

Artigo Original de Investigação

Relação entre o plano de reabilitação na prótese total da anca (PTA) e a abordagem cirúrgica: aplicação do Método de Delphi

The use of Delphi Method in the study of the relationship between the rehabilitation in the total hip prosthesis (THP) and the surgical approach

Margarida da Silva Sousa¹, João Casaca-Carreira¹, Joaquim Silveira Sérgio¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Fisioterapia, Lisboa
margaridasilvasousa4@gmail.com, jasaca@esscvp.eu, ssergio@esscvp.eu

Em Portugal são colocadas mais de 6000 próteses por ano, na faixa etária dos 60 aos 75 anos.

Descrevem-se na literatura diversos modelos de abordagem cirúrgica - a anterior, a ântero-lateral, a lateral, a posterior e, ultimamente, a abordagem minimamente invasiva ou anterior direta. Tendo em conta as diferenças de cada abordagem e a controvérsia de informação que subsiste sobre a reabilitação nas situações de implantação da prótese total da anca, o objetivo deste estudo centra-se na obtenção de um consenso, através do Método de Delphi, sobre a necessidade de se elaborar um protocolo de reabilitação, de acordo com a abordagem cirúrgica realizada.

O painel de Delphi foi constituído por 8 Especialistas - 5 fisioterapeutas e 3 ortopedistas. Para a recolha dos dados foram efetivadas três fases de questionários, tendo sido a primeira de carácter exploratório; a segunda a da utilização da Escala de *Likert*; e, por último, a terceira, a da elaboração de um questionário dicotómico.

Após a análise estatística dos dados, 100% dos inquiridos concordaram que seria relevante a elaboração de um protocolo específico de fisioterapia. Acerca do mesmo, 87,5% afirmaram que a fisioterapia deve ser iniciada nas primeiras 24h, e de igual forma acordaram sobre a necessidade de partilha de informação na equipa multidisciplinar, a fim de melhorar os cuidados prestados. Parte dos especialistas (75%) também concorda na importância de o protocolo conter informações sobre o processo cirúrgico.

Tendo-se obtido o consenso, no fim da terceira fase, depreende-se que a atualização e especificidade do protocolo de fisioterapia, na prótese total da anca, de acordo com a abordagem cirúrgica, traria benefícios no tratamento e reabilitação do utente.

In Portugal, more than 6,000 prostheses are placed per year, in the age group from 60 to 75 years.

Several models of surgical approach - anterior, antero-lateral, direct lateral, posterior, and lately, the minimally invasive approach or straight anterior approach - are described in the literature. Considering the differences among the approaches, and the information controversy that persists over the rehabilitation of the total hip prosthesis, the objective of the study is to obtain consensus through the Delphi method, on the need to elaborate a rehabilitation protocol, according to the surgical approach performed.

The Delphi panel consisted of 8 experts - 5 physiotherapists and 3 orthopedists. For the data collection, three phases of questionnaires were carried out. The first was an exploratory one; in the second phase was used the Likert scale; and finally, in the third phase, was elaborated a dichotomous questionnaire.

After statistical analysis of the data, 100% agree that it would be relevant to elaborate a specific physiotherapy protocol; 87.5% of the respondents stated that physical therapy should be started within the first 24 hours, and also agreed on the need to share information, within the multidisciplinary team, for care improvement. Some of the experts (75%) are also in accordance with the importance of the protocol to contain information about the surgical process.

A consensus was reached at the end of the third phase, and we can conclude that the updating and specificity of the physiotherapy protocol, in the total hip prosthesis, according to the surgical approach, would bring benefits in the treatment and rehabilitation of the patient.

PALAVRAS-CHAVE: *Prótese total da anca; abordagens cirúrgicas; fisioterapia na PTA; protocolo de reabilitação na PTA.*

KEY WORDS: *Hip prosthesis; surgical approaches; physiotherapy in the THP; THP rehabilitation guidelines.*

Submetido em 18.05.2020; Aceite em 26.06.2020; Publicado em 01.03.2021.

* **Correspondência:** Margarida da Silva Sousa.

Email: margaridasilvasousa4@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prótese total da anca (PTA) foi criada em 1826. Ao longo dos anos, este método tem vindo a ser melhorado, com o intuito de o tornar cada vez mais seguro e eficaz¹. Conhecida como uma técnica de sucesso na diminuição da dor e no tratamento de diversas patologias (na artrose, 60%; em sequelas de trauma, 11%; na artrite reumatóide, 7%; e na necrose asséptica da cabeça do fémur, 7%)¹, promove a melhoria da qualidade de vida nas faixas etárias mais elevadas. Define-se na literatura como a substituição do componente acetabular por material côncavo e semiesférico, e pela substituição da cabeça femoral

por material esférico e metálico^{1,2}.

Através dos dados epidemiológicos mundiais, constata-se que, 1 em cada 10 pessoas, tem mais de 60 anos, estando previsto que, em 2050, o número de pessoas, na faixa etária dos 60 aos 75 anos, seja 1,9 biliões¹. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2015, Portugal apresentava, aproximadamente, 11 milhões de pessoas, com um índice de envelhecimento de 146,5 %, esperando-se que, em 2080, este número seja 5 vezes superior³.

O envelhecimento é um processo de natureza biológica que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Por este motivo, existe uma maior

suscetibilidade para doenças do foro osteo-degenerativo, o que poderá explicar os numerosos casos de fratura do colo do fémur nos idosos – 1,7 milhões registados em 2010, em todo do mundo, prevendo-se que esse número ascenda a 6 milhões em 2050⁴. A *American Academy of Orthopedics Surgeons* (AAOS) relatou que, em utentes com processos traumato-degenerativos, com menos de 50 anos, a PTA só foi utilizada em 5% dos casos. Contudo, acima dos 60 anos aquando de um processo traumático (quedas, acidentes), esse número passou para 95%^{5,6}. Em Portugal, no ano de 2011, segundo o Registo Português de Artroplastias, foram efetuadas mais de 6000 intervenções cirúrgicas para colocação de PTA⁷.

No decorrer dos anos, o método cirúrgico para a colocação da PTA tem vindo a sofrer alterações, com o intuito de o tornar cada vez menos invasivo⁸. De acordo com Learmonth, a evolução da tecnologia e bioengenharia permitiu que, atualmente, a implantação da prótese total da anca seja menos invasiva (menos tecido lesado) e com mais estabilidade – fatores que permitem uma reabilitação mais curta e eficaz⁹. Na literatura descrevem-se 4 tipos essenciais de abordagens cirúrgicas: a abordagem anterior de Smith-Petersen, descrita em 1917; a abordagem ântero-lateral, descrita em 1935 por Watson-Jones; a abordagem lateral, descrita em 1982 por Hardinge; e, por último, a abordagem pósterio-lateral de Langenbeck-Kocher, descrita inicialmente por Langenbeck, em 1873, viria a ser modificada por Kocher, em 1887¹⁰⁻¹³. Esta última abordagem iria ainda sofrer mais duas modificações: a primeira, por Gibson, em 1950, e a segunda, em 1954, por Marcy e Fletcher^{14,15}. No referente à tendência atual para as cirurgias minimamente invasivas da anca, verifica-se a utilização da via anterior direta, a qual, utilizando a porção reta e anterior (coxal) da via de Smith-Petersen, aborda a anca através do interstício entre o tensor da fáscia lata e o sartorius/costureiro, o que requer uma disseção mínima. Esta via, descrita inicialmente por Heuter e Schede, foi usada como via de acesso para a artroplastia total da anca, pela primeira vez, em 1947, pelo cirurgião francês Robert Judet¹⁷⁻¹⁹.

Estes diferentes tipos de abordagem são utilizados conforme a experiência do cirurgião e os antecedentes patológicos do utente, distinguindo-se pelo local da incisão, pela musculatura comprometida, e por serem mais ou menos invasivas²⁰. A abordagem anterior inicia-se por uma incisão de 10 a 15 cm, com começo na crista ilíaca ântero-superior que, acompanhando as fibras mediais do tensor da fáscia lata, vem a estender-se pela face anterior da coxa. Esta via provoca a distensão do tensor da fáscia lata, do sartório e do reto femoral²⁰. Na abordagem ântero-lateral, a incisão inicia-se na zona superior e anterior da crista ilíaca, de forma ligeiramente curva, alonga-se depois, por 10 a 15 cm, para a zona lateral da coxa. Esta intervenção é suscetível de provocar lesões musculares a nível do médio glúteo, uma vez que é necessário retrai-lo (lateralmente) para visualizar a articulação. Ainda que esta incisão promova uma maior estabilidade articular, pode também levar ao compromisso do nervo femoral cutâneo lateral/externo²⁰. A abordagem lateral está descrita como sendo uma das abordagens com melhor acesso à articulação coxofemoral. No entanto, pode provocar uma diminuição da força dos abdutores^{20,21}. Por último, a abordagem posterior, que se inicia na região glútea, faz um ângulo de, aproximadamente, 45° com o eixo do fémur, passa depois pela porção posterior do grande trocânter, alongando-se, por 8 a 10 cm, pela face pósterio-lateral da coxa. Nesta abordagem é obrigatório isolar o tronco comum do ciático, a fim de evitar qualquer lesão do mesmo²¹. Este método é considerado mais invasivo, pois envolve a secção dos rotadores externos para uma melhor visualização da articulação^{20,21}.

A dor, a fraqueza muscular e a diminuição das amplitudes articulares, são manifestações muito frequentes, após a colocação de uma prótese total da anca. Por este motivo, a fisioterapia está definida como sendo essencial para a recuperação funcional do doente, apesar de nem sempre ser bem compreendida. Esta falta de compreensão, quanto à recuperação funcional da articulação coxofemoral, poderá estar no facto de, em termos de resultados finais, os mesmos se mostrarem pouco positivos, tal como se encontra descrito num estudo efetuado no

Hospital Universitário de Coimbra, acerca de doentes operados com colocação de prótese total na anca, devido a fraturas da epífise proximal do fémur. Neste estudo, verifica-se que 30% dos doentes vieram a morrer um ano após a cirurgia, e que só cerca de metade dos operados chegou a recuperar a funcionalidade articular – na sua totalidade²². No entanto, na literatura, encontram-se descritos vários planos/protocolos faseados de intervenção da fisioterapia ainda que pouco consensuais, quer quanto ao início, quer quanto aos tipos de tratamento²³.

Assim, para uns, o protocolo contém 4 fases^{23,24}:

- Da 0 à 2ª semana, foca-se no alívio da dor e na realização de exercícios isométricos de fortalecimento muscular, a nível do quadrícipite, dos isquiotibiais e dos glúteos. O posicionamento no leito está relacionado com o conforto do utente.
- Da 3ª à 6ª semana, o protocolo inclui a carga parcial com canadianas, a progressão das amplitudes articulares e o treino muscular do quadrícipite, dos isquiotibiais e dos glúteos.
- Da 6ª à 12ª semana, encontram-se incluído o treino de marcha e o fortalecimento muscular global.
- Nos três meses seguintes, o utente deverá conseguir executar tarefas como – andar de bicicleta e efetuar a marcha sem auxiliares de apoio (canadianas, bengala...)¹².

Ao protocolo aplicado no Hospital Fernando da Fonseca, este encontra-se dividido em três fases, com parâmetros e exercícios pré-definidos²⁵:

Na primeira fase (1ª à 4ª semana), a reabilitação tem como objetivo aumentar o arco de movimento passivo global (0° de Extensão, 20° de abdução e 90° de flexão), fortalecimento muscular global (3 séries de 10 a 15 repetições), transferências (levantar e sentar) e treino de marcha com duas canadianas (escadas, rampas);

Na segunda fase (5ª à 8ª semana), aos objetivos, que são semelhantes, embora com progressões diferentes (3 a 5 séries de 10 a 15 repetições), é acrescentado o treino proprioceptivo, o fortalecimento dos rotadores e as atividades funcionais – piscina e tapete rolante, para o condicionamento físico;

Por último, na terceira fase, (9ª à 12ª semana), o

protocolo mantém os parâmetros, complementados com a progressão do treino proprioceptivo, com as atividades funcionais e com o treino de marcha sem auxiliares.

Nestes protocolos, os parâmetros apresentados têm pouca especificidade e não dependem de fatores, como a abordagem cirúrgica e a musculatura afetada. Em 2009, foi efetuado um estudo quanto à eficácia da inclusão de um conjunto de exercícios na reeducação da marcha, durante a fase pós-operatória. Neste estudo, que integrou 60 participantes, os mesmos foram divididos em dois grupos. O grupo de controlo realizou o programa *standard*, o qual consistia em atividades funcionais, como o levantar/sentar, o treino de marcha, e o subir e descer escadas; enquanto o grupo experimental efetuou, 5 vezes por dia, um conjunto de exercícios no leito, mais o programa *standard*. Tendo sido os resultados deste estudo inconclusivos, o autor é do parecer que os exercícios pós-operatórios no leito não contribuíram para a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida dos utentes²⁶.

No entanto, num estudo publicado em 2017 no Canadá que analisava a utilização de exercícios em cadeia cinética fechada numa fase aguda, concluiu que a sua utilização precoce é bem tolerada pelos utentes, melhorou a sua capacidade funcional e diminui o tempo de internamento²⁷. Como corolário desta revisão, tendo-se verificado a inexistência de uma concordância, acerca do tipo de intervenção da fisioterapia, dada a variedade de planos pré-definidos e conceito estabelecidos, centrados em parâmetros pouco sensíveis às diferentes abordagens cirúrgicas da articulação coxofemoral, leva-nos a questionar, se não haverá necessidade de se obter um consenso na elaboração de um protocolo de reabilitação da anca, de acordo com o grupo muscular afetado e com o grau de complexidade operatória, a fim de se potenciar os resultados funcionais?

METODOLOGIA

Para se dar resposta à questão levantada, desenvolveu-se um estudo qualitativo, com o objetivo

de obter o consenso sobre a necessidade de elaborar um protocolo de reabilitação para doentes submetidos à implantação de uma prótese total da anca, de acordo com os vários tipos de abordagem cirúrgica.

Para este fim, utilizou-se o método de Delphi, dado que este método, desenvolvido por Helmer e Dalkey, em 1951, está descrito como o mais eficaz na recolha de informação específica acerca de um determinado tema, tendo como objetivo a obtenção de um consenso, através das respostas formuladas por um grupo de peritos ou experts²⁸.

METODO DELPHI

O Método de Delphi estabelece vários critérios que necessitam de estar definidos antecipadamente, com o intuito de quantificar o consenso e constatar o momento em que se atinge a consonância^{28,29}.

Caracterização dos participantes do Painel de Delphi

Para integrar o Painel Delphi, os participantes deverão cumprir três critérios de inclusão pré-definidos pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)²⁹:

- 1º. Ter experiência profissional na área, igual ou superior a sete anos;
- 2º. Ter formação específica na área em estudo;
- 3º. Ter intervenção em, pelo menos, 50% do seu tempo na área.

Assim sendo, foram integrados no painel oito Especialistas – cinco fisioterapeutas e três ortopedistas. Destes especialistas, sete apresentavam mais de dez anos de experiência na área, havendo somente um com oito anos.

Recolha de dados

De acordo com o OPSS, o método de Delphi apresenta vários critérios para recolher a informação²⁹:

- 1º. Todo o processo deve ser anónimo e executado através de questionários, sem interação entre os participantes;
- 2º. Para a obtenção de um consenso, devem ser elaborados sucessivos inquéritos, com o objetivo de

tornar a informação cada vez mais específica e consensual;

3º. Após a elaboração dos questionários, a informação deverá ser tratada estatisticamente e enviada aos inquiridos (*feedback*).

A recolha de dados processou-se em 3 fases de inquirição. Inicialmente, para a formação do primeiro questionário, foi necessário recolher a informação literária sobre os temas em estudo (tipos de abordagem cirúrgica e a fisioterapia normalmente prescrita a doentes com prótese total da anca).

Após o levantamento da informação, foi formulado o primeiro questionário com perguntas abertas, divididas em 2 subgrupos - abordagem cirúrgica e prótese total da anca.

As questões apresentadas foram relacionadas, quer com os vários tipos de abordagem cirúrgica e os seus critérios de aplicação, quer com a fisioterapia, a fim de se explorar as opiniões de cada especialista. Assim:

1. *Na sua prática clínica, qual a abordagem cirúrgica mais usual?*
2. *Baseado na sua experiência, qual das abordagens cirúrgicas poderá apresentar mais complicações? Por que razão?*
3. *É relevante informar todos os profissionais de saúde, intervenientes no processo, dos procedimentos efetuados? Por que razão?*
4. *Na literatura existe pouco consenso sobre o início da reabilitação após a cirurgia. Na sua opinião, qual deveria ser o período de início da fisioterapia? Refira as suas razões.*
5. *Haverá necessidade de elaborar um protocolo de tratamento, de acordo com o tipo de abordagem cirúrgica utilizada? Refira as suas razões.*
6. *Se respondeu afirmativamente à questão anterior, quais os critérios a considerar para tornar o tratamento específico?*
7. *O tipo de abordagem/tratamento (cirúrgico e de fisioterapia) deverá estar relacionado com a idade e a profissão do doente?*
8. *Baseado na sua experiência profissional, o prognóstico altera-se com que tipo de fatores? Indique-os por ordem decrescente.*

A segunda fase, constituída pelas respostas obtidas na primeira fase, teve como objetivo sintetizar a informação recolhida e principiar o consenso, para o que se utilizou a escala de Likert³⁰.

As questões de resposta fechada foram divididas em 2 subgrupos – A abordagem cirúrgica (3 primeiras respostas) e a fisioterapia prescrita na prótese total da anca (5 respostas restantes).

1. Na primeira questão foi referido que as duas abordagens mais comuns eram a abordagem lateral (Hardinge) e a ântero-lateral (Watson-Jones);
2. Quanto às complicações, verificou-se que as mesmas estão associadas ao enfraquecimento muscular, à claudicação na marcha, ao compromisso do nervo femoral cutâneo lateral e à luxação anterior;
3. Relativamente à 3ª questão, foi do consenso geral que toda a equipa multidisciplinar devia ser informada acerca dos seguintes parâmetros – tipo de prótese utilizada; as intercorrências registadas durante a cirurgia, suscetíveis de comprometerem a reabilitação; a verificação da estabilidade da prótese, após a sua colocação, de modo a minimizar o risco de luxação; e os procedimentos efetuados para uma melhor adaptação do utente no leito;
4. No que se refere ao tempo médio para o início da fisioterapia, foram apontadas as primeiras 48h, após a cirurgia, na ausência de intercorrências;
5. Quanto à 5ª questão, estando descritos, nas técnicas cirúrgicas, diferentes tipos de abordagem, o painel manifestou-se pela necessidade de introduzir no protocolo a informação sobre o tipo de abordagem realizado (o que conduz aos músculos potencialmente atingidos);
6. No que toca aos critérios a ter em conta, durante o processo de reabilitação, referentes à 6ª questão, foram indicados a idade, os antecedentes, a abordagem cirúrgica/musculatura afetada, as intercorrências havidas, a estabilidade articular, e a ausência de dor;
7. No referente à 7ª questão, o painel indicou o fator idade do doente, como o mais importante, fator esse que já tinha sido destacado no item anterior e que continuou a liderar o grupo dos

fatores de prognóstico colocados na última questão;

8. Por último e de acordo com as afirmações produzidas, os membros do painel colocaram por ordem decrescente de importância, quanto ao prognóstico, os seguintes fatores – a idade, os antecedentes pessoais, as condições pré-operatórias do doente, a abordagem cirúrgica, a experiência profissional do cirurgião e as intercorrências.

Com base no conjunto das afirmações atrás descritas, foi efetuado o 2º questionário. Para a análise dos dados deu-se a cada proposição (concorda totalmente, concorda, sem opinião, discorda e discorda totalmente) um valor de 1 (discorda totalmente) a 5 (concorda totalmente, respetivamente)³⁰. Após a atribuição do valor a cada resposta, realizou-se a soma dos mesmos, sendo o valor máximo igual a 40 pontos, representativo do nível de concordância máxima, a que se seguiu a aplicação da análise estatística através dos parâmetros de tendência central (média, moda e mediana)³¹.

A terceira e última fase, teve como objetivo obter um consenso sobre a necessidade de se elaborar um protocolo de fisioterapia, de acordo com a abordagem cirúrgica utilizada. O tipo de questão foi dicotómico (sim ou não), com o intuito de concluir e quantificar a percentagem de consenso nos diferentes tópicos:

1. *Tendo em conta as duas abordagens cirúrgicas mais comuns, identificadas na fase 2 (abordagem lateral e ântero-lateral), é relevante a elaboração de um protocolo de intervenção em fisioterapia atualizado e com itens específicos para cada abordagem cirúrgica, na prótese total da anca?*
2. *Nos questionários anteriores foram identificadas complicações comuns no pós-operatório de ambas as abordagens cirúrgicas. Considera que a aplicação de um protocolo de intervenção em fisioterapia poderá contribuir para a diminuição e prevenção destas mesmas complicações?*
3. *É de consenso geral ser importante a partilha de informação na equipa multidisciplinar?*
4. *Seria pertinente partilhar essa informação, numa reunião periódica, com todas as equipas*

envolvidas no processo de recuperação?

5. *Tendo em conta os critérios de prognóstico identificados pelos especialistas, será que a elaboração de um protocolo de intervenção em fisioterapia, específico para cada abordagem, poderá influenciar positivamente o prognóstico?*
6. *Considera que o impacto dos resultados deste estudo deveria ser divulgado na comunidade científica?*

Para esta última fase foi definido que seriam apenas aceites os conteúdos que apresentassem uma percentagem de consenso em pelo menos 80%, sendo eliminados os conteúdos desaprovados, no mínimo por 40% dos inquiridos.

Todos os questionários foram enviados aos Especialistas, via correio eletrónico, tendo-se dado um prazo de 15 dias para o seu preenchimento e devolução. Após a receção de todas as respostas, estas foram submetidas a uma análise de conteúdo, através da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dado que o primeiro questionário tinha como único objetivo explorar a opinião dos Especialistas em relação ao tema, só serão apresentados os resultados referentes aos questionários da segunda e da terceira fase.

2ª fase de inquirição

As respostas obtidas, na sua generalidade, variaram entre as afirmações – concorda totalmente, concorda e discorda.

No que respeita à abordagem cirúrgica, verifica-se uma pontuação total de 37 pontos, nas respostas dos especialistas, sendo o nível de concordância de 4,6 em 5 (37,5% concordam e 62,5% concordam totalmente, que as abordagens atualmente mais usuais são a abordagem lateral de Hardinge e a abordagem ântero-lateral de Watson Jones). No entanto, refere-se no estudo apresentado por Lindgern que as abordagens mais usuais são a posterior e a antero-lateral³².

Referente às complicações cirúrgicas, obteve-se uma pontuação de 35 pontos, com um nível de concordância de 4,37 (62,5% dos inquiridos concordaram e 37,5% concordaram totalmente que, após a cirurgia, as complicações associadas às abordagens referidas no parágrafo anterior, se centram na fraqueza muscular e na claudicação da marcha, e, particularmente, na abordagem ântero-lateral, no compromisso do nervo femoral cutâneo lateral e na luxação anterior da anca).

Quanto ao item relacionado com a partilha de informação, verifica-se uma pontuação de 39 pontos, com um grau de concordância de 4,87 (87,5% dos inquiridos concordaram totalmente e 12,2% concordaram que, para a intervenção ser mais eficaz, era necessário que toda a equipa multidisciplinar envolvida estivesse informada – do tipo de prótese utilizado; das intercorrências cirúrgicas verificadas; da estabilidade da prótese e dos procedimentos efetuados com o intuito de minimizar o seu risco de luxação). A este propósito Nancarrow³³, igualmente comprovou, que o trabalho em equipa, a partilha de conhecimento e capacidades, têm impacto na recuperação do doente, sendo essencial para idealizar e tomar decisões de qualidade, de minimizar riscos, com o objetivo de obter sucesso no tratamento.

Pelos valores referidos, as respostas relativas à abordagem cirúrgica apresentaram um grau de concordância elevado, tal como também se pode verificar na Tabela 1 e Figura 1.

Quanto às questões relativas à Fisioterapia, na prótese total da anca, obtiveram-se os seguintes valores:

Relativamente ao início da Fisioterapia, verificou-se uma pontuação de 32 pontos, a mais baixa deste questionário, com um grau de concordância de 4 (87,5% dos inquiridos concordaram e concordaram totalmente, mas 12,5% discordaram, que a Fisioterapia se deveria iniciar nas primeiras 48h). Apesar de na literatura, o *timing* do início, a frequência e o tipo de terapia não serem consensuais, os dados atrás mencionados estão de acordo com os obtidos por Ritterman e Rubin. Referem que a fisioterapia deve ser iniciada entre as 24h e as 48h,

após a cirurgia, com o intuito de minimizar o risco de complicações e maximizar o tempo de recuperação, a fim de se obter um nível funcional elevado. Estes, verificaram que os indivíduos que começaram a fisioterapia numa fase mais tardia (após as 72h) apresentaram mais dificuldades funcionais e um tempo de recuperação superior³⁴.

No que diz respeito à segunda questão levantada neste subgrupo, registou-se um maior consenso, uma vez que se obteve uma pontuação total de 38 pontos, para um grau de concordância de 4,75 (75% dos inquiridos concordaram totalmente e 25% concordaram que seria necessário introduzir um protocolo de intervenção em fisioterapia com a informação sobre o tipo de abordagem cirúrgica realizado).

Quanto aos critérios a ter em conta, durante o processo de reabilitação, que obteve um total de 33 pontos, com um grau de concordância de 4 (62,5% dos participantes concordaram totalmente que o prognóstico esteja relacionado, por ordem de relevância, com a idade, os antecedentes pessoais, a abordagem cirúrgica/musculatura afetada, as intercorrências havidas, a estabilidade articular e a ausência de dor), os participantes que discordaram (37,5%), sequenciaram de outro modo, introduzindo, em primeiro lugar, o estado das estruturas articulares e as intercorrências havidas no ato cirúrgico.

Relativamente à abordagem cirúrgica, Onymaechi comprovou, através de uma análise detalhada, a existência de diferenças na musculatura comprometida, de acordo com o tipo de abordagem realizado³². Por outro lado, o método cirúrgico escolhido, deveria também ter em atenção o processo que levou à necessidade da colocação prótese³⁵.

Inove é igualmente de opinião que os tempos de recuperação, após a cirurgia, são específicos para cada tipo de abordagem³⁶. Ao considerar a abordagem posterior como a mais invasiva, dado envolver a secção muscular completa dos rotadores externos da anca, verificou que os doentes apresentaram uma maior incapacidade funcional. Esta constatação está de acordo com o facto de se

utilizarem, atualmente, métodos cirúrgicos menos invasivos.

A última questão, de certa forma relacionada com a anterior, acerca da enunciação por ordem decrescente dos parâmetros suscetíveis de influenciarem o prognóstico (a idade, os antecedentes pessoais, as condições pré-operatórias do doente, a abordagem cirúrgica, a experiência profissional do cirurgião e as intercorrências), o valor da pontuação (33) e a distribuição percentual (62,5% que concordaram totalmente, contra 37,5% que discordaram) foram iguais (Tabela 2 e Figura 2).

No fim da segunda fase, o consenso foi estabelecido em 90% dos temas, e o grau de confiança do painel, calculado através da frequência de pontuação, foi de 4 pontos na escala de Likert (1 a 5).

Como também se pode constatar nas tabelas 1 e 2, a moda e a mediana foram idênticas, variando o seu valor entre 4 e 5.

3º fase de inquirição

Descreve-se o consenso como um *processo de interação grupal anónimo, em que os participantes têm a oportunidade de trocar informações entre si, sobre o assunto em estudo, até atingirem o nível de acordo previamente fixado ou estabelecido pelo grupo*²⁹.

Deste modo, foi requerido aos 8 Especialistas, nesta 3ª e última fase de inquirição, que respondessem a um questionário dicotómico (sim/não), com o objetivo de, não só, certificar a informação anteriormente obtida nos questionários, como verificar-se a existência de um consenso no painel em, pelo menos, 80%. Os resultados obtidos, relativos às questões abordadas, foram completamente consensuais (100%), tal como se pode verificar na Figura 3.

CONCLUSÃO

Dos resultados acima expostos pode concluir-se que: As abordagens cirúrgicas mais comuns, para os 8

Especialistas, são a abordagem ântero-lateral (Watson Jones) e a lateral (Hardinge).

Foi do consenso a pertinência da elaboração de um protocolo atualizado de intervenção em fisioterapia, e com itens específicos para cada tipo de abordagem cirúrgica, dado que a sua elaboração teria uma influência positiva no prognóstico, na prevenção de complicações, e na diminuição de fatores e de ações de risco, inerentes a cada um dos tipos dessas abordagens.

Por outro lado, e tal como a totalidade dos especialistas se pronunciou na última fase do inquérito, quanto ao facto do impacto do estudo, ser divulgado à comunidade científica, os mesmos foram de opinião que a sua divulgação irá promover a necessidade efetiva de elaborar um protocolo de intervenção em fisioterapia, de modo a obter-se o consenso e a uma melhor efetividade e eficácia terapêutica, de acordo com as dificuldades verificadas.

No referente à relação protocolada entre a intervenção cirúrgica e a da fisioterapia, serão necessários mais estudos experimentais, a fim de se verificar, na realidade, que essa intervenção específica, musculatura lesada, é benéfica e que tem um tempo de recuperação mais rápido do que uma intervenção clássica.

Uma das limitações esperadas, e que se veio a verificar, foi a da fraca adesão do painel. Sendo esperados 12 especialistas, apenas 8 concluíram o estudo, o que diminuiu, assim, o alcance dos resultados.

Através da análise do estudo verifica-se que a prática clínica em fisioterapia deve ser progressivamente mais específica e individualizada, porém deve respeitar os tipos de abordagem e acompanhar a evolução das abordagens cirúrgicas. O avanço da tecnologia, permite aperfeiçoar o procedimento e conseqüentemente, as técnicas de intervenção em fisioterapia devem tornar-se distintas.

REFERÊNCIAS

1. Neto JS, Dias CR, de Almeida JD. Epidemiological characteristics and causes of proximal femoral fractures among the elderly. *Rev Bras Ortop.* 2015; 46:660-667.
2. Silveira Sérgio J. Fundamentos de orto-traumatologia para técnicos de saúde. Loures: Lusodidacta; 2005.
3. Instituto Nacional de Estatística. Índice de Envelhecimento em Portugal. 2017. Disponível em: www.ine.pt
4. Aires M, Paz A, Perosa C. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *RBCEH.* 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/79>
5. Simões M, Rebelo A, Soares R, Aguiar T, Tavares L, Raposo J. Abordagem na artroplastia total primária da anca. *Ver Port Ortop Traum.* 2014; 22:398-405.
6. American Academy of Orthopedic Surgeons. The Brigham and Women's Hospital Department of Rehabilitation Services. Disponível em: <https://www.brighamandwomens.org/orthopaedic-surgery/osteoarthritis-of-the-hip>
7. Skinner H, McMahon. *Current diagnosis & treatment, orthopedics.* McGraw-Hill Education/Medical; 2013.
8. Ebnezar J. *Textbook of orthopedics.* Jaypee Brothers Medical Publishers, Ltd; 2010.
9. Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet.* 2007; 370:1508-1519.
10. Smith-Petersen MN. A new supra-articular subperiosteal approach to the hip joint. *Am J Orthop Surg.* 1917; 215:592-595.
11. Watson-Jones R. Fractures of the neck of the femur. *Br J Surg.* 1936; 23:787-808.
12. Hardinge K. The direct lateral approach to the hip. *J. Bone Joint Surg Br.* 1982; 64:17-19.
13. Kocher T. *Textbook of operative surgery.* London: Adam & Charles Black; 1903.
14. Gibson A. Posterior exposure of the hip joint. *J Bone Joint Surg Br.* 1950; 32:183-186.
15. Marcy GH, Fletcher RS. Modification of the posterolateral approach to the hip for insertion of femoral head prosthesis. *J Bone Joint Surg Am.* 1954; 36:142-143.
16. Simões M, Rebelo A, Soares R, Aguiar T, Tavares L, Raposo JP. Abordagem na artroplastia total primária da anca. *Rev Port Ortop Traum.* 2014; 22:398-405.
17. Matta JM, Shahrardar C, Ferguson T. Single-incision anterior approach for total hip arthroplasty on an orthopaedic table. *Clin Orthop Relat Res.* 2005; 441:115-124.
18. Oinuma K, Eingartner C, Saito Y, Shiratsuchi H. Total hip arthroplasty by a minimally invasive, direct anterior approach. *Oper Orthop Traumatol.* 2007; 19:310-326.
19. Hallert O, Li Y, Brismar H, Lindgren U. The direct anterior approach: initial experience of a minimally invasive technique for total hip arthroplasty. *J Orthop Surg Res.* 2012; 7:17.

20. Weinstein S, Joseph A, Williams B. Turek's orthopaedics - principles and their application. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
21. Hoppenfeld S, Boer Piet, Lesur E, Nazarian S, Muller ME. Techniques Chirurgicales. Orthopedic-Traumatologie. Voies d'abord de la hanche. Paris: Encycl Méd Chir; 1998.
22. Marques P. Mortalidade e Independência um ano após a fratura do fémur. Dissertação de mestrado integrado em Medicina (Reumatologia) [tese não publicada]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015.
23. Unidade da Anca. Pós-operatório de artroplastia total da anca (abordagem anterior direta). 2013. Disponível em: <https://www.unidadedaanca.com/a-protese-da-anca/reabilita%a7%a7%a7%a3o/>
24. Ellis & Badenhausen Orthopaedics, P.S.C. Total hip arthroplasty protocol. Disponível em: <https://www.eandbortho.com/pdf/total-hip-arthoplasty-protocol.pdf>
25. Sousa M. Caracterização da Prática de Fisioterapia em indivíduos submetidos a Artroplastia Total da Anca e resultados obtidos a nível da dor, funcionalidade e qualidade de vida. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia [tese não publicada]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde; 2014.
26. Husby V, Helgerud J, Bjorgem S, Husby O, Benum P, Hoff J. Early maximal strength training is an efficient treatment for patients operated with total hip arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil. 2009; 90:1658-57.
27. Abbas C, Daher J, Pilot study: Post-operative rehabilitation pathway changes and implementation of functional closed kinetic chain exercise in total hip and total knee replacement patient. J Bodyw Mov Ther. 2017; 21:823-829.
28. Vilelas J. Investigação - O processo de Construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo; 2017.
29. Justo C. A técnica de Delphi de formação de consensos. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2005; 1-10.
30. Ortiz J, Robalo L. Modelo teórico de ensino dos exercícios para o pavimento pélvico - Método Delphi. EssFisiOnline. 2006; 2:3-23.
31. Amaro A, Póvoa A, Macedo L. A arte de fazer questionários. Dissertação de Mestrado em Química para o Ensino [tese não publicada]. Porto: Faculdade de Ciência da Universidade do Porto; 2005.
32. Lindgren V, Garellick G, Kärrholm J, Wretenberg P. The type of surgical approach influences the risk of revision in total hip arthroplasty: a study from the Swedish Hip Arthroplasty Register of 90,662 total hip replacements with 3 different cemented prostheses. Acta Orthop. 2012; 83:559-565.
33. Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary teamwork. Hum Resour Health. 2013; 11:19.
34. Aprato A, Massè A, Caranzano F, et al. Patient-perceived quality of life after total hip arthroplasty: elective versus traumatological surgery. ISRN Orthop. 2011; 2011:910392.
35. Onyemeachy N, Anyanwu E, Obikili E, Ekezie J. Anatomical basis for surgical approaches to the hip. Ann Med Health Sci Res: 2014; 4:487-494.
36. Inoue D, Kabata T, Kajino Y, et al. The influence of surgical approach on postoperative pelvic tilt after total hip arthroplasty. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2017; 27:1131-1138.