

# POP

HC-UFTM/HU BRASIL

## Fisioterapia Hospitalar no Pós-Operatório de Artroplastia de Quadril

Versão: 1 | 2026



Hospital de Clínicas



**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO**

FERNANDO DE FREITAS NEVES

**CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL**

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

**ELABORAÇÃO**

Marcela da Silva Carvalho, Unidade Multiprofissional  
Fabiana Barroso Rocha Moreira, Unidade Multiprofissional  
Camila Marcelino de Jesus, Programa de Residência em Saúde do Idoso  
Wallison Lima Silva, Programa de Residência em Saúde do Idoso

**AVALIAÇÃO INTERNA**

Marcela da Silva Carvalho, Unidade Multiprofissional  
Fabiana Barroso Rocha Moreira, Unidade Multiprofissional

**ANÁLISE**

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

**AVALIAÇÃO TÉCNICA**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 13/5/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.037

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados*

[www.gov.br/hubrasil](http://www.gov.br/hubrasil)



## 1. OBJETIVO

Padronizar o tratamento fisioterapêutico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) nos pacientes internados, em pós-operatório de artroplastia total de quadril.

## 2. APLICAÇÃO

Setores do HC-UFTM que prestam assistência aos pacientes em pós-operatório de artroplastia total de quadril.

## 3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 3.1 Introdução

A Artroplastia Total de Quadril (ATQ) é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado no tratamento de doenças articulares degenerativas em estado avançado, como a osteoartrite de quadril. A cirurgia é indicada na presença de dor intensa e rigidez articular que comprometem a funcionalidade e qualidade de vida (Barbosa, Rafael. Fisioterapia Traumatológica. ArtMed, 2021). O procedimento consiste na substituição total da articulação do quadril (substituição do componente acetabular e femoral) por uma articulação artificial utilizando uma prótese que pode ser fixada pela técnica cimentada ou não cimentada (Elbardsey et al., 2023).

A escolha da técnica cirúrgica e do material utilizado depende da particularidade de cada caso, considerando fatores como a idade, nível de funcionalidade e qualidade óssea do paciente (Mishra et al. 2025). As próteses cimentadas geralmente são utilizadas em idosos com a saúde óssea mais fragilizada e permite que a descarga de peso total seja realizada de forma mais precoce, enquanto a não cimentada exige uma progressão mais cautelosa em relação a descarga de peso, que geralmente é iniciada de forma parcial (Haider et al., 2025; Raja et al., 2022).

Apesar de a ATQ ser considerada um procedimento eficaz e que leva a melhorias na qualidade de vida, frequentemente os pacientes submetidos a cirurgia apresentam alterações funcionais importantes, como perda da amplitude de movimento, diminuição da força muscular, redução da velocidade da marcha e dor persistente (Konnyu *et al.*, 2023).

Os déficits no desempenho funcional decorrentes da ATQ podem persistir até um ano após o procedimento cirúrgico, desta forma é importante destacar como a mobilização precoce seguindo um protocolo de exercícios individualizado e bem estruturado, pode proporcionar benefícios em relação ao aumento da força muscular, na redução da dor pós-operatória e na melhora da funcionalidade (Nikkhah J et al. 2025; Wu JQ et al., 2019, Konnyu *et al.*, 2023).

Visto isso, faz-se necessário a criação de uma rotina de tratamento padronizada para o atendimento fisioterapêutico em pacientes internados submetidos a ATQ, visando potencializar a recuperação funcional e diminuir complicações pós-operatórias.

### 3.2 Procedimentos

- Prescrição de exercícios: os critérios para prescrição do exercício para cada paciente serão individualizados, ou seja, de acordo com a idade, condição, via de acesso cirúrgico, tipo de material utilizado, intercorrências durante a cirurgia e tolerância do paciente.

- Exercícios passivos, ativo-assistidos, ativos e resistidos: ensinados e executados conforme tolerância do paciente.
- Exercícios isométricos: ensinados e executados conforme tolerância do paciente, mantendo o tempo mínimo de contração muscular durante 6 segundos.
- Alongamento: ensinados e executados conforme tolerância do paciente.

### 3.3 Protocolo da fase hospitalar

#### Orientações iniciais ao paciente

- ✓ Explicar o procedimento que será realizado e os objetivos da fisioterapia.
- ✓ Reforçar cuidados com o quadril (de acordo com a via de acesso).
- ✓ Evitar flexão excessiva do quadril (exemplo: > 90°).
- ✓ Evitar cruzar as pernas ou aduzir o quadril além da linha média.
- ✓ Evitar rotações extremas (interna/externa), especialmente em via posterior.

#### Exercícios respiratórios

- ✓ Incentivar respiração diafragmática.
- ✓ Exercícios de expansão torácica (3–5 séries de 5–10 repetições ao longo do dia).

#### Exercícios de membros inferiores (no leito)

- Realizar conforme tolerância e liberação médica, priorizando movimentos ativos ou ativo-assistidos.
- Tornozelos: flexo-extensão (bombeio), círculos, 3–4 vezes ao dia, 10–20 repetições.
- Joelho e quadril do lado operado:
  - ✓ Isométricos de quadríceps (sustentar 5–10 segundos, repetir 10 vezes).
  - ✓ Isométricos de glúteos.
  - ✓ Flexão leve de quadril e joelho em cadeia aberta, respeitando limite de dor e precauções.
- Membro não operado:
  - ✓ Exercícios ativos para membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS) para manutenção da força e circulação.

#### Mudança de decúbito e posicionamento

- ✓ Ajustar travesseiros/almofadas para evitar adução e rotação indesejada do quadril operado.
- ✓ Incentivar mudança de decúbito, conforme tolerância e restrições, para prevenir úlceras por pressão.

#### Treino de sedestação à beira leito

- ✓ Preparação para sentar-se:
- ✓ Explicar o movimento ao paciente antes de executar.
- ✓ Verificar sinais vitais antes e depois da mudança de posição.

#### Passagem de decúbito para sedestação

- ✓ Ajudar o paciente a girar o tronco em bloco, mantendo membros inferiores alinhados.

- ✓ Evitar movimentos combinados de flexão, adução e rotação do quadril operado.
- ✓ Ajustar posição sentada com apoio adequado dos pés no chão ou no banco.

#### **Monitorização de resposta**

- ✓ Observar sinais de hipotensão postural (tontura, sudorese fria, queda de pressão arterial (PA)).
- ✓ Ajustar tempo na posição sentada de acordo com a tolerância.

#### **Treino de ortostatismo (posição em pé) - preparação**

- ✓ Colocar órteses de proteção, se prescritas (exemplo: meias compressivas, cintos de segurança).
- ✓ Ajustar altura do dispositivo auxiliar (andador, muletas, bengala) ao paciente.

#### **Elevação para ortostatismo**

- ✓ Orientar o paciente a apoiar as mãos no leito ou no andador.
- ✓ Ajudar o paciente a elevar-se do leito/cadeira, mantendo o membro operado em posição segura.
- ✓ Respeitar descarga de peso prescrita: descarga total, parcial ou descarga de proteção, conforme indicação médica e tipo de prótese.

#### **Estabilidade em pé**

- ✓ Verificar equilíbrio estático e capacidade de manter ortostatismo por alguns segundos.
- ✓ Corrigir postura e alinhamento do tronco e pelve.

#### **Treino de marcha com dispositivo auxiliar**

- ✓ Iniciar quando houver:
  - Liberação médica para carga.
  - Estabilidade hemodinâmica.
  - Condição funcional mínima de MMSS para uso do dispositivo.

#### **Orientação sobre padrão de marcha**

- ✓ Explicar ao paciente a sequência de passos conforme o tipo de carga:
  - Carga parcial/proprioceptiva: primeiro o dispositivo auxiliar → depois o membro operado → em seguida o membro não operado.
  - Carga zero (raro): primeiro o dispositivo auxiliar → em seguida o membro não operado, membro operado não toca o chão.

#### **Reavaliação funcional diária**

- ✓ Registrar evolução de dor, amplitude de movimento (ADM) funcional, capacidade de ortostatismo, distância de marcha.
- ✓ Identificar barreiras (dor intensa, medo de queda, fraqueza, confusão mental).

#### **Ajuste do plano terapêutico**

- ✓ Progressão de exercícios de fortalecimento e equilíbrio conforme melhora clínica.
- ✓ Redução gradual da dependência do dispositivo auxiliar, conforme segurança.

### **Prevenção de complicações**

✓ Reforçar exercícios respiratórios, mobilidade e marcha diária para reduzir risco de trombose, pneumonia e perda funcional global.

### **Orientações para alta hospitalar**

✓ Educação ao paciente e familiar/cuidador  
✓ Reforçar precauções do quadril (movimentos proibidos/limitados).  
✓ Explicar como se levantar da cama, sentar-se e levantar de cadeiras, usar o vaso sanitário e adaptar o ambiente domiciliar (cadeiras mais altas, retirar tapetes etc.).

### **Encaminhamento para fisioterapia ambulatorial**

✓ Registrar em prontuário a necessidade de continuidade da reabilitação em nível ambulatorial ou domiciliar.  
✓ Entregar, se houver rotina institucional, um resumo das orientações de exercícios e cuidados em casa.

### **3.4 Finalidade do atendimento ao paciente em pós-operatório imediato de artroplastia total de quadril**

- Controle da dor e do edema – aliviar sintomas pós-cirúrgicos, favorecendo maior conforto e participação nas terapias.
- Prevenção de complicações – evitar trombose venosa profunda, rigidez articular, fraqueza muscular, luxação da prótese e complicações respiratórias.
- Proteção da prótese – respeitar limites de movimento e protocolos de segurança para não comprometer a fixação e a cicatrização inicial.
- Recuperação da ADM – restabelecer, progressivamente, a mobilidade do quadril dentro de parâmetros funcionais.
- Fortalecimento muscular – principalmente de glúteos, quadríceps e core, que são essenciais para a marcha e estabilidade do quadril.
- Reeducação da marcha – iniciar treino com dispositivos auxiliares (bengala, andador, muletas) e progredir até a marcha independente e estável.
- Retorno às atividades funcionais e sociais – readquirir autonomia para atividades de vida diária (sentar, levantar, subir escadas, calçar sapatos etc.).
- Promoção da qualidade de vida – reduzir limitações funcionais, melhorar confiança no movimento e estimular retomada da participação social.

### **3.5 Contraindicações/restrições**

- Instabilidade hemodinâmica e respiratória.
- Alteração do nível de consciência.
- Dor intensa/insuportável.
- Anemia ou alterações laboratoriais críticas.
- Sinais de complicações cirúrgicas agudas.
- Trombose venosa profunda suspeita ou confirmada SEM início de anticoagulação.
- Náuseas, vômitos intensos ou intolerância a ortostatismo.

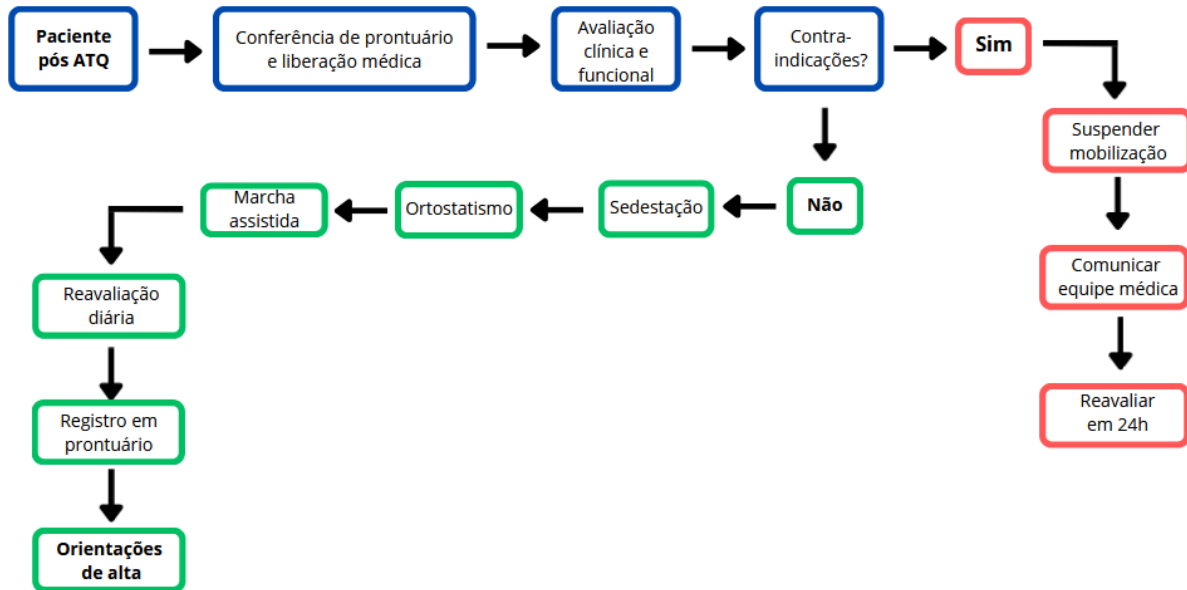
### 3.6 Responsável pela execução

✓ Fisioterapeutas, acadêmicos e residentes de fisioterapia sob a supervisão do professor e/ou responsáveis.

### 3.7 Responsável pela prescrição

✓ Fisioterapeutas, residentes de fisioterapia sob a supervisão do professor e/ou responsáveis e médicos.

## 4. FLUXOGRAMA



## 5. REFERÊNCIAS

- Elbardesy H, Anazor F, Mirza M, Aly M, Maatough A. Cemented versus uncemented stems for revision total hip replacement: A systematic review and meta-analysis. *World J Orthop.* 2023 Aug 18;14(8):630-640. doi: 10.5312/wjo.v14.i8.630. PMID: 37662666; PMCID: PMC10473907.
- Raja BS, Gowda AKS, Singh S, Ansari S, Kalia RB, Paul S. Comparison of functional outcomes and complications of cemented vs uncemented total hip arthroplasty in the elderly neck of femur fracture patients: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Orthop Trauma.* 2022 Apr 22;29:101876. doi: 10.1016/j.jcot.2022.101876. PMID: 35515344; PMCID: PMC9062326.
- Haider, M.A., Garry, C., Rajahraman, V. et al. Perioperative and short-term outcomes of cemented versus cementless total hip arthroplasty: a retrospective propensity-matched analysis. *Arch Orthop Trauma Surg* 145, 15 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00402-024-05709-4>
- Mishra S, Mishra S, Mishra NR, Pani S, Khandelwal C, Sharma A, Chawla S. Comparative Study of Functional Outcomes Between Cemented and Uncemented Total Hip Replacement at a Tertiary Care Hospital in Odisha, India. *Cureus.* 2025 Jun 5;17(6):e85444. doi: 10.7759/cureus.85444. PMID: 40621249; PMCID: PMC12228952.

Nikkhah J, Schöner L, Marques CJ, Pros CM, Busse R. Treatment decisions and surgery variables are predictors of better physical function after total hip and knee arthroplasty: a retrospective cohort study. *Arthroplasty*. 2025 Jun 4;7(1):29. doi: 10.1186/s42836-025-00313-2. PMID: 40462243; PMCID: PMC12135223.

Konnyu KJ, Thoma LM, Cao W, Aaron RK, Panagiotou OA, Bhuma MR, Adam GP, Pinto D, Balk EM. Prehabilitation for Total Knee or Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2023 Jan 1;102(1):1-10. doi: 10.1097/PHM.0000000000002006. Epub 2022 Mar 12. PMID: 35302954; PMCID: PMC9464791.

## 6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	13/5/2026	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)

## 7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

### Elaboração – data: 9/12/2025

Marcela da Silva Carvalho, fisioterapeuta da Unidade Multiprofissional (UMULTI)

Fabiana Barroso Rocha Moreira, fisioterapeuta da UMULTI

Camila Marcelino de Jesus, fisioterapeuta, residente em Saúde do Idoso

Wallison Lima Silva, fisioterapeuta, residente em Saúde do Idoso

### Análise interna – data: 9/12/2025

Marcela da Silva Carvalho, fisioterapeuta da UMULTI

Fabiana Barroso Rocha Moreira, fisioterapeuta da UMULTI

### Análise – data: 12/2/2026 e 14/4/2026

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI

### Aprovação – data: 11/3/2026

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

### Avaliação técnica – data: 18/3/2026

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

### Registro, validação de forma e revisão – data: 13/5/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental