



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Raquel Skaf Nacfur Santana

Mauro Souza Tagliatte

**ANÁLISE DO VALOR PREDITIVO DO QUESTIONÁRIO “HAGOS” NA EFICÁCIA
DO TRATAMENTO CONSERVADOR DA SÍNDROME DO IMPACTO
FEMOROACETABULAR**

BRASÍLIA

2022



Raquel Skaf Nacfur Santana

Mauro Souza Tagliatte

**ANÁLISE DO VALOR PREDITIVO DO QUESTIONÁRIO “HAGOS” NA EFICÁCIA
DO TRATAMENTO CONSERVADOR DA SÍNDROME DO IMPACTO
FEMOROACETABULAR**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Márcio Oliveira.

Coorientadores: Hélio Ismael da Costa e Anderson Freitas.

BRASÍLIA

2022

RESUMO

A articulação do quadril (fêmur-acetábulo) é uma articulação esférica que permite uma grande amplitude de movimentos, composta pela fossa acetabular do osso ilíaco e pela cabeça do fêmur. Por ser uma articulação de muita mobilidade, fica suscetível a algumas patologias como, por exemplo, o impacto femoroacetabular (IFA). O impacto femoroacetabular é considerado como o contato entre o rebordo acetabular e o fêmur proximal. Na presença de uma anatomia normal, o impacto pode ocorrer em amplitudes de movimento máximo. Porém, quando existem sutis alterações na morfologia dessas estruturas ósseas, o “choque” torna-se frequente, ocasionando dor. Procuramos avaliar prospectivamente a evolução de pacientes portadores de síndrome do impacto femoroacetabular, submetidos ao tratamento conservador, com a finalidade de definir se o questionário HAGOS tem a capacidade de prever a eficácia do tratamento de acordo com o escore obtido pelo paciente. Tratou-se de um estudo série de casos, analítico e prospectivo, no qual foram avaliados pacientes com diagnóstico de Síndrome do Impacto Femoroacetabular (SIFA) e direcionados ao tratamento conservador, acompanhados no hospital HOME no período entre agosto de 2021 e agosto de 2022. Foram incluídos pacientes com idade de 18 a 50 anos, com diagnóstico de SIFA e que concordaram em participar da pesquisa. Em relação ao recrutamento de pacientes: pacientes ambulatoriais que apresentaram diagnóstico clínico e radiológico de SIFA e que foram encaminhados para tratamento conservador pelos médicos assistentes do hospital. Os pesquisadores não terão acesso ao prontuário. Foi aplicado aos participantes o questionário The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS), como forma de avaliar e prever o benefício do tratamento conservador. Houve uma prevalência de idade entre 34 e 51 anos. Além disso, com as respostas analisadas notamos que a maioria dos pacientes analisados apresentam algum tipo de dor no quadril. Em relação aos sintomas 66,7% dos pacientes apresentam dor no quadril frequentemente e 66,7% apresentam dor toda semana e 33,7% dor todos os dias. Em relação às atividades físicas, 50% dos pacientes apresentam pouca dor ao correr e 16,7% deles moderada, grande e muito grande. Em relação as tarefas domésticas pesadas cerca de 50% dos pacientes relataram pouca dor. Já em relação a qualidade de vida 66,7% se sentem limitados pelos seus problemas no quadril, 16,7% o tempo todo e 16,7% de modo nenhum. Ainda não foi possível chegar a conclusões definitivas devido ao baixo número de pacientes analisados. Dessa forma, ainda não podemos prever o benefício do questionário HAGOS no auxílio dos profissionais na melhor conduta terapêutica do paciente.

Palavras-chave: articulação do quadril; síndrome do impacto femoroacetabular; questionário hagos; tratamento conservador.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	2
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
4	MÉTODO	5
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	7
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	11
7	REFERÊNCIAS	12

INTRODUÇÃO

A articulação do quadril (fêmur-acetábulo) é uma articulação esférica que permite uma grande amplitude de movimentos, composta pela fossa acetabular do osso íliaco e pela cabeça do fêmur. Por ser uma articulação de muita mobilidade, fica suscetível a algumas patologias como, por exemplo, o impacto femoroacetabular (IFA) (BECK et al., 2005). O impacto femoroacetabular é considerado como o contato entre o rebordo acetabular e o fêmur proximal. Na presença de uma anatomia normal, o impacto pode ocorrer em amplitudes de movimento máximo. Porém, quando existem sutis alterações na morfologia dessas estruturas ósseas, o “choque” torna-se frequente, ocasionando dor (Motta F, 2018).

O IFA é condição de caracterização relativamente recente; decorre de relações anatômico-funcionais anormais entre a região proximal do fêmur e o acetábulo, associadas a movimentos de repetição, que acarretam lesões no labrum e na cartilagem acetabular (Volpon J B, 2016). O impacto pode ser caracterizado por deformidade na cabeça do fêmur referido como CAME, ou um acetábulo profundo que faz cobertura da cabeça femoral referido como PINCER (Anderson; Siebenrock; Tannast, 2012). Todavia, a maioria dos pacientes pode apresentar um componente misto, no qual as duas condições ocorrem ao mesmo tempo (BECK et al., 2005). O IFA tipo CAME é o mais comum entre homens jovens ativos entre os 20 e 30 anos de idade, enquanto o tipo Pincer é reconhecido com maior frequência em mulheres, com faixa etária entre os 30 e 40 anos de idade (GANZ et al, 2008).

A síndrome do impacto femoroacetabular (SIFA) é a representação sintomática do impacto femoroacetabular. Mais precisamente, é definida pela associação entre a presença de CAME e/ou PINCER nos exames de imagem, queixa de dor em quadril durante atividades de vida diária ou esportivas e diminuição da mobilidade de quadril, principalmente para as rotações (Fukuda T, 2020). O tratamento da SIFA pode ser conservador (com repouso e medicamentos, mudanças de treinamento ou fisioterapia) ou cirúrgico (Souza B G S, 2017). Em pacientes com quadro clínico clássico, três a seis meses de tratamento conservador são quase que universalmente recomendados pela maioria dos autores (JAGER M et al., 2004; LEUNIG, 2009).

As causas das deformidades que geram a SIFA são na maioria dos casos desconhecidas (GANZ et al. 2008). Em casos específicos, deformidades tipo CAME podem surgir como seqüela de

doenças do quadril infantil (como a epifisiólise, a doença de Legg-Calvé-Perthes) e de fraturas do colo do fêmur (LEUNIG et al., 2009).

A SIFA é uma condição desconhecida da maioria dos médicos não-ortopedistas, uma vez que foi elucidada apenas na última década. Ela tem sua importância marcada por afetar pacientes jovens e ativos, com necessidade de diagnóstico e tratamento precoces como forma de melhorar os sintomas, evitar tratamentos equivocados e, eventualmente, prevenir a coxartrose. (Souza B.G.S, 2017). A prevalência estimada de IFA assintomático na população geral é de 10% a 15% (Motta F, 2018).

A SIFA é uma desordem clínica relacionada com o movimento do quadril. Caracterizada por uma tríade de sintomas, sinais clínicos e achados radiológicos, que representa contato sintomático prematuro entre a cabeça do fêmur e acetábulo (GRIFFIN et al., 2016).

O questionário The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS) foi desenvolvido e validado de acordo com as recomendações do Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN). Voltado a indivíduos fisicamente ativos e jovens de meia idade com queixas de dor com longa duração no quadril e virilha, o HAGOS avalia através de seis subescalas separadas: dor, sintomas, função física nas atividades de vida diária, função física nas atividades de esporte e recreação, participação em atividades físicas e qualidade de vida relacionada ao quadril e virilha (Thorborg K, 2011).

O questionário, utilizado pela equipe de ortopedia do hospital HOME procura pré-selecionar pacientes candidatos ao tratamento conservador de acordo com o resultado individual do HAGOS e consequentemente indicando o procedimento cirúrgico para aqueles com obtenção de média alta do resultado. Diante disso, o respectivo trabalho procurou avaliar a real efetividade do resultado de tais questionários na melhor conduta terapêutica de pacientes com IFA, analisando se é um meio adequado de prever um tratamento específico.

OBJETIVOS

Geral:

1. Avaliar prospectivamente a evolução de pacientes portadores de síndrome do impacto femoroacetabular, submetidos ao tratamento conservador, com a finalidade de definir se o questionário HAGOS tem a capacidade de prever a eficácia do tratamento de acordo com o escore obtido pelo paciente.

Específicos:

1. Identificar pacientes portadores da Síndrome do Impacto Femoroacetabular (SIFA) com idade entre 18-50 anos.
2. Avaliar as respostas relatadas pelos pacientes ao questionário Hagos antes e depois do tratamento conservador.
3. Analisar se é possível prever uma relação entre o sucesso/insucesso do tratamento conservador e o escore inicial dos pacientes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A articulação do quadril é do tipo bola-soquete, onde o soquete corresponde ao acetábulo e a bola condiz a cabeça do fêmur. Para recobrir a superfície da articulação e facilitar o deslizamento entre os ossos durante os movimentos, há um tecido denominado cartilagem articular. O acetábulo é circulado por uma fibrocartilagem chamada labrum, que cria uma proteção e dá estabilidade para a articulação (Marek et. al, 2019).

O conceito atual é que o impacto femoroacetabular é uma condição que resulta do contato anormal entre a cabeça do fêmur e a borda acetabular, que leva a um conflito mecânico causador de microtraumatismos aplicados no labrum e cartilagem acetabular que provocam lesões nessas estruturas. Geralmente o impacto decorre de alterações na transição colo-cabeça e/ou no acetábulo. Entretanto, pode ocorrer em quadris morfologicamente normais, mas que são submetidos a grandes demandas físicas associadas a repetidos movimentos de flexão (Volpon J B, 2016).

O impacto pode ser caracterizado por deformidade na cabeça do fêmur referido como CAME, ou um acetábulo profundo que faz cobertura da cabeça femoral referido como PINCER (Anderson; Siebenrock; Tannast, 2012). Todavia, a maioria dos pacientes pode apresentar um componente misto, no qual as duas condições ocorrem ao mesmo tempo (BECK et al, 2005).

O CAME é mais comum em homens jovens entre 20 e 30 anos de idade e é causado por compressão de uma cabeça femoral de raio maior que o normal com acetábulo em um movimento vigoroso, especialmente flexão. As forças de cisalhamento resultantes produzem abrasão de fora para dentro da cartilagem acetabular e / ou sua avulsão do labrum e do osso

subcondral em uma área de borda ântero-superior bastante constante. A avulsão condral, por sua vez, leva ao rompimento ou descolamento do labrum principalmente não envolvido (GANZ et al, 2008).

O impacto tipo PINCER envolve um excesso de cobertura do acetábulo sobre a cabeça femoral e é mais comum em mulheres de meia idade. Essa alteração morfológica pode ser secundária a um problema global, como na coxa profunda e na retroversão acetabular global, ou focal, quando apenas a parte superior do acetábulo é retrovertida. A consequência é o contato precoce do colo do fêmur com o labrum acetabular e o rebordo ósseo do acetábulo, gerando lesões por esmagamento do labrum, muitas vezes associadas a degeneração e calcificações, com menor repercussão na cartilagem articular (Souza B G S, 2017).

A maioria dos pacientes com impacto femoroacetabular encontra-se entre a terceira e a quinta década de vida. A queixa é de dor inguinal irradiada para a região medial da coxa ou joelho, o que pode retardar o diagnóstico pelo seu diferencial com lesões da musculatura adutora, pubalgia ou alterações da parede abdominal. A dor inicialmente é insidiosa, em geral após atividades físicas que envolvem sobrecarga do quadril. Alguns pacientes relatam dores na região glútea ou trocanteriana, geralmente associada às anormalidades na marcha e na postura secundária ao IFA. As atividades físicas mais relacionadas com o IFA são futebol, esportes de raquete (*tênis, squash, badminton*), surfe, ioga, remo, rúgbi e natação, especialmente o nado clássico (peito) (Motta F, 2018).

A SIFA é a representação sintomática do impacto femoroacetabular. Mais precisamente, é definida pela associação entre a presença de CAM e/ou PINCER nos exames de imagem, queixa de dor em quadril durante atividades de vida diária ou esportivas e diminuição da mobilidade de quadril, principalmente para as rotações. O sintoma mais relevante da SIFA é a dor localizada, normalmente, na virilha, mas também pode surgir na região lateral e posterior do quadril. Este sintoma é o mais importante a ser avaliado pois pode interferir de forma significativa na funcionalidade do indivíduo com SIFA e ocorre normalmente nas seguintes atividades: agachar, entrar e sair do carro, calçar sapatos e meias, andar de bicicleta, correr ou sentar por tempo prolongado em locais baixos (Fukuda et. al, 2020).

Existe um consenso de que questionários relatados pelo paciente devem servir como padrão ouro na avaliação de condições músculo-esqueléticas. O HAGOS é um dos primeiros estudos seguindo a lista de verificação COSMIN completa no desenvolvimento e teste de um

instrumento baseado em relatos de pacientes. Tem qualidades de medida adequada para a avaliação de sintomas, limitações de atividades, restrições de participação na qualidade de vida em pacientes fisicamente ativos jovens a de meia-idade com dor de longa data no quadril e / ou virilha. O HAGOS deve ser implementado na avaliação de estratégias e regimes de tratamento para pacientes fisicamente ativos com dor de longa data no quadril e / ou virilha em situações relevantes onde a perspectiva do paciente e sua qualidade de vida são de interesse primário (Thorborg K, 2011).

As opções de tratamento consistem em cuidados conservadores, reabilitação ou cirurgia:

- Cuidado conservador (educação, espera vigilante, estilo de vida e modificação de atividades)
- Reabilitação (exercícios de reabilitação conduzidos por fisioterapeutas para melhorar a estabilidade do quadril, controle neuromuscular, força, amplitude de movimento e padrões de movimento) (Kemp J L, 2019; 2018)
- Cirurgia (aberta ou artroscópica para melhorar a morfologia do quadril e reparar o tecido danificado) seguida por um programa de reabilitação estruturado conduzido por um fisioterapeuta.

A reabilitação baseada em exercícios é o tratamento inicial para SIFA. O encaminhamento para ortopedia é indicado para pacientes cujos sintomas e função não melhoram, apesar da adesão a um programa de fisioterapia bem elaborado de três a seis meses. Outras razões para o encaminhamento incluem um diagnóstico incerto e evidências de osteoartrite do quadril. Pacientes que não respondem às medidas não operatórias e que esperam mais de 12 meses pela cirurgia apresentam risco aumentado de desenvolver osteoartrite e menos probabilidade de ter um bom resultado cirúrgico.

Além disso, o retorno bem-sucedido à atividade depende de fatores do paciente (por exemplo, idade, tipo e nível de participação em esportes, comorbidades, valores, percepções, circunstâncias), fatores relacionados à doença (por exemplo, gravidade, duração) e fatores clínicos (por exemplo, experiência e recursos) (Uptodate, 2021).

MÉTODO

Pacientes e delineamento do estudo

Estudo série de casos, descritivo, analítico e prospectivo, no qual foram avaliados pacientes com diagnóstico de Síndrome do Impacto Femoroacetabular (SIFA) e direcionados ao

tratamento conservador, acompanhados no hospital HOME no período entre agosto de 2021 e agosto de 2022.

Foram incluídos pacientes com idade de 18 a 50 anos, com diagnóstico de SIFA e que concordaram em participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão são: pacientes portadores de seqüela de doenças na infância (Legg-Perthes-Calvé, Displasia do Desenvolvimento do Quadril, Deslizamento Epifisário Femoral Proximal), pacientes já submetidos a cirurgias prévias do quadril, pacientes com sinais evidentes de osteoartrite avançada (grau ≥ 2 pela classificação de Tönnis) e os pacientes que não assinarem ou não concordarem com o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizada por meio do questionário HAGOS aplicados em uma amostra de 6 pacientes, esclarecidos dos riscos e benefícios para realizar a pesquisa. A amostra foi calculada a partir do software OneEpi versão 3.01.

Sintomas	100 - Total score S1-S7 x 100/28
Dor	100 - Total score P1-P10 x 100/ 40
Atividade do dia a dia	100 - Total score A1-A5 x 100/20
Atividades esportivas e lazer	100 - Total score SP1-SP8 x 100/32
Participação em atividades físicas	100 - Total score PA1-PA2 x 100/8
Qualidade de vida	100 - Total score Q1-Q5 x 100/20

Em relação ao recrutamento de pacientes: Os pacientes com confirmação clínica e radiológica de SAF foram encaminhados para tratamento conservador pelos médicos assistentes do hospital e, a partir disso, foram contactados sobre o interesse em responder o questionário HAGOS antes de começar o tratamento. Ou seja, o paciente fez o primeiro contato com o médico assistente do hospital Home, ao receber o diagnóstico de SIFA o médico informou ao paciente a respeito da pesquisa e desejo de participação. A partir de então foi gerada uma lista de pacientes, os quais entramos em contato via e-mail ou whatsapp. Os pesquisadores não terão acesso ao prontuário.

Avaliação estatística

Os participantes foram alocados em um único grupo de intervenção (tratamento fisioterapêutico para SIFA). Antes da intervenção, todos responderam ao questionário HAGOS. Após 12 semanas de tratamento, todos responderão novamente ao questionário HAGOS. Essa parte do projeto será realizada ao longo do ano de 2022, tendo em vista a

limitação de tempo que obtivemos para a coleta de dados e será apresentada com os projetos científicos do próximo ano.

Os resultados obtidos nos questionários pré e pós intervenção serão tabulados em uma planilha utilizando o Microsoft Excel (Office Professional plus 2016, EUA) e serão aplicados os testes ANOVA e Análise de Regressão Múltipla. Para a análise estatística, será utilizado o software livre OpenEpi (<https://www.openepi.com/>) versão 3.01.

Considerações éticas

Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O estudo foi enviado ao Comitê de ética e pesquisa (CEP) do UniCEUB e aceito como parte do programa de iniciação científica da instituição em parceria com o hospital HOME.

Riscos e Benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos relacionados ao sigilo de informações.
- Medidas preventivas serão tomadas durante a entrevista visando minimizar os riscos ou incômodo como: Identificação dos pacientes pelas iniciais, códigos ou números. Nas avaliações fora da equipe de pesquisadores não haverá identificação dos sujeitos da pesquisa.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A persistência dos sintomas, a presença de lesões labrais ou condrais e limitações funcionais para atividades físicas ou do dia-dia podem ser indicações de tratamento cirúrgico. (CRESTANI, et al. 2006; SAMORA, et al. 2011). Neste sentido, uma das técnicas mais utilizadas atualmente é a artroscopia do quadril (Crestani, et al. 2006; Philippon, et al. 2007), que tem como objetivo principal o alívio dos sintomas dos pacientes e a melhora da amplitude de movimento da articulação do quadril. Esse método consiste na remoção das áreas de conflito ósseo com a realização da osteocondroplastia do fêmur proximal ou rebordo acetabular, diminuindo o impacto entre essas estruturas (NG, et al. 2010).

As taxas de artroscopia têm crescido rapidamente, porém, a literatura apresenta poucas evidências específicas sobre o melhor método para o ganho da amplitude de movimento,

força muscular e retorno ao esporte após a artroscopia do quadril. Neste panorama, o desafio da fisioterapia é definir um protocolo adequado que permita a reabilitação precoce sem prejudicar o processo normal de cicatrização dos tecidos (FRASSON, et al. 2015).

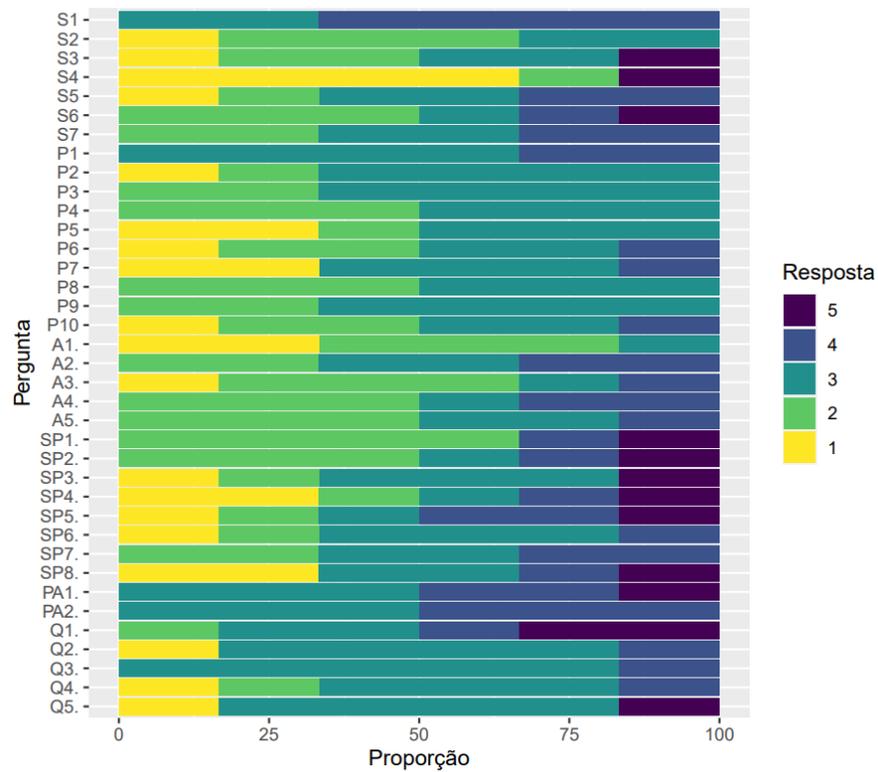
De modo a garantir uma melhor interpretação visual dos dados, as perguntas foram relacionadas a partir da tabela abaixo:

Tabela 1: Relação de perguntas do questionário

Q1	S1 Você sente desconforto no seu quadril e/ou virilha?
Q2	S2 Você escuta um "click"ou algum outro tipo de barulho no seu quadril e/ou virilha?
Q3	S3 Você sente dificuldade em separar as pernas bem para os lados?
Q4	S4 Você sente dificuldade para dar passos largos quando anda?
Q5	S5 Você tem dores repentinas, como pontadas ou fisgadas, no seu quadril e/ou virilha?
Q6	S6 Quão rígido fica o quadril e/ou virilha logo que se levanta pela manhã?
Q7	S7 Qual a rigidez no quadril e/ou virilha no final do dia após ter ficado sentado ou deitado para descansar?
Q8	P1 Com que frequência você sente dor no quadril e/ou virilha?
Q9	P2 Com que frequência você sente dor em outras áreas que não o seu quadril e/ou virilha que você acha que pode estar relacionada ao seu problema de quadril e/ou virilha?
Q10	P3 Esticar completamente o quadril.
Q11	P4 Dobrar completamente o quadril
Q12	P5 Subir ou descer escadas.
Q13	P6 A noite quando está deitado na cama (dores que incomodem seu sono)
Q14	P7 Sentado ou deitado
Q15	P8 Em pé
Q16	P9 Andando em uma terreno duro (por exemplo asfalto ou concreto)
Q17	P10 Andando em um terreno irregular
Q18	A1. Subir escadas
Q19	A2. Se abaixar para pegar algo no chão
Q20	A3. Entrar ou sair de um carro
Q21	A4. Ficar deitado na cama (se virar ou ficar na mesma posição por muito tempo)
Q22	A5. Tarefas domésticas pesadas (lavar o chão, passar aspirador de pó, carregar caixas pesadas)
Q23	SP1. Fazer agachamento
Q24	SP2. Correr
Q25	SP3. Torcer ou virar o corpo apoiando mais peso em uma perna
Q26	SP4. Correr em um terreno irregular
Q27	SP5. Correr o mais rápido que você pode
Q28	SP6. Mover a perna para frente e/ou para o lado rapidamente, como para chutar, patinar de skate, etc.
Q29	SP7. Movimentos repentinos, explosivos que envolvem troca de pernas bruscas, como por exemplo acelerar, frear, mudar de direção, etc.
Q30	SP8. Situações em que a perna chega em posição limite (posição limite é a posição mais longe do corpo possível)
Q31	PA1. Você consegue realizar a sua atividade física pelo tempo que quer?
Q32	PA2. Você consegue realizar a sua atividade física no seu nível de desempenho normal?
Q33	Q1. Com que frequência você percebe o seu problema de quadril e/ou virilha?
Q34	Q2. Você modificou seu estilo de vida para evitar atividades que podem sobrecarregar seu quadril e/ou virilha?
Q35	Q3. Qual o tamanho de seus problemas no seu quadril e/ou virilha?
Q36	Q4. O seu quadril e/ou virilha influencia negativamente o seu humor?
Q37	Q5. você se sente limitado devido aos seus problemas de quadril e/ou virilha?

Com isso, foi possível construir o gráfico de barras empilhadas a seguir que relaciona as respostas dadas aos questionários:

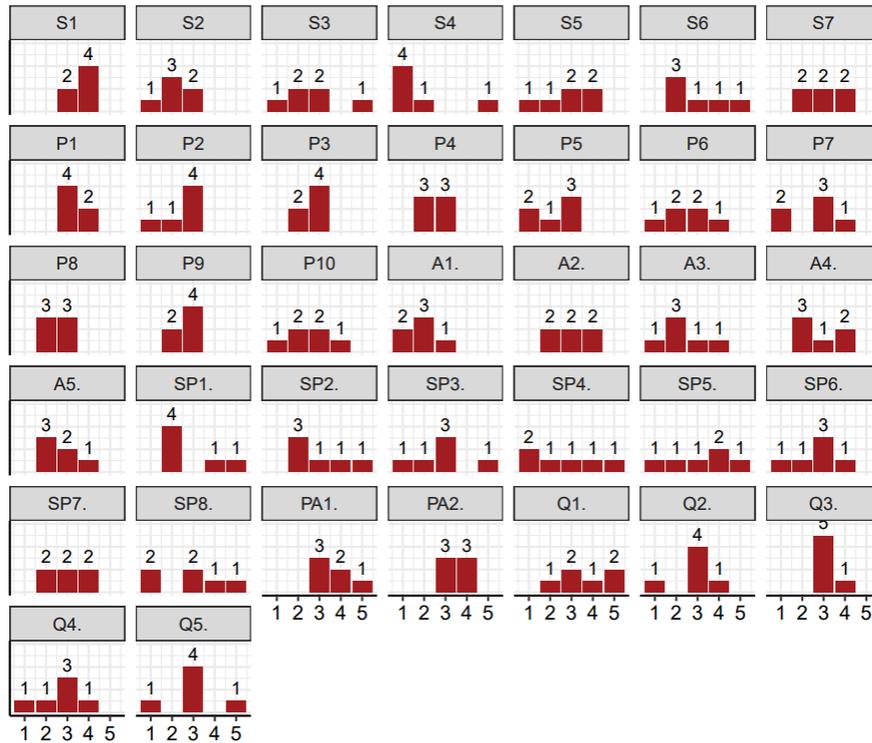
Figura 1: Gráfico de barras empilhadas das respostas ao questionário



No gráfico acima, cada coluna horizontal representa a proporção de respostas (de 1 a 5) para uma determinada questão (S1, S2, S3,...). Por exemplo, para "S1 Você sente desconforto no seu quadril e/ou virilha?", foram obtidas apenas respostas 3 (de vez em quando) e 4 (frequentemente), sendo que a maior proporção é de respostas 4. Por outro lado, para "SP4 (Dor ao) Correr em um terreno irregular", é possível observar que houve respostas de todos os tipos e que entre elas, a de maior proporção é a resposta 1 (Nenhuma).

De modo a garantir uma visualização detalhada dos valores absolutos de cada resposta, propõe-se o gráfico complementar abaixo:

Figura 2: Gráfico de barras justapostas das respostas ao questionário



Nosso trabalho apresentou como objetivo, prever se o questionário HAGOS consegue estimar a melhor conduta terapêutica. No momento, devido ao pequeno número de pacientes avaliados ainda não foi possível chegar nessa definição.

Percebe-se apesar disso, dentro da amostra analisada houve uma prevalência de idade entre 34 e 51 anos. Além disso, com as respostas analisadas notamos que a maioria dos pacientes analisados apresentam algum tipo de dor no quadril. Em relação aos sintomas 66,7% dos pacientes apresentam dor no quadril frequentemente e 66,7% apresentam dor toda semana e 33,7% dor todos os dias.

Em relação às atividades físicas, 50% dos pacientes apresentam pouca dor ao correr e 16,7% deles moderada, grande e muito grande.

As respostas variaram em relação à interferência nas atividades do dia a dia, em relação as tarefas domésticas pesadas cerca de 50% dos pacientes relataram pouca dor.

Por fim, em relação a qualidade de vida 66,7% se sentem limitados pelos seus problemas no quadril, 16,7% o tempo todo e 16,7% de modo nenhum.

A recuperação da amplitude de movimento do quadril, o controle do edema e do hematoma, a redução da inibição muscular, a obtenção do controle neuromuscular e proprioceptivo

progressivo, o reforço muscular, o condicionamento cardiovascular e o preparo para o retorno à atividade esportiva são pontos principais contemplados no programa de reabilitação pós-operatória do IFA (BENNEL, et al. 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)

Apesar da literatura crescente a respeito do IFA e do seu papel no dano intra articular, a evidência para a reabilitação persiste baseada na experiência do profissional (CASTANHO CP; WISNIEWSKI E, 2018).

Ainda não foi possível chegar a conclusões definitivas devido ao baixo número de pacientes analisados. Dessa forma, ainda não podemos prever o benefício do questionário HAGOS no auxílio dos profissionais na melhor conduta terapêutica do paciente.

Apesar disso, o trabalho terá continuidade no próximo ano, buscando adquirir um maior número de pacientes a ponto de chegarmos na conclusão do benefício a partir do score do questionário se um específico paciente apresentará melhor resultado no tratamento fisioterápico ou cirúrgico.

Ademais, de acordo com a literatura, o tratamento conservador se mostra importante para a conservação da função mecânica da articulação do quadril, principalmente em pacientes que apresentam estágios iniciais de IFA, pois nos estágios mais avançados a cirurgia artroscópica é a mais indicada para a correção biomecânica, porém, se houver dano intra-articular severo com presença de osteoartrose, a cirurgia artroscópica se mostra ineficaz (CASTANHO CP; WISNIEWSKI E, 2018).

Por fim, ainda não existe um protocolo específico para reabilitação pós-operatória nem para o tratamento conservador. Sendo assim, é extremamente necessário que o profissional tenha conhecimento sobre a fisiopatologia do IFA para assim, alcançar os melhores efeitos nos exercícios estabelecidos pelo tratamento fisioterapêutico (CASTANHO CP; WISNIEWSKI E, 2018).

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, SE, SIEBENROCK, KA, & TANNAST, M. Femoroacetabular impingement. *European Journal of Radiology*, 81(12), 3740–3744. doi:10.1016/j.ejrad.2011.03.097, 2012.
- BECK, M., KALHOR, M., LEUNIG, M., & GANZ, R. (2005). Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 87-B(7), 1012–1018. doi:10.1302/0301-620x.87b7.15203
- BENNEL, K, L; O'DONNELL, J, M; TAKLA, A; SPIERS, L,N; HUNTER, D, J; STAPLES, M; HINMAN, R, S. Efficacy of a physiotherapy rehabilitation program for individuals undergoing arthroscopic management of femoroacetabular impingement – the FAIR trial: a randomized controlled trial protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014; 26:15-58
- CASTANHO CP; WISNIEWSKI E, 2018. O efeito da fisioterapia no tratamento conservador e no pós-operatório em pacientes com impacto femoroacetabular submetidos à artroscopia: uma revisão da bibliografia
- CRESTANI MV; TELOKEN MA; GUSMÃO, PDF. Impacto femoroacetabular: uma das condições precursoras da osteoartrose do quadril. *Rev Bras Ortop*. 2006; 41(8):285-93.
- DOOLEY, P. J. Femoroacetabular impingement syndrome: Nonarthritic hip pain in young adults. *Canadian Family Physician Medecin de famille Canadien*, v. 54, n. 1, p. 42-47, jan. 2008.
- FUKUDA T. Impacto femoroacetabular, 2020. Disponível em: https://www.institutotrata.com.br/impacto-femoroacetabular-ifa/#O_que_e_Sindrome_do_Impacto_Femoroacetabular_SIFA
- FRASSON, BV; MORALES, BA; TORRESAN, A; CRESTANI, M; FORTES, GDP; TELOKEN, AM; VAZ, AM. Fisioterapia no pós-operatório de correção artroscópica do impacto femoroacetabular. *Ciencias&Saúde*; 2015;8 (3):156-168
- GANZ R, PARVIZI J, BECK M, LEUNIG M, NÖTZLI H , SIEBENROCK KA. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip, 2003.
- GRIFFIN, DR, et al. The Warwick agreement on femoroacetabular impingement syndrome (FAI syndrome): na international consensus statement. *British Journaul of sports medicine*, v. 50, n 19, p. 1169-1176, 2016.

JÄGER, M. et al. Femoroacetabular impingement caused by a femoral osseous head-neck bump deformity: Clinical, radiological, and experimental results. *Journal of Orthopaedic Science*, v. 9, n. 3, p. 256-263, may. 2004

KEMP JL, KING MG, BARTON C, et al. Is exercise therapy for femoroacetabular impingement in or out of FASHIoN? We need to talk about current best practice for the non-surgical management of FAI syndrome. *Br J Sports Med* 2019; 53:1204.

KEMP JL, RISBERG MA, MOSLER A, et al. Physiotherapist-led treatment for young to middle-aged active adults with hip-related pain: consensus recommendations from the International Hip-related Pain Research Network, Zurich 2018. *Br J Sports Med* 2020; 54:504.

LEUNIG, M;BEAULÉ, PE;GANZ, R. The concept of femoroacetabular impingement: current status and future perspectives. *Clinical Orthopedic and Related Research*, v. 467, n. 3, p. 616-622, mar. 2009

MAREK, A. Perfil epidemiológico e fatores associados em indivíduos com impacto femoroacetabular. 2019. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1860/2/2019AlexandreMarek.pdf>

MOTTA FILHO, GERALDO DA ROCHA. *Ortopedia e traumatologia / Geraldo da Rocha Motta Filho, Tarcisio Eloy Pessoa de Barros Filho*. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2018.

NG, VY; ARORA, N; BEST, TM; PAN, X; ELLIS, TJ. Efficacy of surgery for femoroacetabular impingement: a systematic review. *Am J Sports Med*. 2010;38(11):2337-45.

PHILLIPON, M; SCHENKER, M; BRIGGS, K; KUPPERSMITH, D. Femoroacetabular impingement in 45 professional athletes: associated pathologies and return to sport following arthroscopic decompression. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2007 Jul; 15(7):908-14.

SAMORA, J, B; NG, V, Y; ELLIS, T, J. Femoroacetabular impingement: a common cause of hip pain in young adults. *Clin J Sport Med*. 2011; 21(1):51-6.

SILVA DJ. Caracterização da dor no púbis em atletas de elite de ginástica rítmica: um estudo controlado, 2019.

SOUSA BGS, et al. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 43, n. 3, p. 269-276, jul./set, 2017. Disponível em: Impacto femoroacetabular - Portal de Periódicos UFJF

THORBORG K, HÖLMICH P, CHRISTENSEN R, PETERSEN J, ROOS EM. The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS): development and validation according to the COSMIN checklist. *Br J Sports Med*. 2011;45(6):478-91

VOLPON JB. Impacto femoroacetabular. *Rev Bras Ortop*. 2016;51(6):621–629. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v51n6/pt_0102-3616-rbort-51-06-00621.pdf.