU-UFMA, no setor de ortopedia, o protocolo para sedestação é permitido após a realização da radiografia do quadril, para minimizar os riscos de luxação; seguida de orientação do fisioterapeuta a equipe e aos acompanhantes na realização das transferências de forma mais segura.

Uma revisão sistemática avaliou o efeito do fornecimento de dispositivos auxiliares, educação sobre precauções com o quadril e o treino de atividades de vida diária em pessoas submetidas a ATQ, no entanto, os estudos apresentaram baixa qualidade e grande risco de viés, o que não permite concluir se estas medidas são efetivas na prevenção de luxação de ATQ. A revisão chama atenção para a reabilitação predominantemente focada em fisioterapia, educação pré-operatória e programas multidisciplinares[23]. Isso reafirma a importância da fisioterapia logo após a ATQ, para que o paciente crie confiança ao se movimentar[12,21].

Como parte do atendimento fisioterapêutico, o ortostatismo e a deambulação tiveram seu início com maior incidência a partir do 2º DPO. A reabilitação precoce em pós-operatório de ATQ está relacionada ao protocolo *FastTrack*, que corresponde a uma abordagem multidisciplinar, com início de fisioterapia de forma precoce, otimização do quadro álgico, terapia nutricional, entre outros. Este protocolo reduz substancialmente os custos do tratamento no pós-operatório de ATQ, bem como as recidivas e índices de mortalidade[24]. Em uma pesquisa com 39 idosos (~66,1 anos) submetidos a ATQ foi avaliado um protocolo de fisioterapia precoce na primeira semana após a realização do procedimento, o grupo intervenção, além da fisioterapia padrão, preconizada no pós-operatório de ATQ, recebeu drenagem linfática manual, treino de atravessar obstáculos, treino de marcha na esteira, mudança de descarga de peso, apoio unipodal e exercícios de tração. Os pacientes apresentaram melhores resultados, em comparação ao grupo controle, na mobilidade do quadril e no teste de caminhada 6 minutos, sugerindo o início precoce de um programa fisioterapêutico intenso, contendo treino de força, coordenação e marcha[25].

Um estudo realizado com pacientes submetidos a ATQ dividiu os voluntários em dois grupos, um recebia orientações verbais e o outro grupo, além das orientações verbais, recebia um manual de orientações pós-operatória de ATQ. Os voluntários que receberam o material impresso sobre orientações no pós-operatório de ATQ apresentaram melhora na funcionalidade dos membros inferiores e confirmaram que a realização de fisioterapia precoce no pós-operatório contribui para a recuperação funcional do paciente[9]. No presente estudo não foi avaliado diretamente a funcionalidade, no entanto, foi observado que um percentual de 4,2% dos pacientes deambulou logo no primeiro dia pós-operatório, contribuindo dessa forma para a recuperação funcional do paciente[10].

Neste trabalho observamos que o tempo de internação teve média de 12,33 dias, todos com desfecho de alta, variando de 3 a 72 dias. Um estudo sobre a caracterização de artroplastias e a relação com infecção trouxe um período de internação de 5,9 dias (desvio padrão de 6 dias), mínimo de 2 e máximo de 69 dias[8]. O aumento desses dias pode estar tanto associado com período de infecção, quanto pela espera para realização das cirurgias (incompatibilidade de materiais), um fator que expõe o paciente também aos riscos da hospitalização prolongada[3,6,13,20].

CONCLUSÃO

O reconhecimento dos aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes submetidos a ATQ são necessárias com o intuito de estabelecer protocolos terapêuticos para promoção de melhor assistência por parte da equipe multiprofissional. A ATQ foi predominante em mulheres, pardas, com idade média de 54,55 anos, com comorbidades como HAS e osteoartrose, metade dos pacientes necessitaram de UTI após a cirurgia. Os pacientes apresentaram melhora funcional ao longo dos dias, tendo o atendimento fisioterapêutico papel relevante nesse processo,

com condutas como orientações, fisioterapia motora e sedestação no 1º DPO, e deambulação no 2º e 3º DPO apresentando maior predomínio. No entanto, são necessários estudos que avaliem diretamente a funcionalidade do paciente submetido a ATQ e a contribuição do atendimento fisioterapêutico, com a descrição detalhada dos exercícios realizados durante o atendimento, bem como o impacto no tempo de internação.

REFERÊNCIAS

1. Cabrita HABA, Trindade CAC, Gurgel HMC, Leal RD, Marques RFS. Artroscopia de quadril. RevBras Ortop. 2015;50(3):245-253.http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.07.005

2. Galia CR, Diesel CV, Guimarães MR, Ribeiro TA. Atualização em artroplastia total de quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. Revista Brasileira de Ortopedia. 2017,52(5):521-527.http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.09.013

3. Ferreira MC, Oliveira JCP, Zidan FF, Franciozi CES, Luzo MVM, Abdalla RJ. Artroplastia total de joelho e quadril: a preocupante realidade assistencial do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Revista Brasileira de Ortopedia. 2017;53(4):432-440.https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.11.002

4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projecão da Populacão do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html

5. Schwartsmann CR, Boschin LC, Gonçalves RZ, Yépez AK, Spinelli LF. Novas Superfícies em Artroplastia Total do Quadril. Revista Brasileira de Ortopedia. 2012;47(2):154-159.http://www.scielo.br/pdf/rbort/v47n2/v47n2a02.pdf

6. Barros AAG, Mendes CHC, Temponi EF, Costa LP, Vassalo CC, Guedes EC. Avaliação da eficácia do protocolo para cirurgia segura do quadril (Artroplastia Total de Quadril). Rev. Bras. Ortop. 2017;52(S1):29-33.http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2017.06.009

7. Rezende VS, Cortez PJO. Perfilclínico-epidemiológicodos pacientesempós-operatório de artroplastiasem um hospital do sul de Minas Gerais. Revista Ciências em Saúde: 2017;1(3):14-20.doi: 10.21876/rcsfmit.v7i3.678

8. Pinto CZS, Alpendre FT, Stier CJN, Maziero ECS, Alencar PGC, Cruz EDA. Caracterização de artroplastia de quadril e joelho e fatores associados a infecção. Revista de Ortopedia. 2015;50(6):694-699.http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2015.04.017

9. Lima BLTS, Santos JNN, Coutinho ML, et al.Estudo comparativo da funcionalidade do paciente submetido à artroplastia total de quadril. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas – MG. 2017;1(1):96-109.http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/11/8

10. Krastanova MS, IlievaEM, Vacheva DE. RehabilitationofPatientswith Hip Joint Arthroplasty (Late Post-surgeryPeriod – Hospital Rehabilitation). Folia Medica I.2017;59(2):217-221. DOI: 10.1515/folmed-2017-0016

11. Urso GO, Monteiro LG, Zanolini WJ, Soares RP. Abordagem fisioterapêutica em diferentes tipos de artroplastiade quadril. Fisioterapia Brasil. 2010,11(1):49-53.http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1332/2454

12. Jensen C, Roos EM, Kjaergaard-Andersen P, Overgaard S. The effectofeducationandsupervisedexercise vs. educationaloneonthe time to total hip replacement in patientswithsevere hip osteoarthritis. A randomizedclinicaltrialprotocol. BMC MusculoskeletalDisorders. 2013;14(21):1-9.doi:10.1186/1471-2474-14-21

13. Pereira BRR, Mendoza IYQ, Couto BRGM, Ercole FF, Gouveia VR. Artroplastia do quadril: prevenção de infecção do sítio. Rev. SOBECC, São Paulo. 2014;19(4):181-187.http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_181-187.pdf

14. Gouveia VR, Mendonza IYQ, Couto BRGM, Ferreira JAG, Paiva EB, Guimarães GL, et al. Perfil dos pacientes submetidos à artroplastia do quadril em hospital de ensino. Rev. Col. Bras. Cir. 2015;42(2):106-110.http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n2/pt_0100-6991-rcbc-42-02-00106.pdf

15. Duarte GMH, Alberti LR. Artroplastia total ci¬¬¬mentada do quadril. Rev. Med. Res. Curitiba. 2013;1(1):36-49.http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/329/319

16. Canela RP, Alencar PGC, Ganev, GG, Vincenzi, LF. Revisão de artroplastia total de quadril com prótese modular não-cimentada de fixação distal tipo ZMR©. Análiseclínica e radiográfica de 30 casos. RevBras Ortop. 2010;45(3):279-85.http://www.rbo.org.br/detalhes/1285/pt-BR/revisao-de-artroplastia-total-do-quadril-com-protese-modular-nao-cimentada-de-fixacao-distal-tipo-zmr%C2%AE--analise-clinica-e-radiografica-de-30-casos

17. Vicente JRN, Miyahara HS, Luzo CM, Gurgel HM, Croci AT. Artroplastia total do quadril feita via

posterior minimamente invasiva – resultados após seis anos. RevBras Ortop. 2015;50(1):77-82.http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.02.010

18. Ricci G, Longaray MP, Gonçalves RZ, Ungaretti Neto AS, Manente M, Barbosa LBH. Avaliação da taxa de mortalidade em um ano após fratura do quadril e fatores relacionados à diminuição de sobrevida no idoso. RevBras Ortop. 2012;47(3):304-9.http://www.scielo.br/pdf/rbort/v47n3/v47n3a05.pdf

19. Domingues VR, Campos GC, Plapler, PG, Rezende MU.Prevalence of osteoporosis in patients awaiting total hip arthroplasty. Acta Ortopédica do Brasil. 2015;23(1):34-7.http://dx.doi.org/10.1590/1413-78522015230100981

20. Sarraf EM, Borges RO. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com fratura de quadril internados em um hospital de referência traumatológica na cidade de Salvador, Bahia. Rev. Baiana Saúde Pública, 2012;36(4):1053-67.http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v36n4/a3796.pdf

21. Barbosa GC, Ferrari P. Fisioterapia no pós-operatório de artroplastia total de quadril Revista Uniabeu. 2017;10(25):1-17. https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2664/pdf

22. Leme LEG, Sitta MC, Toledo M, Henriques SS. Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. RevBras Ortop. 2011;46(3):238-46.http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46n3/a02v46n3.pdf

23. Smith TO, Jepson P, Beswick A, Sands G, Drummond A, Davis ET, Sackley CM. Assistivedevices, hip precautions, environmentalmodificationsand training topreventdislocationand improve functionafter hip arthroplasty. Cochrane DatabaseofSystematicReviews. 2016;Issue7. DOI: 10.1002/14651858.CD010815.pub2.

24. Büttner M, Mayer AM, Büchler B, Betz U, Drees P, Susanne S. Economicanalysesoffast-track total hip andkneearthroplasty: a systematicreview. EuropeanJournalofOrthopaedicSurgery&Traumatology, 2019.DOI: 10.1007/s00590-019-02540-1

25 Matheis C, Stöggl T. Strengthandmobilization training withinthefirstweekfollowing total hip arthroplasty.Journalofbodywork&movementtherapies. 2018;22(2):519-527.doi: 10.1016/j.jbmt.2017.06.012.