

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão sistemática.

Autor / ano	Objetivo(s)	Amostragem / desenho metodológico	Intervenção	Resultados
BARKE R <i>et al.</i> , 2013	Identificar se um programa de reabilitação personalizado é mais eficaz do que a prática padrão para melhorar a função em pacientes submetidos à artroplastia de recapeamento de metal com metal.	Um ensaio controlado randomizado com acompanhamento em seis, 16 e 52 semanas, com 80 homens com idade mediana de 56 anos que realizaram a cirurgia de 2009 a 2010. Parâmetros e instrumentos - <i>Oxford Hip Score</i> (OHS), medidas de resultado de autorrelato de função e qualidade de vida, escore de deficiência de quadril e osteoartrite (HOOS), EuroQol (EQ-5D-3L) e escore de atividade da UCLA. O exame registrou a pontuação de Charnley e a presença ou ausência de sinal de Trendlenberg. A flexão do quadril, a abdução e a amplitude de movimento de extensão foram medidas usando um goniômetro. Uma meta selecionada pelo paciente para o resultado do tratamento foi registrada e as complicações após a cirurgia foram monitoradas. Diários foram usados para registrar a quantidade total de fisioterapia domiciliar e exercícios realizados por cada grupo após a alta. Os pacientes eram compatíveis se completassem pelo menos 75% dos exercícios, em termos de frequência e duração combinadas.	<p>Todos os pacientes receberam tratamento duas vezes ao dia e receberam alta uma vez que estavam se mobilizando de forma segura e independente.</p> <p>G. GRUPO CONTROLE (GC): Seguiu os cuidados hospitalares de rotina para a artroplastia total do quadril usando a via de atendimento integrado, o uso de precauções no quadril e nenhuma contribuição adicional. Os exercícios foram com descarga de peso parcial para recuperar a amplitude de movimento e incluíram exercícios de fortalecimento isométrico.</p> <p>Todos os pacientes receberam um folheto, elaborado por consenso multidisciplinar, para padronizar os exercícios e conselhos pós-operatórios. As informações nestes folhetos seguem as diretrizes da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos.</p> <p>G. GRUPO TRATAMENTO (GT): Seguiram um protocolo de recuperação aprimorado até a 8ª semana, sem precauções de quadril e descarga de peso total desde o primeiro dia. A reeducação da marcha continuou durante toda a intervenção, incluindo a diminuição do uso de auxílio, o aumento da distância, o progresso de caminhar dentro de casa para o exterior, praticar passos laterais e para trás e mudanças de direção e velocidade. Exercícios focados em melhorar a amplitude ativa de movimento do quadril e força dos membros inferiores. Atividades como sentar-se e ficar em pé, retreinamento do equilíbrio por meio da postura de uma perna e exercícios de sustentação de peso para corrigir padrões anormais de movimento, melhorar a estabilidade pélvica e fortalecer os abdutores do quadril foram incluídas no programa. Duas semanas após a cirurgia, o grupo de intervenção recebeu uma sessão de fisioterapia adicional em casa ou em ambulatório. Todos os pacientes receberam um livreto contendo diretrizes para retorno ao trabalho, atividades esportivas e de lazer e detalhes dos exercícios em casa, com orientações específicas para a progressão individual dos exercícios, incluindo novos exercícios a cada 2 semanas.</p>	<p>A idade média na linha de base para os dois grupos foi de 55,8 anos. Não houve diferenças no tempo de internação, tipo de implante ou abordagem cirúrgica entre os grupos.</p> <p>Em um ano, o escore médio do quadril de Oxford (OHS) do GT foi maior significativamente que o GC, ($p=0.001$). Da mesma forma, houve significância no score de HOOS ($p < 0,0005$). O score de atividade da UCLA não teve significância ($p = 0,373$). O EuroQol (EQ-5D-3L) mostrou uma melhoria de 0,85 ($p < 0,0005$). Quanto à amplitude de movimento, houve aumento significativo do GT em relação ao GI para flexão, extensão e abdução de quadril.</p> <p>A força muscular melhorou mais no grupo de intervenção, mas não foi estatisticamente significativa em nenhum grupamento muscular testado.</p> <p>No início do estudo, os participantes foram solicitados a definir uma meta que esperavam alcançar. Os exemplos incluíam esquiar, ajoelhar-se, brincar com os netos e viajar de férias sem dor. Às 52 semanas no grupo de intervenção 32/40 (80%) atingiram completamente sua meta, em comparação com 22 (55%) no grupo controle; 7 (17,5%) no grupo de intervenção e 6 (15%) no controle atingiram parcialmente sua meta; 2 (5%) participantes do grupo de intervenção falharam em atingir sua meta e 8 (20%) no controle.</p> <p>Foram relatados oito eventos adversos (complicações), distribuídos entre os grupos. Houve dois casos de fratura do colo do fêmur (grupo intervenção); três casos de reação metálica ou pseudotumor confirmado (dois no grupo intervenção, um no controle), dois casos de ossificação heterotrófica (grupo controle) e um caso de dor inexplicável (grupo controle). As complicações não foram avaliadas como estando relacionadas à alocação do tratamento. O nível geral de complicações estava dentro dos níveis esperados relatados de 1,9% para fratura, 27 29% para ossificação heterotrófica e 2% para pseudotumor.</p>
UMPIE RRES <i>et al.</i> , 2014.	Determinar a eficácia de um protocolo de intervenção fisioterapêutica	Estudo clínico randomizado com 106 pacientes, ambos os sexos, com osteoartrite (OA) do quadril, admitidos entre julho de 2009 a outubro de 2011, subdivididos	GRUPO THAP (n=52) - Recebeu introdução e orientação verbal sobre o protocolo de reabilitação do grupo multidisciplinar a ser realizado sem a presença de um fisioterapeuta.	Todos os 106 foram incluídos na análise final, com homogeneidade entre os grupos. Quando se comparou a goniometria no pré-operatório e pós-operatório (PO) dentro de cada grupo, o grupo THAPCP obteve resultados significativos ($p < 0.001$) em todos os movimentos e o grupo THAP para

	<p>hospitalar em comparação com apenas a orientação deste mesmo protocolo para reduzir o comprometimento funcional de pacientes após Artroplastia Total de Quadril (ATQ).</p>	<p>aleatoriamente em dois grupos, de acordo com a ordem de admissão no hospital. Os parâmetros mensurados foram o comprometimento funcional através da goniometria e avaliação da força muscular; discrepância dos membros inferiores; qualidade de vida (SF-36); desempenho motor, marcha e dor avaliados pelos <i>scores</i> de Merle d'Aubigné e Postel.</p>	<p>GRUPO THAPCP (n=54) - Recebeu o mesmo auxílio multidisciplinar, porém, o protocolo foi realizado pelo fisioterapeuta. O protocolo consistia em exercícios de fortalecimento para glúteos e coxa, sedestação fora do leito, treino de marcha e orientados sobre movimentos que deveriam ser evitados e sobre as posições corretas do membro operado. Realizado por 3 dias, uma vez ao dia, por 60 minutos, 3x12 repetições de cada exercício, e instruídos a realizar em casa após a alta hospitalar, sendo reavaliados após 15 dias de pós-operatório.</p>	<p>extensão, adução e rotação interna, e ao comparar entre os grupos no PO, houve diferença favorável ao grupo THAPCP para adução e abdução. A força muscular teve melhora significativa em ambos os grupos e comparando no PO entre estes, houve melhora significativa no grupo THAPCP na maioria dos movimentos, menos para flexão e extensão de joelhos. Na avaliação clínica global, houve diferença significativa para o grupo THAPCP ($p < 0,001$). Quanto aos resultados do SF-36 somente a dor corporal teve significância com vantagem do grupo THAPCP ($p = 0,01$).</p>
<p>MATHEI S, C.; STÖGG L, T., 2018.</p>	<p>Ilustrar a efetividade de um treinamento adicional de força e mobilização direcionada dos músculos do quadril com sustentação de peso total na primeira semana pós-operatória de ATQ usando o Método OCM (acesso anterolateral modificado) em relação a fisioterapia padrão.</p>	<p>Estudo Randomizado controlado, realizado em um hospital em Munich, realizado entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016. 39 pacientes com osteoartrite de quadril e média de 66 anos e cirurgia programada foram divididos em grupo intervenção (GI) e controle (GC). GI: 13 homens, 7 mulheres e um GC: 8 homens e 11 mulheres. Após o implante de ATQ, no 1º dia pós-operatório, o GC concluiu a fisioterapia padrão, enquanto o GI intensificou o tratamento ativo com mobilização adicional e treinamento de força. Os pacientes receberam alta normalmente para uma reabilitação clínica no sétimo dia. Foram mensurados 1 dia antes e 6 dias após a cirurgia: amplitude de movimento passiva (flexão, extensão, abdução), circunferência da coxa, teste de resistência dos músculos glúteos médio e mínimo, postura sobre uma perna, distância percorrida em teste de caminhada de 6 min em uma esteira e parâmetros subjetivos através de um questionário com em escalas para avaliação do quadril (Merle d'Aubigné, Harris Hip Score, WOMAC 244 Index, Staffelstein Score, SF-36).</p>	<p>1º dia, ambos os grupos: exercícios de movimento passivo e ativo na extensão permitida pela dor. Se possível, os pacientes eram obrigados a ficar em pé e andar com muletas no modo de marcha de 3 ou 4 pontos. Foram autorizados a colocar tanto peso na perna afetada, como eles poderiam tolerar (até carga total), além de serem informados verbalmente sobre quais movimentos não são permitidos: cruzar as pernas, flexão acima de 90° e rotação interna com a articulação operada. Também foram orientados a deitar-se na posição lateral com a perna operada por cima e receberam um folder com exercícios a serem executados por conta própria, 3 x/dia todos os dias: movimentos de pé e tornozelo para evitar trombose, exercícios isométricos de contração dos músculos das pernas e do tronco, flexão e extensão do quadril e joelho, movimentos pélvicos crânio-caudais recíprocos, bem como alongamento dos flexores do quadril. GC: (2º ao 6º dia) - Mobilização passiva para flexão, extensão e abdução realizada nas posições supina, lateral e prona e mobilização ativa da articulação do quadril realizada em pé (20 minutos) + drenagem linfática manual (20 minutos). GI: Os pacientes receberam as mesmas aplicações de fisioterapia do GC com instruções de marcha, porém, no 2º dia esse grupo não recebeu drenagem linfática. A partir do 3º dia, foi adicionado uma terapia de treinamento de 30 min com exercícios no <i>cross-walker</i>, esteira, mudança de peso, sequências de passos em superfície instável, exercícios de postura e tração para extensão e abdução do quadril. Foram instruídos a sobre qualquer dor ou desconforto durante os exercícios, para que a intensidade ou natureza do exercício fosse modificado de acordo. No nível de dor ≥ 4 na escala numérica (NRS), havia interrupção do exercício para não dificultar o processo de cicatrização pós-operatória.</p>	<p>O GC já tinha uma maior mobilidade de quadril pré-teste ($p = 0,047$) mas houve uma redução significativa da flexão de quadril nos dois grupos (IG: $p = 0,001$; CG: $p < 0,001$). Para extensão, houve aumento na extensão do quadril para o GI ($p = 0,012$) e diminuição do GC ($p < 0,001$). Na abdução, houve aumento da mobilidade do quadril no GI ($p < 0,001$), enquanto no GC não houve diferença ($p = 0,247$). Não houve diferença na circunferência da coxa no pré-teste entre o GI e o GC ($p = 0,240$). Nos dois grupos houve aumento de magnitude semelhante na circunferência da coxa (GI: $p = 0,001$; GC: $p < 0,001$). No teste de resistência dos mm. Glúteos houve uma diminuição comparável no período de ambos (GI: $p = 0,003$; GC: $p < 0,001$). Na postura sobre uma perna, houve uma diminuição na duração da manutenção desta no GC ($p = 0,003$) enquanto no GI não houve diferença ($p = 0,237$). No teste de caminhada o GC teve diminuição da distância percorrida ($p < 0,001$), enquanto no GI não houve alteração ($p = 0,253$). No resultado do questionário os dois grupos apresentaram melhora no pré e pós-teste (GI: $p < 0,001$; GC: $p = 0,01$). Também com relação aos itens individuais de dor, segurança nas AVD's e estado de saúde, não houve diferenças específicas entre os grupos.</p>