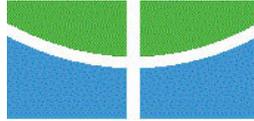


Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Qualidade de Vida e Reabilitação:
Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total do Quadril

Denise Regina Matos

Brasília
2006



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

**Qualidade de Vida e Reabilitação:
Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total do Quadril**

Denise Regina Matos

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração:
Desenvolvimento Humano no
Contexto Sócio-Cultural

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília
2006

Este trabalho foi realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^a. Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Banca Examinadora

Prof. Sebastião Benício da Costa Neto
Universidade Católica de Goiás (Membro Externo)

Prof^a. Maria Inês Gandolfo Conceição
Universidade de Brasília (Membro Interno)

Prof^a. Elizabeth Queiroz
Universidade de Brasília (Suplente)

Prof^a. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo
Universidade de Brasília (Presidente)

*Para Walter, Luíza e
Camila*

Agradecimentos

A Prof.^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo que confiou em mim, sem me conhecer, e a quem admiro pela competência, e, acima de tudo, pela dedicação e pela perseverança em alcançar as suas metas. Sua compreensão para as mais diversas situações e o seu estímulo para que eu continuasse foram de importância fundamental para a conclusão deste trabalho.

A Vyvianne, que, durante toda a execução da investigação, desde as fases mais básicas até o resultado final, com competência, disponibilidade e conhecimento, tornou mais fácil este caminhar, possibilitando a abertura de portas antes não ultrapassadas por mim.

A Rede Sarah de Hospitais – onde desenvolvo minha trajetória profissional há 16 anos – que permitiu a realização deste trabalho e o acesso aos pacientes que são o universo desta pesquisa.

Ao Dr. Cláudio Sollaci, sempre presente, pelas sugestões, pelos esclarecimentos e pela competência .

Aos pacientes que colaboraram com este estudo, dando o seu depoimento, comparecendo às entrevistas e participando ativamente da pesquisa.

Aos profissionais do Hospital Sarah, em especial à equipe do Programa de Ortopedia Adulto, que colaborou para a realização da pesquisa e que, nos momentos de ausência da pesquisadora, a substituíram em solidariedade.

A Eloá, amiga, pelo estímulo dado nas fases embrionárias do projeto de pesquisa de Mestrado, também pela colaboração na efetiva realização do mesmo e pela presença nos diversos momentos de nossas vidas.

À Iara, amiga, simplesmente pela sua presença.

Às bibliotecárias do Sarah, que, com enorme profissionalismo e dedicação, sempre atenderam às solicitações.

À equipe do Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, pela ajuda na análise estatística, em especial à Érika Pires.

Ao Jorge, pela tamanha paciência e pela dedicação, com que me auxiliou na fase final deste trabalho.

Aos meus pais e a meu irmão, que me permitiram ter a educação e os valores que hoje são repassados às minhas filhas.

Um agradecimento emocionado e feliz a minha família: Walter, por ser um grande companheiro, incentivador e pai exemplar, muito me auxiliou na conclusão deste trabalho. E a Luíza e a Camila, meus tesouros mais preciosos, eu agradeço pela existência, pela presença e por nos fazerem tão feliz.

E a Deus por ter reunido ao meu redor amigos, parentes e pessoas que tanto admiro. Sobretudo por ter-me iluminado, orientado e guiado por caminhos seguros e desafiadores.

Abreviações

AVD: Atividades de Vida Diária

AIMS: Arthritis Impact Measurement Scale

CNCQ: Centro Nacional de Controle de Qualidade

FIM: Functional Independence Measure

HAQ: Health Assessment Questionnaire

HHS: Harris Hip Score

IQV: Inventário de Qualidade de Vida

MHI: Mental Health Inventory

MOS SF-36: Medical Outcome Study Short Form 36

NHP: Nottingham Health Profile

Q V: Qualidade de Vida

QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

PTQ: Prótese Total de Quadril

P O: Pós-operatório

SIP: Sickness Impact Profile

OA: osteoartrose

OMS: Organização Mundial da Saúde

TVP: Trombose Venosa Profunda

WOMAC: The Western Ontário and McMaster Universities Osteoarthritis Index

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I - Considerações Gerais Sobre a Osteoartrose e a Artroplastia do Quadril no Âmbito de um Programa de Reabilitação	8
1.1 Doença articular degenerativa.....	8
1.1.1 Delimitação da patologia	8
1.1.2 Sintomatologia, quadro clínico e impacto funcional	9
1.1.3 Prevalência e incidência	12
1.1.4 Epidemiologia do Hospital Sarah-Centro	12
1.2 Artroplastia total do quadril	13
1.2.1 Indicações.....	15
1.2.2 Contra - indicações	16
1.2.3 Complicações gerais e quadro algico	17
1.3 Reabilitação após artroplastia total do quadril	18
CAPÍTULO II - Qualidade de Vida: Questões Conceituais, Instrumentos de Avaliação e Panorama Sobre Pesquisas	21
2.1 Perspectiva histórica.....	21
2.2 Delimitação conceitual de qualidade de vida	24
2.3 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).....	29
2.4 Considerações sobre a avaliação de qualidade de vida	30
2.5 Evolução dos instrumentos de avaliação	32
2.6 Instrumentos Gerais.....	36
2.6.1 Medical Outcomes Study, 36-item short-form health survey (SF-36)	36
2.6.2 World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument.....	40
2.6.3 Sickness Impact Profile (SIP).....	41
2.6.4 Nottingham Health Profile (NHP)- perfil de saúde de Nottingham (PSN).....	41
2.6.5 EuroQuol (EQ- 5D, Euroqol Group, 1990)	42
2.7 Instrumentos Específicos.....	43
2.7.1 Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)	44
2.7.2 The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index	45
2.7.3 Harris Hip Score (HHS)	45
2.7.4 Health Assessment Questionnaire (HAQ)	46
2.7.5 Functional Independence Measure (FIM).....	47
2.7.6 Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers	48
2.7.7 McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)	48
2.7.8 Inventário de qualidade de vida (IQV)	49
2.7.9 Mental Health Inventory (MHI)	49
2.8 Qualidade de vida em osteoartrose de quadril e cirurgia de artroplastia: Um panorama geral.....	50

CAPÍTULO III - Método	62
3.1 Objetivos	62
3.1.1 Objetivo geral	62
3.1.2 Objetivos específicos	62
3.2 Composição e caracterização da amostra	62
3.3 Local	64
3.4 Instrumentos	66
3.5 Procedimentos de coleta de dados	66
3.6 Procedimentos para análise dos dados	67
CAPÍTULO IV - Resultados	69
4.1 Resultados obtidos a partir do SF-36	69
4.1.1 Comparação por médias	75
4.2 Resultados obtidos pelas entrevistas	77
4.2.1 Análise da entrevista na etapa pré-operatória	77
4.2.2 Análise da entrevista na etapa pós-operatória	87
4.3 Comparação entre expectativas no pré e pós-operatório	98
4.4 Percepção de qualidade de vida	99
CAPÍTULO V - Discussão	100
5.1 Alterações degenerativas articulares e o envelhecimento populacional	100
5.2 Aspectos conceituais	103
5.3 Vantagens e limites da avaliação adotada	104
5.4 Principais indicadores de qualidade de vida	107
5.4.1 Dor	107
5.4.2 Capacidade funcional	109
5.4.3 Aspecto emocional	110
5.4.4 Sexualidade	111
5.4.5 Marcha	112
5.4.6 Satisfação e expectativas	113
5.4.7 Outros domínios	114
5.5 Qualidade de vida e programa de reabilitação	115
5.6 Qualidade de vida , independência e reabilitação	118
5.7 Comentários, perspectivas e sugestões	118
Considerações Finais	120
Referências	123
Anexos	131
Anexo 1 - Equipamentos Utilizados para Favorecer a Independência dos Pacientes	132
Anexo 2 - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida -SF-36	135
Anexo 3 - Autorização do Comitê de Ética da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação	141
Anexo 4 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	143

Anexo 5 - Roteiros de Entrevista Semi - Estruturada -----	145
Anexo 6 - Resumo com as Características dos Pacientes da Amostra -----	152
Anexo 7 - Transcrições das Entrevistas -----	157
Anexo 8 - Sistema de Categorias das Entrevistasda Etapa Pré-Operatória -----	167
Anexo 9 - Sistema de Categorias das Entrevistasda Etapa Pós-Operatória -----	171

Índice de Figuras, Gráficos e Tabela

Figura 1- Representação das alterações que ocorrem na articulação em consequência a osteoartrose -----	10
Figura 2 - Desenho da articulação normal do quadril -----	14
Figura 3 - Desenho da articulação do quadril, com a adaptação dos componentes protéticos, em acetábulo e fêmur. -----	15
Figura 4 - Representação esquemática do SF-36, com seus domínios e as dimensões física e mental -----	39
Gráfico I - Escores de avaliação da dor pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	70
Gráfico II - Escores de avaliação do SF-36 quanto aos aspectos emocionais no pré e pós-operatório -----	71
Gráfico III - Escores da avaliação do aspecto físico pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	71
Gráfico IV - Escores da avaliação da capacidade funcional pelo SF-36 pré/ pós-operatório--	72
Gráfico V - Escore de avaliação do aspecto social pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	73
Gráfico VI - Escore de avaliação da saúde mental pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	74
Gráfico VII - Escore de avaliação do estado geral de saúde pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	74
Gráfico VIII - Escore de avaliação da vitalidade pelo SF-36 no pré e pós-operatório -----	75
Gráfico IX - Comparação entre as médias dos domínios do SF-36 no pré e pós-operatório --	75
Gráfico X - Box Plott com a comparação entre os escores obtidos pela média aritmética de pré e pós-operatório dos domínios do SF-36 -----	76
Gráfico XI - Frequência de ocorrência para a categoria dor na entrevista pré-operatória -----	78
Gráfico XII - Frequência de ocorrência para a categoria limitação funcional na entrevista pré-operatória -----	79
Gráfico XIII - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos sociais na entrevista pré-operatória -----	80
Gráfico XIV - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos familiares na entrevista pré-operatória -----	81
Gráfico XV- Frequência de ocorrência para a categoria suporte social na entrevista pré-operatória -----	81
Gráfico XVI - Frequência de ocorrência para a categoria sofrimento na entrevista pré-operatória-----	82
Gráfico XVII - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos emocionais na entrevista pré- operatória-----	83
Gráfico XVIII - Frequência de ocorrência para a categoria rotina diária na entrevista pré-operatória -----	84
Gráfico XIX - Frequência de ocorrência para a categoria enfrentamento na entrevista pré-operatória -----	85

Gráfico XX - Frequência de ocorrência para a categoria expectativa na entrevista pré-operatória -----	86
Gráfico XXI - Frequência de ocorrência para a categoria qualidade de vida -----	87
Gráfico XXII - Frequência de ocorrência para a categoria dor na entrevista pós-operatória --	88
Gráfico XXIII - Frequência de ocorrência para a categoria limitação funcional residual na entrevista pós-operatória-----	89
Gráfico XXIV- Frequência de ocorrência para a categoria aspectos sociais na entrevista pós-operatória -----	90
Gráfico XXV - Frequência de ocorrência para a adesão aos cuidados na entrevista pós-operatória -----	91
Gráfico XXVI - Frequência de ocorrência para a categoria marcha no pós-operatório-----	92
Gráfico XXVII - Frequência de ocorrência para a categoria retorno as atividades prévias no pós-operatório-----	93
Gráfico XXVIII - Frequência de ocorrência para a categoria expectativa com o procedimento cirúrgico-----	94
Gráfico XXIX-Frequência de ocorrência para a categoria estado de saúde no pós-operatório	94
Gráfico XXX - Frequência de ocorrência para a categoria qualidade de vida no pós-operatório -----	95
Gráfico XXXI - Satisfação e frustração dos pacientes com os resultados da cirurgia-----	97
Gráfico XXXII - Comparação quanto às expectativas com a cirurgia no pré e pós-operatório -----	98
Gráfico XXXIII - Qualidade de vida pré e pós-operatório -----	99
Tabela 1 - Classificação das escalas de acordo com o Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Áreas -----	34
Tabela 2 - Instrumentos direcionados a avaliação da população com incapacidade segundo Cummins-----	35
Tabela 3 - Características sócio-demográficas, diagnóstico e aspectos cirúrgicos dos pacientes -----	64

RESUMO

A artroplastia total de quadril é indicada para tratamento de artrose primária e secundária do quadril em função do acometimento por várias patologias associadas à destruição articular, tais como artrite reumatóide, espondilite anquilosante, fraturas, displasia congênita, necrose avascular da cabeça do fêmur, cujos sintomas são dor, limitação articular, restrições graves nas atividades diárias, alterações emocionais e alteração do sono. Considerando o interesse clínico e científico do tema para a área da Psicologia da Reabilitação, desenvolveu-se uma investigação com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a artroplastia total do quadril. Foram avaliados 17 pacientes do Programa de Ortopedia Adulto da Rede Sarah da Unidade Centro de Brasília, sendo 53% mulheres e 47% homens com idade média de 56 anos ($DP= 10,4$). Adotou-se uma abordagem multimetodológica nas etapas pré-cirúrgica e pós-cirúrgica (três meses após a artroplastia de quadril) por meio da aplicação de um instrumento de avaliação de qualidade de vida (SF-36) e de um roteiro de entrevista semi-estruturada. Os resultados obtidos pelo SF-36 apontam que os aspectos físicos, a capacidade funcional e a dor apresentaram as mais baixas médias no pré-operatório, sendo o estado geral de saúde e a saúde mental os domínios com as médias mais altas. No pós-operatório, todos os domínios avaliados pelo SF-36 apresentaram melhora significativa. Dentre esses, a dor, os aspectos emocionais e a capacidade funcional apresentaram as maiores variações, com conseqüente melhora nas suas avaliações, quando comparadas com as do pré e do pós-operatório. Os pacientes na faixa etária de 56 a 75 anos ($n= 9$) apresentaram uma melhora maior na capacidade funcional no pós-operatório, quando comparados com os pacientes mais jovens, na faixa de 35 a 55 anos de idade. A análise das entrevistas revela a dor e a percepção que o paciente tem sobre sua limitação para desempenhar funções diárias e a dependência de familiares. Quanto à satisfação, a entrevista revelou que três pacientes mostraram-se frustrados com os resultados obtidos após três meses de cirurgia. De modo geral, os dois instrumentos empregados mostraram-se adequados para a avaliação pretendida e apontam resultados semelhantes e complementares. No intuito de aprimorar a identificação e a análise das variáveis envolvidas na reabilitação desses pacientes, sugere-se que a investigação seja desenvolvida com uma amostra mais extensa e que o intervalo temporal de acompanhamento também seja ampliado.

Palavras-chave: reabilitação; cirurgia; qualidade de vida; artroplastia total de quadril; SF-36.

ABSTRACT

Total hip replacement (arthroplasty) is indicated to the treatment of primary and secondary hip arthrosis caused by several pathologies associated to joint destruction, such as rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, fractures, congenital displasia, avascular necrosis of the femoral head, whose symptoms are pain, range of motion restriction, severe limitation of daily living activities, emotional alterations, and sleep disorders. Considering the clinical and scientific interest on the issue to the Rehabilitation Psychology area, an investigation has been carried out aiming at assessing the quality of life of patients who had undergone total arthroplasty of the hip. Seventeen patients were evaluated from the Adult Orthopedic Program from the Sarah Network Hospital, Brasília Downtown branch, 53% female and 47% male with the average age of 56 (SD 10,4). A multimethodological approach was adopted in the pre- and post-surgery phases (after three months of total hip replacement) through the use of a quality of life evaluation instrument (SF-36) and a semi-structured interview procedure. The results obtained by the SF-36 indicate that the physical aspects, the functional capacity and pain presented the lowest averages in the pre-surgery phase, while the general and mental health state domains presented the highest averages. At the post-surgery phase, there has been a significant improvement of all domains evaluated by the SF-36, with the greatest variations presented by pain, emotional aspects and functional capacity, with subsequent improvement in the assessment of such features, when pre- and post-surgery phases were compared. Fifty-six to seventy-five year old patients (n= 9) presented better improvement in the functional capacity at post-surgery phase when compared to younger patients, ranging from thirty-five to fifty-five years old. The interview analysis reveals pain and the patients' perception about their limitation to carry out daily activities and the dependence on relatives. As for satisfaction, the interview shows that three patients were frustrated with the results after three months from surgery. In general, both instruments employed proved adequate for the intended evaluation, and point to similar and corresponding results. In order to improve identification and analysis of the variables pertaining to the rehabilitation of these patients, this research suggests that investigation be developed with a larger number of subjects and that the time interval under scrutiny also be extended.

Key words: rehabilitation; surgery; quality of life; total hip arthroplasty; SF-36.

INTRODUÇÃO

O paciente que convive com o quadro de osteoartrose em quadril, vivencia, ao longo da evolução da sua doença, perdas que podem restringir a função física, mas que, progressivamente, afetam o seu convívio social, com perda de gratificação nas interações sociais, mudanças de humor, interrupção das atividades diárias e excesso de descanso. Aparecem incapacidades físicas secundárias, pelo receio de que movimentos possam causar danos maiores ou intensificar a dor, além de desesperança, sentimento de inutilidade e auto-estima em baixa (Loduca, 1999).

Dor e incapacidade são sintomas principais da osteoartrose (OA), que está associada à degeneração da cartilagem articular, fraqueza muscular, limitações no arco de movimento, ansiedade, atenção focada nos sintomas e possível depressão. Como não há possibilidade de tratamento causal, o objetivo primário é o alívio dos sintomas e a prevenção da piora do quadro (Dekker, Boot, Van der Woude & Bijlsma, 1992).

No tratamento das doenças agudas, a avaliação de resultados é feita com maior facilidade, uma vez que o efeito do tratamento pode ser facilmente relacionado com a cura (ex.: pneumonia), enquanto que, no tratamento de pacientes com doenças crônicas, como a OA, de etiologia complexa e com repercussões sócio-econômicas para o indivíduo e para a família, essa avaliação de resultados traz grandes desafios para a equipe que acompanha o paciente com a doença em questão (Fleck & cols., 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1952, define saúde como não somente a ausência de doença, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social. Em razão de tal definição, aumentou a preocupação de minimizar os danos causados pelas doenças, assim como de promover melhor condição de saúde. A mudança do perfil de morbimortalidade indica aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. No entanto, os avanços nos tratamentos e a melhor possibilidade de controle de tais doenças propiciaram o aumento da sobrevida das pessoas com essas patologias. Assim, elas passaram a viver mais tempo com os problemas e com as conseqüências desencadeadas pela doença (Ciconelli, 2003; Seidl & Zannon, 2004).

Os tratamentos podem ser avaliados tanto na perspectiva médica, quanto na avaliação subjetiva do paciente, o que é um novo parâmetro de avaliação, com enfoque crescente na literatura, nas últimas décadas. Valoriza o ponto de vista do indivíduo em relação às várias

dimensões de sua vida e não somente em relação à intensidade dos sintomas e da doença, e o impacto desta na sua vida (Ciconelli, 2003).

Embora as limitações impostas pelas doenças crônicas sejam bastante variáveis, no geral, elas comprometem a qualidade de vida do paciente, cuja avaliação, além de ser baseada na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, é também influenciada pelo contexto sócio-cultural em que o paciente está inserido. A avaliação tem-se tornado ferramenta importante para a análise de resultados, principalmente após cirurgias de substituição da articulação acometida pela OA, dentre as quais se inclui a artroplastia total do quadril. Os indicadores são multidimensionais, permitindo inúmeras condições de avaliação em que indivíduos, com a mesma doença, possam apresentar diferentes níveis de saúde, de bem-estar físico e emocional e, conseqüentemente, diferente nível de qualidade de vida (Ciconelli, 2003).

Os resultados da artroplastia de quadril, que estavam sujeitos à avaliação unicamente realizada pelo cirurgião, têm sido expressos em termos de índices técnicos, limitações clínicas, complicações pós-operatórias, mortalidade e revisões cirúrgicas. Esses resultados, contudo, não refletem o alívio de dor e de melhora da função. Estudos atuais levam em conta a perspectiva do paciente na avaliação da dor e da função e na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (Jones, Voaklander, Johnston & Suarez-Almazor, 2000).

A baixa da qualidade de vida requer atenção e desenvolvimento de medidas eficazes de intervenção que proporcionem ao sujeito maior bem-estar e vida mais saudável, o que deve ser o objetivo dos diversos profissionais da área de saúde.

A Psicologia, enquanto ciência que busca a compreensão do ser humano e do seu processo de desenvolvimento, também se envolve na análise dos aspectos da saúde, principalmente para modificar comportamentos que apresentam risco à saúde das pessoas, numa perspectiva de prevenção e promoção da saúde, e ainda atua no processo de reabilitação. A reabilitação implica realização de ações para conter ou minimizar danos, tendo a enfermidade já iniciado seu curso, e para permitir ao paciente lidar com as limitações impostas pela patologia, estimulando sua independência e sua participação ativa nesse processo. A promoção e a manutenção da saúde têm sido os pilares da pesquisa e da intervenção em Psicologia da Saúde (Straub, 2005).

A abordagem do paciente, por meio de equipe interdisciplinar, considera que diferentes profissionais trarão consigo diversas habilidades e conhecimentos que se completam, oferecendo atendimento efetivo e com vantagens aos pacientes (Queiroz, 2003).

Pela equipe, cria uma variedade de perspectivas que viabiliza a compreensão dos cuidados requeridos pela doença crônica e de seus desafios.

Com base na experiência de trabalho em equipe, desenvolvido na Rede Sarah de Hospitais, no tratamento do paciente que se submete a artroplastia total do quadril, em consequência dos danos à articulação, observa-se que, muitas vezes, a intensidade dos sintomas referidos por eles não é proporcional aos resultados de exames realizados. Há pacientes que relatam limitações funcionais graves, não constatadas pela avaliação da equipe e pelos exames clínicos.

Tomando como base, a prática de trabalho diária, que envolve a atuação como fisioterapeuta ao longo de 16 anos na Rede Sarah de Hospitais, desenvolvemos uma proposta de investigação que busca compreender os fatores que levam a tal diferença de comportamento, assim como as modificações que podem ocorrer com o tratamento cirúrgico.

Assim, objetivamos conhecer essas diferenças e, a partir daí, implementar modificações, se necessárias, no tratamento dos pacientes, a fim de obter melhora na sua funcionalidade, na sua independência e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Essa avaliação de resultados, mediante uma abordagem qualitativa e quantitativa, permitir-nos-á compreender melhor o que acontece com os pacientes no período pré-operatório e as mudanças observadas no pós-operatório, bem como a influência do programa de reabilitação do qual participam, enquanto internados, e os fatores que mais influenciam as respostas dos pacientes. Pela abordagem em equipe, podemos nos guiar para rever a conduta até hoje adotada, aprimorando a orientação, o treinamento e enfatizando pontos que merecem ser destacados, visando a melhora dos resultados do ponto de vista do paciente.

Profissionais que lidam com pacientes que se submetem a artroplastia total do quadril percebem as melhoras posteriores a esse procedimento, mas é útil documentar as alterações de forma mais sistemática e aprender mais sobre os pacientes que apresentem, provavelmente, menos possibilidade de boa resposta a essa intervenção (Cleary & cols., 1993).

Variáveis sociais, familiares, culturais, emocionais e pessoais interferem nesse comportamento de saúde. Tais variáveis devem ser analisadas no contexto desta pesquisa, que busca responder perguntas referentes não só aos profissionais da fisioterapia, mas também aos psicólogos, aos professores de educação física, aos assistentes sociais e aos enfermeiros, no que diz respeito à evolução dos pacientes no pós-operatório, depois da alta hospitalar; aos fatores que interferem no seu desenvolvimento em casa e ao que podemos modificar a fim de estimular e manter a independência adquirida pelos pacientes.

Com base no interesse científico e profissional, elaboramos a seguinte problemática de pesquisa:

- ❑ Qual a expectativa do paciente com o procedimento cirúrgico?
- ❑ O que é qualidade de vida para os pacientes avaliados?
- ❑ Como a cirurgia de artroplastia total do quadril influencia/modifica a qualidade de vida dos pacientes?
- ❑ Há modificações quanto à percepção da sua qualidade de vida no pré e pós-operatório?
- ❑ Quais os fatores que contribuem para uma avaliação de satisfação ou frustração com os resultados da cirurgia?
- ❑ Quais os fatores que contribuem para a avaliação positiva ou negativa da sua qualidade de vida tanto entre os pacientes que apresentaram como os que não apresentaram melhora após o procedimento cirúrgico?
- ❑ Como se caracterizam os pacientes que realizam artroplastia total de quadril em relação à sua função, nível de dependência, estado emocional, vida social e familiar e quais as modificações que ocorrem após a realização da cirurgia?
- ❑ Idade, sexo, nível educacional, atividade laborativa, condições sócio-econômicas podem afetar a avaliação de qualidade de vida?
- ❑ Há diferenças entre a avaliação realizada por uma entrevista semi-estruturada (qualitativa) e pelo instrumento de avaliação de qualidade de vida (quantitativo) quanto à percepção da qualidade de vida?

A apresentação deste trabalho se desenvolve em cinco capítulos.

No **Capítulo I**, introduzimos o conceito de osteoartrose, nas suas diferentes repercussões no indivíduo juntamente com os aspectos da artroplastia total de quadril e os dados epidemiológicos da Rede Sarah em relação a esta cirurgia, juntamente com o programa de reabilitação para estes pacientes.

No **Capítulo II**, discutimos aspectos conceituais sobre a qualidade de vida e sua perspectiva histórica. Apresentamos os diversos instrumentos utilizados para a sua avaliação e terminamos este capítulo com uma revisão da literatura sobre a qualidade de vida relacionada diretamente aos pacientes que se submeteram a artroplastia do quadril.

O **Capítulo III** refere-se ao método utilizado na pesquisa de campo. Neste capítulo, apresentamos os objetivos deste trabalho, a amostra do estudo, os instrumentos utilizados (os

roteiros de entrevista semi-estruturada e o questionário de avaliação de qualidade de vida, SF-36), assim como os procedimentos para a coleta e a análise dos dados.

E os resultados são apresentados no **Capítulo IV**. Estes foram agrupados de acordo com a metodologia adotada, ou seja, contêm inicialmente os escores da escala de avaliação de qualidade de vida e a seguir os dados relativos à análise do conteúdo das entrevistas.

No **Capítulo V**, discutimos os resultados desta pesquisa. Aspectos relacionados aos instrumentos, ao envelhecimento populacional e aos pacientes com alterações articulares degenerativas são considerados, assim como discutimos os resultados encontrados de acordo com a literatura e com os instrumentos utilizados. Os principais indicadores de qualidade de vida também são contemplados.

A seguir, apresentamos as referências consultadas e os anexos. Os anexos contêm: o instrumento de avaliação de qualidade de vida utilizado, o roteiro de entrevistas para o pré e pós-operatório e uma entrevista realizada com o paciente da amostra, além de contar com parte do manual fornecido ao paciente que se interna para se submeter a artroplastia total do quadril, com as orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico. O sistema de categorização é apresentado e há o resumo com as principais características dos pacientes que fazem parte da amostra de estudo.

CAPÍTULO I

Considerações Gerais Sobre a Osteoartrose e a Artroplastia do Quadril no Âmbito de um Programa de Reabilitação

Discutimos, neste capítulo, os aspectos clínicos da osteoartrose e sua repercussão funcional e emocional sobre o indivíduo, com uma breve apresentação sobre o desenvolvimento e a aplicação da artroplastia total do quadril até os dias de hoje. Terminamos o capítulo descrevendo o programa de reabilitação utilizado na unidade Sarah-Centro, durante internação em pós-operatório, para a reabilitação dos pacientes.

1.1 Doença Articular Degenerativa

1.1.1 Delimitação da patologia

Osteoartrose, osteoartrite, doença articular degenerativa são termos utilizados para caracterizar uma doença das articulações sinoviais, de progressão lenta, sem causa conhecida (idiopática), que ocorre em períodos avançados da vida (Harkess, 1996) e pode ser também secundária a condições metabólicas, a anormalidades anatômicas, a trauma ou a inflamação. É caracterizada por alteração da cartilagem articular e evidências de resposta óssea periarticular. O termo que parece mais adequado é osteoartrose, pois reflete o que se conhece da doença até o momento, uma vez que o sufixo *ite* sugere uma doença inflamatória, e o que se observa é que a inflamação não é o componente mais freqüente dessa patologia (Buckwalter & Mankin, 1998). A característica principal da osteoartrose é a destruição focal da cartilagem articular (Moskowitz, Howell, Altman, Buckwalter & Goldberg, 2001).

A partir do momento em que o paciente desenvolveu a osteoartrose, deverá padecer dessa doença pelo resto de sua vida, com piora progressiva da dor e da incapacidade (Buckwalter, Saltzman & Brown, 2004).

Diferentemente de outras patologias crônicas, uma mudança de hábitos não previne o aparecimento da lesão provocada pela doença, que implica em degeneração da cartilagem articular, assim como não existem terapias que possam alterar o seu curso natural (Jackson, Simon & Aberman, 2001).

Apesar do crescimento na taxa de prevalência somado aos efeitos na função do paciente, economistas, demógrafos e pesquisadores de serviços de saúde dedicam pouca atenção aos custos da osteoartrose. Muitas vezes, essa patologia é agrupada a outras desordens do sistema músculo-esquelético. Qualquer estimativa sobre o impacto econômico não inclui a

dor, o sofrimento, os efeitos psicossociais, a perda de oportunidades de aumento na produtividade, a diminuição da habilidade de participação em exercícios regulares que poderiam contribuir para uma melhora na saúde geral, nem os custos para os familiares que participam de todo esse processo junto ao paciente e que ajudam a cuidar dele (Buckwalter & cols., 2004).

1.1.2 Sintomatologia, quadro clínico e impacto funcional

Restrição de movimentos, dor articular persistente, crepitações durante o movimento e deformidades associadas a evidências de degeneração articular, com aspectos radiológicos compatíveis com perda da cartilagem na articulação, osteófitos¹ e, em alguns casos, aumento na densidade do osso subcondral² e cistos ajudam a estabelecer o diagnóstico de osteoartrose (Buckwalter & cols., 2004; Buckwalter & Mankin, 1998), que é baseado, principalmente, na história clínica e nos sintomas que o paciente apresenta (ver Figura 1).

A perda da cartilagem articular, que caracteriza a osteoartrose, leva a alterações secundárias no tecido sinovial, nos ligamentos, na cápsula e nos músculos que envolvem a articulação lesada. A membrana sinovial frequentemente se apresenta com reação inflamatória de moderada a grave e contém fragmentos de cartilagem articular. Com a evolução, ligamentos, cápsula e músculos se tornam mais contraídos. Essas alterações secundárias frequentemente contribuem para a rigidez articular e para a fraqueza muscular associada a osteoartrose (Buckwalter & Mankin, 1998).

Um aspecto importante dessa patologia é a ausência de associação entre os sintomas relatados pelo paciente e as evidências radiológicas. Pessoas com os mesmos achados aos raios-X podem apresentar diferentes níveis de dor, desconforto e limitação funcional (Kee, 2000). O aumento da degeneração articular está associado ao aumento da dor, contudo o aumento da dor não está diretamente relacionado à degeneração articular, pois tal percepção é variável entre indivíduos (Buckwalter & cols., 2004).

¹ Proliferações ósseas desorganizadas (Dicionário Stedman, 1996)

² Osso de localização abaixo da cartilagem (Dicionário Stedman, 1996)

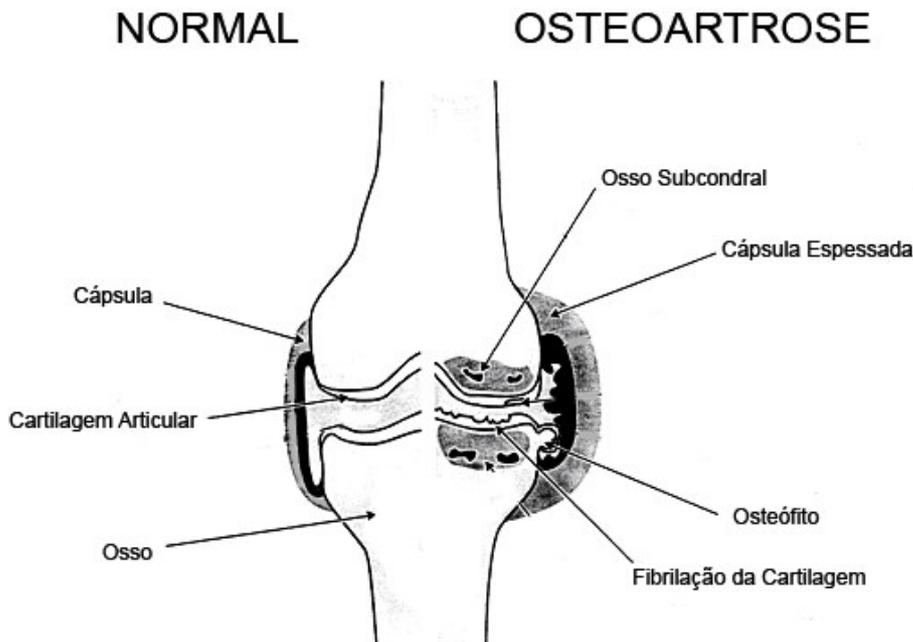


Figura 1- Representação das alterações que ocorrem na articulação em consequência a osteoartrose
 Fonte - Moskowitz , Howell, Altman, Buckwalter & Goldberg (2001)

A alteração da cartilagem em articulações que suportam carga, como ocorre na articulação do quadril, apresenta um prognóstico relativamente ruim, o qual está freqüentemente associado à incapacidade para atividades de vida diária, para a marcha e para transferências (Corti & Rigon, 2003). Estudos realizados demonstram que a osteoartrose resulta em alto nível de incapacidade física, de ansiedade e de depressão (Buckwalter & cols., 2004).

Os sintomas mais comumente referidos pelos pacientes são: dor aos movimentos e em repouso, alteração do sono e limitação articular importante. Relatam, ainda, consideráveis alterações emocionais e restrições graves nas atividades diárias (Wiklund & Romanus, 1991), tornando-os limitados para diversas funções como: subir/descer escadas, caminhar distâncias médias a longas (normalmente realizam marcha domiciliar), vestir peças de membros inferiores, sentar/levantar de bancos baixos, praticar sexo, trabalhar e realizar atividades de lazer.

Brooks (2002) estudou o impacto da osteoartrose nos indivíduos e na sociedade e pontua que 80% das pessoas com osteoartrose têm limitações do movimento e 25% não podem realizar as atividades de vida diária.

A osteoartrose pode afetar negativamente o estado funcional, a interação social, o equilíbrio psicológico, assim como a qualidade de vida. A discordância entre os indicadores objetivos da doença e a gravidade dos sintomas subjetivos tem levado a especulações

relacionadas a fatores sociopsicológicos e à influência do ambiente. Para manter-se independente, a forma de lidar com a doença crônica é crítica, uma vez que pode levar a limitações (Kee, 2003).

Em uma revisão sobre a osteoartrose, que buscava conhecer as repercussões articulares, cinesiológicas e psicológicas da doença, constatou-se que a ansiedade e possível quadro de depressão estavam associados com essa patologia. Em função da piora da dor durante a realização de diversas atividades, os pacientes passam a restringi-las, o que leva à diminuição da participação deles nos eventos. A falta de distração faz com que o paciente foque a atenção nos seus sintomas, o que aumenta o seu sofrimento (Dekker & cols., 1992).

Por esse motivo, viver com osteoartrose envolve um processo de enfrentamento constante, que inclui vigilância sobre as respostas corporais, planejamento cuidadoso das atividades e aprendizado de novas estratégias criativas e inovadoras de alívio dos sintomas ou de controle das conseqüências da doença. Faz-se necessário reconhecer e monitorar os limites, assim como identificar as possibilidades de realizar as atividades diárias de modo alternativo, sendo este o pivô para o sentido da independência, pois a dor é permanente e impõe limites às atividades diárias. A mobilização de recursos psicológicos, físicos e materiais significa identificar, compreender e fazer o máximo possível para ajudar o paciente a viver bem. A falta de envolvimento do paciente nas atividades diárias pode forçá-lo a se afastar das outras pessoas, o que pode levá-lo ao isolamento. Há uma quebra nas relações de trabalho e nas familiares e nos planos futuros, levando a uma perda profunda do “eu” e a mudanças de identidade (Kralik, Koch, Price & Howard, 2004).

Acompanhando essa linha, Charmaz (1983) pondera que, em conseqüência da doença, os pacientes vivenciam uma vida restrita, o isolamento social, o descrédito na interação com outros e o desconforto de ser um peso para os membros da família. Essas pessoas, freqüentemente, experimentam uma degradação da auto-imagem. Questionam o seu próprio valor e vêem o desenvolvimento de limitações como uma perda.

Em um resultado inesperado, Weinberger, Tierney, Booher e Hiner (1990) relatam que pacientes mais jovens, com osteoartrose, apresentam mais alterações psicológicas e dor que os pacientes mais idosos. Relacionam esse resultado com a maior dificuldade dos jovens em lidar com os níveis de dor e incapacidade impostos pela doença, redundando em depressão e ansiedade.

1.1.3 Prevalência e incidência

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população mundial, com idade acima de 60 anos, sofre com a osteoartrose, sendo que 80% dessa população tem restrição nos movimentos e 25% apresenta limitações funcionais nas atividades do dia-a-dia. Entre os indivíduos acima de 45 anos, mais de um terço apresentam sintomas articulares, que variam de dor leve e sensação de rigidez articular nas atividades à dor constante e perda da mobilidade articular (Buckwalter & cols., 2004).

Buckwalter e cols. (2004) e Jackson e cols. (2001) relatam que a osteoartrose é uma das patologias crônicas de mais alta prevalência nos Estados Unidos e a segunda causa de afastamento do trabalho, perdendo apenas para as patologias cardíacas, em homens acima de 50 anos. E, de acordo com Jackson e cols. (2001), mulheres acima de 40 anos são particularmente vulneráveis quando comparadas com homens, numa proporção de 2:1.

A osteoartrose de membros inferiores, notadamente das articulações de quadril e joelho, é a alteração músculo-esquelética mais comumente encontrada na faixa etária acima de 60 anos, e afeta de 7,5 a 40% da população com idade superior a 65 anos, dados esses da população italiana (Salaffi, Carotti & Grassi, 2005). Na população americana, 70 a 85% das pessoas, com mais de 55 anos, desenvolveram a artrose. É a maior causa de dor e incapacidade entre os americanos e contribui com maior carga econômica para a comunidade e a família (Kee, 2000).

Dados da população brasileira revelam que a prevalência de osteoartrose em pacientes com idade igual ou superior a 55 anos, varia de 11% a 35%, perdendo apenas para a hipertensão em número de casos (Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003).

1.1.4 Epidemiologia do Hospital Sarah-Centro

Em levantamentos realizados na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, centro de referência no atendimento a pacientes com patologias relacionadas ao aparelho locomotor (ver também capítulo III, Métodos), mais especificamente na Unidade Sarah Centro de Brasília, observamos que no ano de 2004, 35 pacientes foram submetidos a artroplastia total do quadril, com uma média de idade de 54,2 ($DP= 16,8$), sendo a idade mínima de 22 e máxima de 80 anos. Em 2005, 66 pacientes realizaram o mesmo procedimento, sendo que as idades se mantiveram num padrão muito próximo, ou seja, idade mínima de 16 e máxima de 87 anos, com uma média de 56,4 ($DP= 16,4$). Do total, 50% eram homens e 50%, mulheres. Em 2004,

53% eram do sexo masculino e 47% do feminino (Fonte: Centro Nacional de Controle de Qualidade- Rede Sarah)

1.2 Artroplastia Total do Quadril

A era moderna da artroplastia por substituição da articulação lesionada iniciou-se na década de 1960 (sendo o procedimento realizado em 1962), com um trabalho pioneiro de John Charnley (Harkess, 1996), que desenvolveu conceitos de biomecânica e de técnica cirúrgica, modelos de implante, materiais e métodos de fixação. Essa cirurgia revolucionou o atendimento a pacientes com degeneração na articulação do quadril (Liang, Cullen & Poss, 1982). A artroplastia tem-se tornado procedimento cirúrgico amplamente utilizado para artrose avançada do quadril porque produz alívio nos sintomas de dor e auxilia na restauração da função (Towheed & Hochberg, 1996). Benefícios significativos têm sido demonstrados na melhora da mobilidade, nas atividades de vida diária e na maior independência do paciente (Petrie, Chamberlain & Azariah, 1994).

A cabeça e parte do colo femoral são ressecadas. Atualmente, o acetábulo (ver Figura 2) é preparado para receber um plástico especial denominado polietileno de alta densidade, onde se encaixa uma hemi-esfera de metal. Esta esfera de metal de menor tamanho substitui a cabeça femoral e é ligada a uma haste, que é inserida no canal medular do fêmur (Harris & Sledge, 1990). O componente femoral é constituído basicamente por ligas resistentes, sendo as mais utilizadas as de aço inoxidável, a de liga de titânio-alumínio-vanádio e a de cobalto-cromo, visando a máxima biocompatibilidade e a resistência à fadiga. Estes materiais são notavelmente biocompatíveis em suas formas, no baixo coeficiente de fricção e nas excelentes propriedades de suporte de peso (Harris & Sledge, 1990; Harkess, 1996).

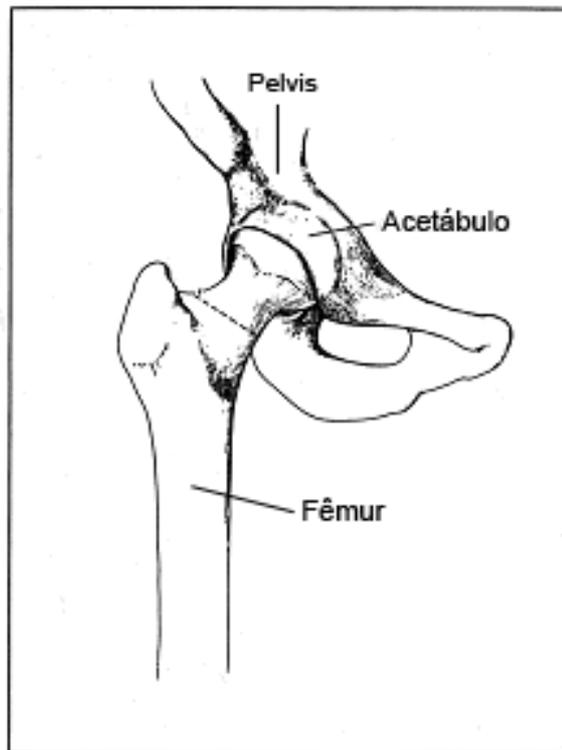


Figura 2 - Desenho da articulação normal do quadril
Fonte - Harris & Sledge (1990)

A fixação dos componentes da prótese ao esqueleto é alcançada por duas formas: a primeira é cimentada e utiliza-se de um plástico acrílico, o polimetilmetacrilato, e a segunda é o encaixe sob pressão. Isso requer que todo o componente metálico ou parte dele tenha uma superfície porosa, a qual é colocada em contato com o osso sob pressão. Nos estágios mais precoces, após a cirurgia, tecido fibroso e osso crescem nos poros da superfície do componente, permitindo, assim, uma forma biológica de fixação (Harris & Sledge, 1990).

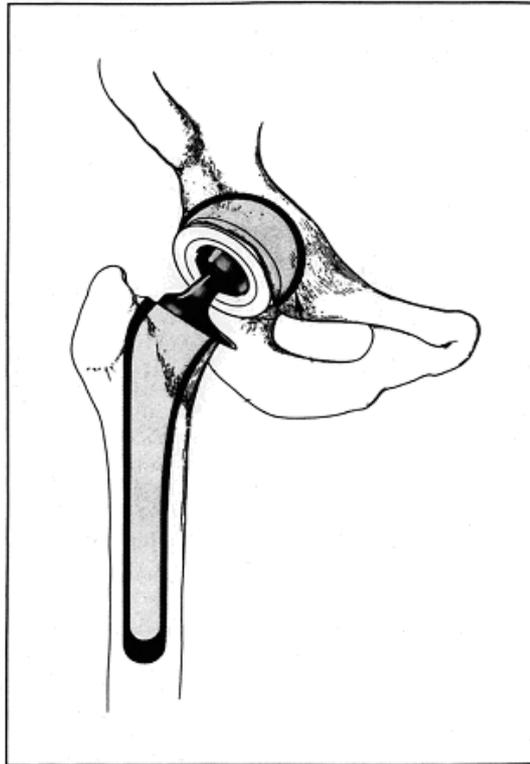


Figura 3 - Desenho da articulação do quadril, com a adaptação dos componentes protéticos, em acetábulo e fêmur.

Fonte - Harris & Sledge (1990)

1.2.1 Indicações

De acordo com o consenso do *National Institutes of Health* (NIH), publicado em 1995, “os candidatos a artroplastia de quadril devem ter dor persistente, de moderada a severa intensidade, incapacidade, ou ambos, sem alívio com as medidas conservadoras adotadas em associação com sinais radiológicos de osteoartrose” (p. 1951). Ainda pelo consenso, o objetivo maior da cirurgia é o alívio da dor e a melhora da função. Ela é indicada em pacientes com osteoartrose primária ou secundária, artrite reumatóide, necrose avascular da cabeça do fêmur, artrite traumática, certas fraturas de quadril, tumores, espondilite anquilosante e artrite reumatóide juvenil, mas não deve limitar-se a essas patologias.

No passado, pacientes com idade entre 60 e 75 anos eram considerados os melhores candidatos para a artroplastia do quadril. Mas, nos últimos anos, este critério tem-se modificado. Pacientes mais idosos foram incluídos. Muitos deles com maior número de comorbidades, assim como pacientes mais jovens, nos quais os implantes podem ser expostos a grande estresse durante a vida do paciente. Não há dados que mostrem serem os resultados de

outros procedimentos cirúrgicos, como osteotomia e artrodese do quadril, melhores ou piores que a artroplastia do quadril (NIH, 1995).

Entretanto, todo paciente que irá realizar a artroplastia total do quadril deve estar ciente de que a reconstrução proporciona um bom quadril, mas não um quadril normal. A operação propiciará substancial alívio da dor e bom arco de movimento, embora não seja arco de movimento normal, e permitirá realizar atividades habituais como andar, sentar e levantar de bancos e cadeiras, subir e descer escadas, entrar em carro, mas não atividades rigorosas que envolvam impactos repetitivos. Atividades como tênis, corrida, ou qualquer outra, que envolva impacto maior das extremidades de membros inferiores, aumentam, substancialmente, a probabilidade de falência dos componentes (Harris & Sledge, 1990).

Embora o alívio da dor seja obtido em mais de 90% dos casos, a alteração na função e nos hábitos de vida pode sofrer mudanças (Liang & cols., 1982) em razão dos cuidados que devem ser seguidos no pós-operatório.

Não é rara a indicação de artroplastia total do quadril bilateralmente, sendo que a indicação para cirurgia do segundo quadril é feita após um período mínimo de três meses do primeiro procedimento.

1.2.2 Contra - indicações

A artroplastia do quadril tem, como contra-indicações específicas, a presença de infecção ativa da articulação do quadril (Liang & cols., 1982). Como contra-indicação relativa, podemos citar a idade. Para pacientes mais jovens e com patologia unilateral, deve-se avaliar a indicação de outros procedimentos cirúrgicos, como artrodese e osteotomia previamente à artroplastia do quadril, em função da atividade desses pacientes, do potencial para afrouxamento da haste femoral. Outros fatores que contra-indicam a cirurgia são a doença vascular periférica grave, a obesidade mórbida, as alterações no controle muscular, como poliomielite, que podem fazer com que o paciente se torne incapaz de proteger a prótese (Harkees, 1996; Liang & cols., 1982).

Segundo o NIH (1995), as contra-indicações para a artroplastia do quadril estão relacionadas à infecção ativa, sistêmica ou local, ou a outras condições médicas que aumentem o risco de complicações peri-operatórias ou de morte do paciente. A obesidade tem sido considerada uma contra-indicação relativa, em função do risco de falha mecânica nesses pacientes mais pesados. Entretanto, a perspectiva de redução da dor e da incapacidade, a longo prazo, parece ser similar às condições da população em geral.

1.2.3 Complicações gerais e quadro algico

Esse procedimento cirúrgico está sujeito a complicações específicas a ele e também a complicações inerentes a qualquer cirurgia. Lesão nervosa, sangramento e tromboembolismo³ podem ocorrer logo após a cirurgia. Afrouxamento, falha dos componentes e osteólise⁴ são complicações que ocorrem mais tardiamente, anos após o procedimento inicial. Infecções, luxações⁵ e fraturas femorais podem ocorrer em qualquer tempo do pós-operatório (Harkees, 1996).

A experiência algica prévia é um dos fatores que podem influenciar a percepção da dor, o que é pertinente quando se aplica a pacientes com osteoartrose de quadril, visto que essa doença caracteriza-se por ser crônica e estar associada à dor grave por meses ou anos (Gammon & Mulholland, 1996).

Portanto, o alívio da dor é um dos objetivos primários para se realizar a artroplastia do quadril e o principal componente do estado de saúde de um paciente com osteoartrose. A dor pode ser avaliada por variadas técnicas; mas, para pacientes com doenças músculo-esqueléticas, a dor relacionada à função pode ser a forma mais segura de avaliação (Liang, Katz, Phillips, Sledge & Cats-Baril, 1991).

Portanto, a dor avaliada e percebida no pós-operatório pode variar entre os indivíduos. Em alguns, pode ser praticamente imperceptível; e em outros, grave, dependendo do seu nível no pré-operatório (Gammon & Mulholland, 1996).

Em resposta a pergunta a quais sintomas ou problemas os pacientes gostariam de resolver pela cirurgia de artroplastia do quadril, Wright, Rudicel e Feinstein (1994) encontraram 16 respostas, sendo as de maior ocorrência: a dor diurna (100% dos casos); a dificuldade para andar, para subir degraus, para realizar o trabalho, para calçar sapatos e meias e a claudicação. As queixas em relação ao uso de auxílio para locomover-se, para sentar-se, para realizar atividades de recreação também estão presentes. Com menor frequência, os pacientes queixam-se da dificuldade para praticar o ato sexual e para dirigir. Nilsdotter, Peterson, Roos e Lohnander (2003) advertem que os cirurgiões devem considerar outras opções terapêuticas para os pacientes com pouca dor e pouca restrição, porque são eles que apresentam pouca melhora após a artroplastia do quadril.

³ Tromboembolia: embolia por um trombo.

⁴ Osteólise: amolecimento, absorção e destruição de tecido ósseo.

⁵ Luxação: distúrbio ou desarranjo da relação normal dos ossos que entram na formação de uma articulação.

1.3 Reabilitação Após Artroplastia Total do Quadril

O programa de reabilitação dos pacientes que se submetem a artroplastia de quadril na Unidade Sarah - Centro de Brasília, inicia-se no momento da indicação do procedimento cirúrgico, quando são orientados quanto ao objetivo primário da cirurgia, que é o alívio da dor e quanto à necessidade de aderir a determinados cuidados de posicionamento no pós-operatório, em relação à articulação do quadril. Esses cuidados acompanham o paciente ao longo da sua vida a fim de proteger a prótese implantada.

O paciente interna-se um dia antes da cirurgia, para cuidados com a pele, quando é avaliado e reorientado pela equipe que o acompanhará durante a hospitalização. Tem a possibilidade de conhecer e manipular uma prótese semelhante a que será implantada no quadril comprometido. Essa experiência lhe permite perceber que determinados movimentos podem deixá-lo mais vulnerável e instável e que deverá evitá-los após o procedimento (Fonte: Protocolo de reabilitação ao paciente após Artroplastia total do quadril).

Posicionamentos como “cruzar as pernas” e “dobrar o quadril além de 90°” (como para agachar, sentar em bancos baixos) devem ser evitados, assim como esportes como vôlei, tênis e atividades de impacto. O paciente é amplamente orientado quanto à repercussão da cirurgia no seu dia-a-dia e quanto às mudanças que deverão ocorrer a partir daquele momento.

Realizado o procedimento cirúrgico, os pacientes seguem um protocolo de reabilitação na enfermaria, com o objetivo de estimular sua independência. E que começa no primeiro dia do pós-operatório, com o paciente ainda com o dreno de sucção, quando é estimulado a sentar-se no leito com pernas pendentes, inicialmente com ajuda de um profissional, mas posteriormente com independência no decorrer da sua internação.

No segundo dia de pós-operatório, ou após a retirada do dreno, inicia-se o ficar de pé (ortostatismo) e marcha. O andador é o primeiro auxílio utilizado para locomoção, evoluindo progressivamente para a marcha com muletas axilares ou bengalas canadenses, respeitando o limite do paciente, que estará sempre acompanhado por um membro da equipe. Nesses primeiros dias de pós-operatório, o fisioterapeuta é quem o auxilia com mais frequência no programa de reabilitação, em especial no treino de marcha, mas todos os profissionais estão aptos a ajudá-lo.

Após a retirada do curativo compressivo no local da cirurgia, o que ocorre no 4º dia após o procedimento, é o momento de iniciar o treino com o objetivo de promover a sua independência funcional. Esse é o primeiro momento em que o paciente utiliza o vaso sanitário após a cirurgia, e recebe orientação sobre como proteger a articulação operada.

Também são treinados a fazer a higiene (banho) e a vestir-se, sem desrespeitar o limite de proteção para a prótese.

Alguns equipamentos são doados aos pacientes no pós-operatório, a fim de permitir a sua independência com segurança e sem sobrecarga à articulação operada. Durante toda a sua internação, os pacientes são treinados quanto ao uso destes equipamentos: gancho para facilitar o vestuário, adaptação para calçar meias, bucha com cabo alongado para facilitar a higiene de membros inferiores e assento sanitário elevado (ver Anexo 1).

Às vésperas da alta hospitalar, o paciente é orientado pelo terapeuta funcional, pelo psicólogo e, às vezes, pela enfermagem sobre os cuidados que devem ser seguidos no momento do contato íntimo entre um casal, o que chamamos de orientação sexual. Alguns desenhos são mostrados aos pacientes com ênfase no posicionamento do quadril. Se necessário, essa orientação poderá ser realizada não só com o paciente, mas também com o casal, se assim julgarem mais adequado.

Realiza-se também o treino de marcha por distâncias progressivamente maiores, tanto nas instalações internas da enfermaria, quanto em ambientes externos. No momento da alta, que acontece no 12º dia de pós-operatório, o paciente deve estar realizando todas as atividades de autocuidado, marcha, subir e descer escadas com independência. Caso necessário, para reforçar os cuidados com o paciente em casa, todas essas orientações serão dadas a um acompanhante, que será treinado e informado sobre a necessidade de respeitar a independência do paciente. Toda a equipe participa desse programa de reabilitação.

Essa abordagem aos pacientes, em equipe e com treinamento das atividades de autocuidado e marcha, objetiva sempre a sua independência e, conseqüentemente, a sua reabilitação, pois muitas vezes esses pacientes vêm de situações de dependência de familiares, com uma vida basicamente domiciliar, tendo abandonado suas atividades, seja de trabalho remunerado, seja em casa, em conseqüência da patologia em quadril. Tornam-se limitados e dependentes progressivamente, à medida que a doença avança. A abordagem em equipe permite conhecer os pacientes em seus diversos ângulos e assim promover a técnica necessária para a sua reabilitação (Fonte: Protocolo de reabilitação ao paciente após Artroplastia total do quadril).

É fornecido um manual ilustrado com todas as informações dadas aos pacientes quando ainda internados, que são estimulados a seguir essas orientações e realizar suas atividades com independência.

Em retorno para revisão com o terapeuta funcional, o auxílio locomoção (bengala canadense, muleta axilar e, em alguns casos, andador) é substituído, após um mês de cirurgia.

Nessa ocasião, o paciente é reavaliado quanto à realização das atividades de vida diária e ao seu grau de independência. Depois de retornar para casa, reforçamos o uso dos equipamentos, a fim de proteger o quadril operado e, se necessário, acompanhamo-lo a nível ambulatorial para estimulá-lo a ser independente.

O auxílio locomoção é substituído por uma bengala em T e o paciente passa a utilizá-lo, principalmente para marcha a longas distâncias. Inicialmente, é acompanhado em revisões trimestrais com o cirurgião e, posteriormente, em revisões anuais.

CAPÍTULO II

Qualidade de Vida:

Questões Conceituais, Instrumentos de Avaliação e Panorama Sobre

Pesquisas

Neste capítulo, discutimos o tema qualidade de vida e em especial, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), a qual se aplica diretamente aos objetivos desta pesquisa. A evolução dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida é contemplada e apresentamos alguns que podem ser utilizados para avaliação de resultados em reabilitação, e mais especificamente em casos cirúrgicos de artroplastia total do quadril. Na sequência, realizamos uma revisão crítica da literatura enfatizando os estudos existentes sobre a qualidade de vida, osteoartrose e a artroplastia total do quadril.

2.1 Perspectiva Histórica

As investigações sobre a qualidade de vida no mundo mostram que as disciplinas inicialmente interessadas em seu estudo estão ligadas à Economia, à Filosofia e à Política. Na Economia, construíram os indicadores que buscam refletir em cifras, aspectos quantificáveis da relação entre os bens, os serviços e a satisfação das demandas da humanidade (Trujillo, Tovar & Lozano, 2004). Mas, altas rendas não são, necessariamente, sinônimo de boa qualidade de vida. A posse de bens materiais sem felicidade não é qualidade de vida.

Os filósofos participam do debate sobre o tema, determinando conceitos como qualidade de vida, bem-estar, qualidade subjetiva e objetiva e justiça. Eles também questionam se é possível a avaliação desse tema. Indagam e debatem o que é qualidade de vida. Questionam se uma boa qualidade de vida envolve algum grau de conflito e desafio. Essa é uma visão que pode ser considerada precursora das idéias sobre o tema, que implica crescimento frente aos desafios e enfrentamento frente às adversidades (Eiser & Morse, 2001).

Os acordos entre as diversas áreas sobre qualidade de vida têm ocorrido graças às convocações realizadas pelos políticos. Economistas, filósofos e políticos buscam responder ao desejo de milhares de pessoas que esperam melhora na sua qualidade de vida (Trujillo & cols., 2004) em sentido mais amplo, e não somente relacionada à saúde.

Soma-se às demais abordagens acima: a psicológica, que dá ênfase ao papel da avaliação individual para a conceituação da qualidade de vida (Eiser & Morse, 2001).

Em outro tipo de abordagem, a sociológica, leva-se em conta os aspectos social e do meio-ambiente na qualidade de vida. Enfatiza-se a natureza subjetiva da experiência individual e a interdependência entre qualidade de vida e o aprendizado cultural (Eiser & Morse, 2001).

E, em resposta aos avanços da Medicina, emergiu outra abordagem, a médica, uma vez que é importante estabelecer quais tratamentos realmente fazem o paciente se sentir melhor, já que para várias patologias a cura não é possível. Todavia, a medição desse “sentir-se melhor” é um desafio. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde traz o ideal das demais abordagens acima descritas e refere-se especificamente ao impacto da saúde e da doença na qualidade de vida individual (Eiser & Morse, 2001).

Segundo o relato de O’ Boyle (1992), Pigou, em 1920, foi o primeiro estudioso a mencionar o termo qualidade de vida em um livro sobre Economia e bem-estar, em que discutia o suporte governamental para as classes mais pobres americanas e o impacto de medidas econômicas nas vidas dos menos favorecidos e nas finanças da Nação. Essa linha de ação não seguiu adiante e o termo caiu no esquecimento até a Segunda Guerra Mundial. Em 1940, vários trabalhos importantes foram publicados e já apontavam uma mudança na forma de olhar para a saúde e avaliar as intervenções médico-cirúrgicas.

Após o conflito mundial, o termo qualidade de vida ressurgiu, graças à Constituição de Genebra elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, a qual propôs uma definição ampla de saúde que incluísse aspectos físicos, emocionais e bem-estar social (Dauphinee, 1999). Alguns anos depois, Karnofsky e Burchenal, em trabalho considerado clássico, esboçaram os critérios básicos necessários para a avaliação de novos agentes quimioterápicos. Incluía, além dos indicadores tradicionais como sobrevivência e respostas objetivas, parâmetros qualitativos, como melhora de desempenho, alterações no humor, redução nos níveis dos sintomas e sensação de bem-estar, hoje classificados sob a denominação de qualidade de vida (O’Boyle, 1992).

Em consequência do discurso do Presidente Eisenhower, na *Comision on National Goals* e da publicação do relatório da comissão em 1960, acrescentaram ao conceito de qualidade de vida uma variedade de fatores sociais e ambientais, como educação, preocupação com o individual, crescimento econômico, saúde e bem-estar, e defesa de um mundo livre, aqui com conotação política relacionada ao comunismo (Farquhar, 1995; Flanagan, 1982).

Após as revoltas sociais e políticas ocorridas nos Estados Unidos, no início da década de 1960, em consequência do aumento da violência e dos crimes, o pensamento da época

modificou-se, incorporando ao conceito de qualidade de vida maior liberdade pessoal, lazer, emoção, simplicidade e cuidados pessoais. O termo serviu então para indicar que uma vida boa representava mais que bens materiais. Observou-se nessa fase que o crescimento econômico era insuficiente para descrever a qualidade de vida e que os indicadores sociais eram importantes para avaliar o bem-estar de uma população. Eram considerados indicadores sociais objetivos aqueles que usavam estatísticas sociais, como, por exemplo, o número de divórcios, os índices de delinquência, o nível educacional ou as posses dos indivíduos, medições realizadas para mostrar alterações na qualidade de vida social (Farquhar, 1995; Haas, 1999). Como aqueles indicadores não avaliavam de forma global todos os aspectos da vida humana, criaram-se os indicadores sociais subjetivos. As respostas subjetivas eram reais, e as pessoas agiam baseadas nelas, por isso deveriam ser levadas em conta na avaliação da qualidade de vida, de acordo com Farquhar (1995).

Na década de 1970, a avaliação da qualidade de vida foi reformulada em consequência da modificação de seu conceito, pois observaram que as medidas objetivas representavam apenas cerca de 15% da avaliação de qualidade de vida individual. Em consequência, indicadores psicológicos ou subjetivos passaram a ser mais utilizados por representarem uma forma mais precisa de avaliação. Esses indicadores eram medidas de reações subjetivas individuais de experiências da vida e incluíam conceitos como felicidade e satisfação (Haas, 1999).

Ainda nesse período, o uso da qualidade de vida no contexto de cuidado com a saúde, seguiu as pesquisas na área social, e houve um aumento no uso do termo em ensaios clínicos de intervenção, principalmente nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria (Ebbs & cols., citados por Farquhar, 1995).

Esse fato está relacionado com a constatação da responsabilidade dos profissionais da saúde com o bem-estar do paciente como um todo, numa visão mais global do enfermo. A partir daí, especialmente na década de 1980, houve grande número de publicações, tanto citações quanto avaliação de qualidade de vida em determinados grupos (confirmado pelos números de publicação no *Medline*), mas de forma heterogênea, o que tornava difícil a comparação entre os artigos. Por outro lado, constata-se a ausência de teoria sobre alguns aspectos desse tema, como a falta de procedimento para efetuar a comparação da avaliação com uma padronização, pois não existia esse dado. Muitas vezes a comparação era realizada pela diferença entre o que o indivíduo tinha e o que ele gostaria de ter ou o que considerava ideal (Haas, 1999).

Os indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados pelo tema demonstram o crescente interesse pelo constructo qualidade de vida. Na década de 1990, surgiu o *International Journal for Quality of Life Research*, editado pela *International Society for Quality of life Research*, que reunia trabalhos científicos de diferentes áreas do conhecimento sobre qualidade de vida (Seidl, 2001). Atualmente existem outros periódicos que se dedicam também a esse tema, como *Health and Quality of Life Outcomes*.

No Brasil, são precursores e pioneiros no estudo da qualidade de vida em Psicologia, a publicação de Néri de 1993, citado por Seidl (2001), sobre qualidade de vida e idade madura, bem como a construção do Inventário de Qualidade de Vida (por Lipp & Rocha, 1994), utilizado em pesquisa e em intervenção relacionada ao manejo do estresse.

Em relação ao número de publicações sobre o tema qualidade de vida na base de dados *Medline*, Albrecht (citado por Dauphinee, 1999), encontrou 40 referências, entre 1966 e 1974. Entre 1986 e 1994, esse número estava acima de 10 mil referências. Esse dado demonstra o exponencial aumento nas pesquisas em que o termo qualidade de vida é pelo menos mencionado, quando não foi medido. Dados diferentes, entretanto, foram citados por Testa e Simonson (1996), os quais se referem a somente cinco artigos listados até 1973, no *Medline*, tendo como palavra-chave qualidade de vida. Mas, nos cinco anos subsequentes, o número de publicações aumentou gradativamente, 73, 195, 273, 490 e 1252 artigos, respectivamente. Essa discordância entre Albrecht e Testa pode estar relacionada ao procedimento de busca, uma vez que o termo qualidade de vida foi referenciado como palavra-chave somente em 1977, e o segundo autor refere-se a sua busca por meio da palavra-chave.

Dijkers (2003) comenta que, apesar da explosão do número de publicações nos últimos 20 anos sobre o assunto, há uma carência de concordância quanto a sua definição e uma falta de consenso sobre a utilização de medida mais apropriada. Pode parecer que muitos autores ignorem a dificuldade de definir-se o significado de qualidade de vida e vão direto ao desenvolvimento de uma medida ou selecionem um instrumento em uso para a sua pesquisa.

2.2 Delimitação Conceitual de Qualidade de Vida

Nas últimas três décadas, muitos estudiosos empreenderam vários trabalhos visando melhor circunscrever a noção. Assim, as definições iniciais tendiam a enfatizar o aspecto global do termo, como conceito caracterizado pelo equilíbrio entre o bom e o ruim, com

referência ao individual e segundo o ponto de vista do paciente (Campbell & cols., citados por Dedhiya & Kong, 1995).

Apesar da abrangência no uso do termo, ainda hoje há carência de uniformidade para a definição de qualidade de vida. Muitos são os trabalhos sobre esse tema, mas sem clareza e uniformidade na sua conceituação, conquanto seja assunto amplamente discutido há vários anos em diferentes áreas.

Haas (1999), em seu artigo de revisão sobre o assunto, explica que a qualidade de vida é um conceito complexo, multifacetado; ao passo que Farquhar (1995) sugere que essa falta de consenso é devida ser a qualidade de vida um dos termos multidisciplinares mais utilizados. Cada autor enfatiza aspectos que mais lhe interessam nas pesquisas sobre qualidade de vida, abordando o tema de acordo com a sua visão, e muitas vezes não há uma caracterização do conceito que está sendo utilizado em seu trabalho.

Pelo exame de artigos publicados em 1990, Haas (1999) relatou que qualidade de vida era descrita em termos de percepção individual, satisfação com a vida e bem-estar. Esse autor realizou análise conceitual de 32 artigos teóricos sobre qualidade de vida e, com o estudo dessa amostra, definiu cinco atributos que mais apareceram a partir das definições e usos de qualidade de vida, que são:

- É uma avaliação das circunstâncias da vida atual do indivíduo;
- É de natureza multidimensional;
- É baseada em valores dinâmicos;
- Inclui indicadores subjetivos e/ou objetivos;
- É uma medida confiável como indicador subjetivo porque é feita por pessoas capazes de realizar a auto-avaliação.

A qualidade de vida estrutura-se em torno das dimensões física, ocupacional, psicológica e social; mas não se limita a elas, porquanto é composto, também, de sintomas de doença e de efeitos colaterais de tratamentos, bem como da condição funcional, do estresse psicológico, das interações sociais, da sexualidade, da imagem corporal e, até mesmo, da satisfação com o tratamento médico (Aaronson, 1998).

Dedhiya e Kong (1995), em artigo de revisão, promovem uma divisão dos conceitos por grupos de acordo com o enfoque dado:

-Conceito com enfoque na satisfação de vida e felicidade: com essa abordagem, acredita-se que níveis de satisfação e de felicidade percebidos pelos sujeitos, em relação às várias condições da vida de cada um, são atributos críticos da qualidade de vida.

- **Conceito com enfoque no alcance de objetivos pessoais:** foca o sucesso ou o fracasso no alcance de objetivos pessoais em lugar da satisfação e felicidade com a vida. O grau no qual um indivíduo alcança seus objetivos representa o seu nível de qualidade de vida.

- **Conceito com enfoque sobre o contexto social e a capacidade pessoal:** considera a qualidade de vida como a habilidade de ter uma vida social proveitosa e as capacidades individuais, física e mental.

Mas, um exame atento dessa classificação, proposta por esses autores, deixa de fora aspectos diretamente relacionados à saúde e aos fatores que a influenciam. São conceitos principalmente relacionados à satisfação com a vida em geral, não podendo ser generalizados para a qualidade de vida relacionada à saúde.

De outro ponto de vista, Cella e Nowinski (2002) sugerem que os resultados em saúde podem ser avaliados por três aspectos: o quanto as pessoas vivem, que é medido por unidade de tempo (anos); por custos, que é a unidade financeira e se relaciona ao impacto econômico da doença e do tratamento; e quão bem as pessoas vivem, que é a qualidade de vida. Os dois primeiros são medidas objetivas e não há controvérsias na sua definição. Por outro lado, qualidade de vida é conceito subjetivo avaliado por diversas medidas. Engloba não somente os sintomas de doenças e as conseqüências funcionais, satisfação subjetiva com a vida, felicidade e os valores que um indivíduo tem num determinado momento. O termo refere-se a grande variedade de circunstâncias da vida, como as condições do meio (que envolve prosperidade, oportunidades, segurança), condições sociais e físicas e recursos pessoais (inclui saúde mental e perspectiva com a vida).

Dijkers (2003) refere que o que parece perdido em toda a operacionalização dos conceitos, é a essência do termo qualidade de vida. Para ele, qualidade de vida são as necessidades individuais e os desejos realizados pelo menos em grau razoável; a crença de que a vida oferece ou não equilíbrio entre desafios e sucessos nas áreas que são importantes para os pacientes e, a felicidade e satisfação, pois a vida está ofertando tudo ou quase tudo que é esperado ou desejado. Quantificar somente os funcionamentos físico, cognitivo, social e emocional, acarretará, por conseguinte, falhas na captura do que pode ser considerado como qualidade de vida para todos.

Gill e Feinstein (1994) consideram que qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do estado de saúde de um paciente, é o reflexo da maneira que ele percebe o seu estado de saúde e reage a este e a outros aspectos não médicos de sua vida.

Fleck (2001) cita Calman e a definição deste último sobre qualidade de vida. Segundo Calman, qualidade de vida é a diferença entre as expectativas do paciente e as realizações

dessas expectativas. Quanto menor for essa diferença, maior será a qualidade de vida, conhecida com a lacuna de Calman.

Wrosch e Scheier (2003) propõem uma revisão sobre as definições de qualidade de vida. Na revisão constataram que 85% das definições incluem o bem-estar emocional; 70%, saúde; 70%, questões íntimas e 56%, trabalho e atividades relacionadas à produtividade.

Donde se conclui que, apesar de não haver definição única (padrão ouro) que englobe todas as áreas em que o termo é aplicado, há características comuns a todos os conceitos referidos na literatura sobre qualidade de vida, que são:

Subjetividade – expressa pelas palavras percepção, bem-estar e satisfação. Considera a percepção do paciente sobre o seu estado de saúde e também se refere a aspectos não médicos de sua vida, avaliados a partir de todos os domínios que se relacionam com a qualidade de vida global (Costa Neto & Araujo, 2003).

O caráter subjetivo é dado em termos de satisfação e percepção que tem um sujeito de sua própria vida e de domínios como trabalho, afetividade, contexto familiar e social entre outros, e como estes afetam a sua qualidade de vida (Trujillo & cols., 2004). O caráter subjetivo depende do estilo de vida atual, de experiências passadas, de expectativas para o futuro, de sonhos e ambição (Eiser & Morse, 2001).

De acordo com o exposto, qualidade de vida deve ser avaliada preferencialmente pelo próprio paciente, e não somente por profissionais da área da saúde e cuidadores. É a percepção do paciente que faz com que ele busque o tratamento e, em última análise, está correlacionada com seu grau de sofrimento (Fleck, 2001).

Guyatt, Feeny e Patrick (1993) relataram que a correspondência entre a avaliação de familiares e a de pacientes varia, dependendo do domínio em questão. Domínios observáveis como funcionamento físico e cognição apresentam escores mais próximos quando avaliados por pacientes e familiares. Limitações funcionais são superdimensionadas pelos familiares, especialmente por aqueles mais próximos ao paciente.

A noção da subjetividade na qualidade de vida enfatiza o quão necessário é conhecer o indivíduo que tem a doença e permitir respostas positivas e negativas da doença e do tratamento (Cella & Nowinski, 2002).

Multidimensionalidade – refere-se à composição do constructo por diferentes dimensões. Qualidade de vida não se restringe ao que ocorre ao corpo ou aos bens materiais, incorpora também as relações com outras pessoas, hábitos de vida na comunidade e crenças religiosas. Pensar em qualidade de vida será o mesmo que refletir sobre as muitas formas e as múltiplas dimensões da vida (Costa Neto & Araújo, 2003).

Schipper (1990) acredita que a multidimensionalidade é composta de quatro domínios ou dimensões, que se referem à área de comportamento ou de experiência que se tenta medir, sendo que cada um destes avalia um aspecto específico da qualidade de vida cuja operacionalização é mais fácil do que a do conceito global.

1- Função física e ocupacional - é a energia física individual, força e habilidade de desenvolver as atividades do dia-a-dia, como trabalhar, realizar os cuidados com a casa. Em baixos níveis, pode comprometer até o autocuidado. Em altos níveis, reflete os esforços físicos de realizar as tarefas em casa ou na sociedade (Dedhiya & Kong, 1995; Schipper, 1990).

2 - Estado psicológico - descreve o estado mental na medida que este influencia a qualidade de vida do indivíduo. Ansiedade, medo e depressão podem influenciar profundamente a avaliação pelo indivíduo e a sua percepção do estado de saúde (Schipper, 1990).

3- Interação social - é a habilidade do indivíduo manter as relações sociais e ser parte da comunidade em que vive. Engloba as relações com familiares, colegas de trabalho e amigos (Dedhiya & Kong, 1995). Esse conceito, entretanto, é diferente do suporte social, o qual significa a habilidade do paciente de receber assistência da família, amigos e outros membros da comunidade (Schipper, 1990).

4- Sensações somáticas - é um parâmetro diferente dos anteriormente citados, pois avalia quanto à dor, a náusea, o desconforto abdominal ou outras queixas afetam a avaliação da qualidade de vida pelo paciente, na medida que fazem parte do seu dia-a-dia (Schipper, 1990).

Em abordagens de domínios específicos para a avaliação de qualidade de vida, é sugerido que esses indicadores tenham pesos diferentes. Por exemplo, condições objetivas negativas (como renda) podem não afetar a qualidade de vida do indivíduo se o domínio em questão é de pouca importância para o mesmo. Por outro lado, se um domínio específico da vida tem grande prioridade para o paciente, a sua falta ou insuficiência podem reduzir de forma significativa a qualidade de vida deste indivíduo (Wrosch & Scheier, 2003).

Dinamismo – apregoa que a qualidade de vida é baseada em valores subjetivos, modificáveis com o tempo, de acordo com o contexto em que se avalia. A qualidade de vida pode ser alterada tanto pelos efeitos de um tratamento realizado a curto prazo, quanto pelas conseqüências, do tratamento ou da evolução natural da doença a longo prazo, especialmente no caso de doenças crônicas. Esses fatores podem influenciar a avaliação de qualidade de vida. Entretanto, a avaliação pode ser também influenciada por outras questões que compõem a multidimensionalidade do constructo (Schipper, 1990).

Helgeson (2003) investiga quais os mecanismos pelos quais o suporte social pode influenciar a qualidade de vida e conclui que a simples existência de pessoas à volta do paciente proporciona-lhe melhor humor e companhia com a qual poderá dividir as atividades, dá-lhe senso de identidade e ainda lhe permite modificar a forma de lidar com o evento estressor.

Segundo Wrosch e Scheier (2003), personalidade é um fator que se relaciona com a forma de perceber a qualidade de vida. Espera-se que a personalidade reflita as características padrões de comportamento de um indivíduo, o que pode levar a diferenças individuais na qualidade de vida. Estes autores realizaram uma revisão para avaliar a importância de duas variáveis individuais: o otimismo e o ajustamento de objetivos. Pessoas que são capazes de abandonar objetivos não alcançados e engajar-se em novos, parecem ser capazes de evitar o acúmulo de experiências falhas e exibem alto grau de qualidade de vida.

2.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

A qualidade de vida foi definida pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e seus interesses” (Fleck, 2001, p.20).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde tornou-se o preferido na avaliação do impacto da doença e do tratamento na vida dos pacientes. É um conceito que tenta abarcar o espírito da definição de saúde elaborada pela OMS, a inclusão do estado de saúde pessoal e o bem-estar social quando se avalia saúde (Dauphinee, 1999) (saúde definida como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença). Essa definição de saúde tem servido como base para o desenvolvimento de múltiplas definições de QVRS, assim como para as medidas de avaliação (Cella & Nowinski, 2002).

Haas (1999) discute sobre os prós e os contras do uso da QVRS. Relata que alguns autores discordam do uso, pois acreditam que é uma preocupação com a enfermidade no lugar das experiências do paciente com a doença. Eles acham também importante que a qualidade de vida seja vista como algo positivo e não como influência negativa. Sugerem que o foco na doença é inapropriado e que a vida tem seu valor por várias outras razões e não pela ausência do sofrimento. Mas concluem que o termo QVRS é tipicamente usado na área da saúde para avaliar-se as modificações ocorridas após uma intervenção.

Qualidade de vida relacionada à saúde é conceito amplo que representa as respostas individuais aos efeitos físico, mental, e social da doença no dia-a-dia do indivíduo, os quais influenciam a extensão da satisfação pessoal que pode ser alcançada com as circunstâncias da vida. (Etghen, Bruyère, Richy, Dardennes & Reginster, 2004; Resnick & cols., 2005).

O termo qualidade de vida, e mais especificamente QVRS, refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, vistos como áreas diferentes, influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções do indivíduo. Cada um desses domínios pode ser avaliado de forma objetiva e subjetiva. A dimensão objetiva concentra-se no que o indivíduo é capaz de fazer e é importante para definir o grau de saúde por indicadores objetivos, enquanto a percepção subjetiva do paciente e suas expectativas traduzem a avaliação dentro da experiência atual de qualidade de vida. As expectativas relacionadas à saúde e à habilidade de lidar com as limitações e incapacidades podem influenciar a percepção de saúde e a satisfação com a vida. Duas pessoas com o mesmo estado de saúde podem ter diferentes avaliações de qualidade de vida (Testa & Simonson, 1996).

A qualidade de vida reflete um plano de vida e as suas inter-relações com os objetivos da pessoa que lhe dá unidade e significado. Quando solicitados a que digamos quem somos, refletimos sobre nossos objetivos e sobre os princípios com os quais nos identificamos. Inteligência, resistência, mobilidade e boa saúde contribuem para a realização dos planos humanos. Algumas características da vida humana escondem ou bloqueiam a busca pelo plano de vida, como doenças, confinamento no leito, instabilidade mental, medo e dor (O'Boyle, 1992).

De acordo com a lacuna de Calman, uma das visões da qualidade de vida reflete a diferença entre a esperança e a expectativa dos indivíduos (plano de vida) e suas experiências presentes, que dependem das vivenciadas no passado, do estilo de vida atual e das esperanças e ambições quanto ao futuro. A diferença entre essas expectativas e a realidade pode ser diminuída tanto pela melhora da função do paciente com o tratamento quanto pela redução das suas expectativas, obtida por meio da informação, da compreensão adequada das limitações impostas pela doença (em especial as doenças degenerativas do sistema músculo-esquelético) e da aceitação dos riscos envolvidos em relação aos benefícios esperados com o tratamento (O'Boyle, 1992).

2.4 Considerações Sobre a Avaliação de Qualidade de Vida

No caso das doenças crônicas, a avaliação de qualidade de vida tem como objetivo analisar o impacto subjetivo e funcional dessas doenças no indivíduo, assim como os efeitos

do tratamento, o que é um grande esforço, pois a mesma patologia pode provocar diferentes efeitos. Embora seja importante monitorar-se as doenças do ponto de vista clínico, com medidas objetivas, como dados laboratoriais; somente a perspectiva do paciente poderá fornecer completa compreensão dos efeitos da doença ou do tratamento em seu estado de saúde (Cella & Nowinski, 2002).

Guyatt e cols. (1993) também acreditam na importância dessa medida na avaliação do impacto das doenças crônicas. As medidas fisiológicas dão informações aos médicos, mas são de interesse limitado para os pacientes. Outra razão para medir-se a qualidade de vida reside no fato de que dois pacientes, com os mesmos critérios clínicos, frequentemente apresentam respostas bastante diferenciadas. Enquanto alguns pacientes com quadro de depressão continuam a trabalhar, outros abandonam o emprego.

Segundo Naughton e Shumaker (1997), especialmente em paciente com patologias ortopédicas crônicas, utiliza-se a medida de qualidade de vida para avaliar-se a efetividade do tratamento proposto (quer seja conservador, quer seja cirúrgico), completando os índices anteriormente utilizados de mortalidade / morbidade. A avaliação mostrará como está a função do indivíduo no dia-a-dia e a satisfação com o seu estado funcional. Nessas doenças crônicas, normalmente o objetivo não é a cura, por isso é importante determinar como a vida do indivíduo é influenciada pela patologia e pelo tratamento, e quando os efeitos do tratamento são melhores ou piores do que o curso natural da doença.

Segundo Eiser e Morse (2001) várias razões podem ser identificadas para a emergência da qualidade de vida como importante resultado a ser medido: o aumento das taxas de sobrevivência, principalmente em doenças crônicas; o reconhecimento que o tratamento deve não somente aumentar a expectativa de vida mas também melhorar a qualidade de vida e o empenho dos pacientes de envolverem-se mais no processo de tomada de decisão e autocuidado.

Scott e Garrood (2000) sugerem que o uso, em pesquisa, de resultados pela avaliação da qualidade de vida, permite o conhecimento dos benefícios e da satisfação dos pacientes com o tratamento. A avaliação do tratamento incluiu monitoramento das alterações ao longo do tempo e o impacto relativo dos tratamentos alternativos.

Não se pode deixar de considerar também que a avaliação de qualidade de vida fornece dados que nos possibilitam avaliar custos financeiros e benefícios de novos programas e intervenções, sendo este um ponto importante quando se considera a política de saúde para uma população.

Em relação à avaliação, Patrick e Deyo (1989) distinguem quatro diferentes modalidades que são relevantes no uso de instrumentos genéricos e específicos para avaliar qualidade de vida:

- uso separado de medidas genéricas e específicas em uma mesma investigação, mesmo que os conceitos abordados se sobreponham;
- modificação de um instrumento genérico a fim de torná-lo específico. Em estudos que se utilizaram dessa abordagem, o instrumento específico foi modificado para aumentar sua sensibilidade às condições clínicas em estudo;
- uso de um instrumento geral e um suplemento específico à patologia em estudo. É uma condição similar à primeira abordagem, a não ser pelo fato de a medida específica ser construída para obter-se a base conceitual diferenciada. A intenção não é medir os mesmos conceitos, mas capturar o adicional, o específico que não é abordado pelo instrumento genérico, e;
- uso de bateria de medidas específicas refere-se a uma coleção de medidas específicas que são graduadas independentemente.

2.5 Evolução dos Instrumentos de Avaliação

A partir do Diretório de Cummins, o qual aglutina, atualmente, informações de aproximadamente 960 instrumentos de avaliação de qualidade de vida em diversas áreas, caracterizando-os de forma resumida, Costa Neto (2002) elaborou uma perspectiva histórica para a evolução destes instrumentos de avaliação, a qual passamos a resumir. Inicia-se nas décadas de 1930 e 1940, quando os instrumentos demonstravam maior preocupação em avaliar, entre adultos normais, o grau de felicidade e satisfação no trabalho. Nos anos 1940, surgem os instrumentos elaborados para avaliar, sob as diversas dimensões da vida, o bem-estar de pessoas com doenças neoplásicas, com base na proposta de Karnofsky e Buchenal.

Nos anos 1950, os pesquisadores estavam interessados em avaliar não só a relação entre a satisfação com a vida e o trabalho, mas também fatores como o funcionamento psicológico pessoal, o julgamento moral e os relacionamentos conjugal e social.

Verificou-se o uso de diversos referenciais teóricos de base psicológica nos procedimentos e nas avaliações sistematizadas de aspectos relativos à saúde na década de 1960. Os estudos referentes à população normal tornaram-se mais complexos. E, para a avaliação de pacientes, multiplicou-se o número de instrumentos respondidos diretamente por eles, confirmando a preferência pelos indicadores sociais subjetivos, pois o sujeito está

inserido no processo de avaliação da qualidade de vida como autêntico avaliador de sua própria vida.

Os instrumentos na década de 1970 são diretivos porque avaliam a qualidade de vida a partir de uma configuração multifacetada pelas diversas dimensões de funcionamento do sujeito e de sua relação com determinados fatores estressores (físicos, sociais, ambientais, culturais, ocupacionais e psicológicos).

Evidencia-se, assim, o interesse na área da saúde, pela criação de novos instrumentos de avaliação de QVRS. Em parte, isso se deu pela necessidade de ter-se a definição e a sistematização de critérios adequados à avaliação de tratamentos para doenças crônicas e pela necessidade de acompanhamento da crescente sobrevida dos enfermos.

Em 1980 e 1990, observou-se maior rigor metodológico no desenvolvimento das medidas de avaliação e mais respeito para com as informações relativas às medidas psicométricas (O'Boyle, 1992). Ao longo da década de 1990, verifica-se a mesma tendência pragmática no uso de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, em detrimento da ênfase nas questões epistemológicas da subjetividade humana, o que pode, em parte, estar associado à pluralidade de conceitos de qualidade de vida, conforme exposto acima. Para as populações clínicas e/ou geriátricas, a década de 1990 firmou-se como um tempo em que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida procuraram retratar uma dimensão importante da qualidade de vida, que é a relação do sujeito com seu ambiente.

Em 1977, qualidade de vida tornou-se palavra-chave no *Medical Subject Headings of the US National Library of Medicine*, e no *Medline Computer Search System* (Dauphine, 1999).

Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999), traduziram e validaram para a língua portuguesa o *Medical Outcomes Study, 36-item Short-form Health Survey* (SF-36), que é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para avaliação de qualidade de vida.

Em 1999, Pitta validou o instrumento *Wisconsin-Quality of Life Index*, para aplicação em pacientes com transtornos psiquiátricos, e Fleck, Leal e cols. (1999) validaram para a população brasileira o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-100), iniciativas que podem ser consideradas de destaque para a avaliação da qualidade de vida na população brasileira.

O grande crescimento observado na utilização das medidas de qualidade de vida na avaliação do paciente, deu-se a partir da década de 1970. E hoje a grande maioria das doenças crônicas é estudada na sua relação com a qualidade de vida.

Com base na referência *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, (<http://www.deakin.edu.au>), identificamos como relatado anteriormente, aproximadamente 960 instrumentos. Nessa publicação, a última inclusão de instrumento que pode ser identificada data de 2005.

Este Diretório classifica as escalas em nove categorias de Z1 a Z9 e na Tabela 1, apresentamos esta classificação, bem como a quantidade de instrumentos levantados em cada uma das categorias:

Tabela 1 - Classificação das escalas de acordo com o *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*

Denominação	Categoria	Total
Z1	População normal	569
Z2	Incapacidade intelectual e Cognitiva	62
Z3	Condições médicas	138
Z4	Psiquiatria	58
Z5	Geriatrics	28
Z6	Adolescentes e crianças	109
Z7	Incapacidades	12
Z8	Incapacidades congênitas	1
Z9	Lesões adquiridas	1

Na Tabela 1, chama a atenção o grande número de instrumentos destinados à população normal (n= 569), assim como o pequeno número para a avaliação das incapacidades (Z7 e Z8 = 13) e lesões adquiridas (n= 1). Na maioria dos casos, os instrumentos direcionados à avaliação de pacientes encontram-se distribuídos dentro da população geral ou para condições médicas, como exemplo, estão incluídos nestas categorias o SF-36 e o WHOQOL-100.

Nesse grupo aparecem tanto instrumentos principais como derivados e os que avaliam outros aspectos que não somente a qualidade de vida. Um determinado instrumento pode ser classificado em mais de uma categoria.

Dos 14 instrumentos direcionados à população com alguma limitação (ver Tabela 1- Z7, Z8, Z9), de acordo com o objetivo desta pesquisa, identificamos um total de seis (ver Tabela 2).

Observando-se a Tabela 2, podemos constatar que somente a escala FIM (*Functional Independence Measure*), já utilizada no Brasil, avalia a capacidade funcional do paciente. Os demais instrumentos da tabela são direcionados a outras incapacidades e estão principalmente voltados para a avaliação do familiar no cuidado com os pacientes. Não há tradução e validação desses instrumentos para a língua portuguesa.

Tabela 2 - Instrumentos direcionados a avaliação da população com incapacidade segundo *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*

Nome	Autor/ data	Conceito
Family Stress and Coping Interview	Nachschen, J. S. & col., 2003	A ser utilizado com familiares que prestam cuidados a um paciente com incapacidade
Family Stress and Support Questionnaire	Minnes, P. & Nachschen, 1997	A ser utilizado com familiares que prestam cuidados a um paciente com incapacidade
Family Quality of Life Scale	Park, J. & col., 2003	A ser utilizado com familiares que prestam cuidados a um paciente com incapacidade
Functional Independence Measure (FIM)	Voll, R. & col., 2001	Medir a independência funcional em diferentes tipos de incapacidades.
Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects	Helmes, E., 1987	Medir a qualidade de vida de idosos que são incapazes de se comunicarem
Quality of Life Profile	Renwick, R. M. & col., P.CFHPUOT, 1996	Medir a qualidade de vida social (SQOL) de acordo com o modelo de 'Being, Belonging, and Becoming'

Existem outras escalas citadas nessa fonte que estão relacionadas à avaliação do paciente com artrite reumatóide, e patologias ortopédicas, como o *Arthritis Impact Measurement Scale*, *Nottingham Health Profile*, *Sickness Impact Profile*. Não encontramos, porém, nenhuma escala de avaliação desenvolvida na língua portuguesa. Várias já se encontram traduzidas e validadas, mas nenhuma desenvolvida no Brasil, foi citada nesse diretório.

Os instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida medem aspectos distintos mas complementares na avaliação dos pacientes. Eles podem ser gerais ou específicos. Os próximos dois itens apresentam, respectivamente, alguns instrumentos gerais e específicos que, tomando por base nossa experiência como fisioterapeuta e pesquisadora, consideramos reunir vantagens para aplicação em outros estudos relacionados a pacientes com alterações articulares degenerativas. A apresentação dos instrumentos destacados a seguir tem finalidade meramente descritiva. Não desenvolveremos análise crítica em relação as propriedades psicométricas dos mesmos, pois tal proposta extrapolaria o escopo previsto para o presente estudo..

2.6 Instrumentos Gerais

Os instrumentos gerais objetivam uma avaliação ampla em diferentes tipos e graus de gravidade da doença, tipos de tratamento ou de intervenções de saúde, em subgrupos culturais e demográficos.

São elaborados para resumir um espectro dos conceitos de saúde ou de qualidade de vida que se aplica a diferentes limitações e incapacidades, doenças, pacientes e populações (Patrick & Deyo, 1989). Avaliam aspectos relativos à função, à limitação e ao desconforto físico e emocional (Ciconelli, 2003). Questionam o que normalmente é geral o suficiente para ser aplicável a quase toda a população, incluindo pessoas em condições normais de saúde. Em função da vasta aplicabilidade desses instrumentos, eles podem ser utilizados para coletar dados da população normal e para agruparem dados de referência para comparação, quando se avalia pacientes (Cella & Nowinski, 2002).

Segundo Cella e Nowinski (2002), os instrumentos genéricos podem ser comparados com a lente maior de uma máquina fotográfica. Eles capturam uma imagem ampla; e, com isso, detalhes podem ser perdidos.

Como esses instrumentos avaliam sintomas comuns a várias doenças, podem revelar achados inesperados. Rockey e Griep (citados por Cella & Nowinski, 2002) realizaram um estudo em pacientes com hipertireoidismo e aplicaram um questionário geral de medida. Entre os pacientes avaliados, 57% relataram distúrbio do sono e nos padrões de repouso. Até aquela época, esses problemas não eram considerados sintomas comumente associados ao hipertireoidismo. Essa descoberta só foi possível graças ao uso de instrumento geral; pois, com um instrumento específico, esse sintoma não teria sido identificado.

Alguns desses instrumentos foram desenvolvidos inicialmente para avaliação de indivíduos com alguma patologia. Todavia, foram adaptados com a eliminação de questões específicas para aquela condição e com escores proporcionais a essa lista menor de itens (Cella & Nowinski, 2002). Como exemplos desses instrumentos citamos *European Organization for Research and Treatment of Câncer (EORTC)* e *Sickness Impact Profile (SIP)*.

2.6.1 *Medical Outcomes Study, 36-item short-form health survey (SF-36)*

O instrumento de avaliação de qualidade de vida utilizado nesta pesquisa é o MOS SF-36 (*Medical Outcomes Study, 36-item short-form Health Survey*). Foi desenvolvido com base em um Estudo de Resultados Médicos realizados nos Estados Unidos em 1980 e é utilizado

para avaliar a autopercepção de qualidade de vida que pode ser afetada tanto por doença quanto por seu tratamento (Ware & Sherbourne, 1992) (Anexo 2).

É amplamente utilizado em levantamentos populacionais e pesquisas clínicas (Chiu, Mau, Hsu & Chang, 2001; Hays, Hahn & Marshall, 2002; Ostendorf & cols., 2004). Garrat, Schmidt, Mackintosh e Fitzpatrick (2002) realizaram uma revisão com o objetivo de avaliar a extensão do desenvolvimento e da aplicação das medidas de avaliação de resultados pelos pacientes e de verificar se os instrumentos atendem a todos os aspectos de pesquisa. Dos artigos selecionados, 3.921 preencheram os critérios de inclusão; e os genéricos, dentre os instrumentos da avaliação detectados, são amplamente citados. O SF-36 é o mais utilizado para as avaliações. Ele aparece em mais de 10% (408) do número total de artigos pesquisados.

Etghen e cols. (2004), em artigo de revisão sobre artroplastia total de quadril, citam que o SF-36 e o WOMAC (instrumento de avaliação específico para o quadril e joelho) são de longe os instrumentos mais utilizados para a avaliação de qualidade de vida nesses pacientes.

O SF-36 foi construído com o objetivo de alcançar padronizações mínimas necessárias para possibilitar comparações entre diferentes grupos, envolvendo conceitos gerais de saúde, não sendo específicos para determinada doença, idade ou grupo de tratamento (Fonte: www.sf-36.org). Tem sua aplicação também na prática clínica e para pesquisas e em avaliações de políticas de saúde e de levantamentos da população geral (Ware & Sherbourne, 1992).

O SF-36 é multidimensional, formado por 36 itens que avaliam oito dos principais conceitos de saúde, que foram selecionados de um total de 40 domínios a partir do Estudo de Resultados Médicos (Ware & Sherbourne, 1992). Os oito domínios são (Fonte: www.sf-36.org):

- **Capacidade funcional (10 itens):** limitações para desenvolver determinadas atividades, como vestir-se ou banhar-se, locomover-se, subir escadas, ajoelhar-se, levantar-se ou carregar pesos e realizar atividades moderadas ou intensas.
- **Aspectos físicos (quatro itens):** problemas com o trabalho ou com outras atividades do dia-a-dia, resultantes das características físicas.
- **Dor (dois itens):** intensidade da dor e os seus efeitos no trabalho normal, que inclui trabalhos remunerados e também atividades domésticas.
- **Estado geral de saúde (cinco itens):** avaliação da saúde pessoal, que inclui saúde atual, perspectivas futuras sobre a saúde e resistência em tornar-se doente.
- **Vitalidade (quatro itens):** sensação de energia e vitalidade, em contraposição ao cansaço e exaustão.

- **Aspectos sociais (dois itens):** interferência com as atividades sociais por problemas físicos ou emocionais decorrentes da doença ou do tratamento.
- **Aspectos emocionais (três itens):** problemas com o trabalho ou com as demais atividades do dia-a-dia resultantes de problemas emocionais.
- **Saúde mental (cinco itens):** saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controle do comportamento e bem-estar geral.
- **Questão de avaliação comparativa entre a percepção do paciente de seu estado geral de saúde atual e o de um ano atrás.** Esse item não é pontuado.

Os domínios podem ser agrupados em duas dimensões: uma física e outra mental. A primeira engloba os domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, e saúde geral, enquanto a segunda agrupa vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os escores dos subitens são padronizados e variam de 0 a 100. Altos escores indicam melhor qualidade de vida. A análise é realizada separadamente, em cada domínio. Há subitens em que as respostas variam de forma dicotômica entre sim e não e há outros com graduação de seis pontos. Não há um escore global (Bombardier & cols., 1995). A versão original se relaciona à avaliação nas quatro últimas semanas. Há uma versão aguda para o SF-36, que se refere a última semana (Schlenk & col., 1998).

O SF-36 avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar). É auto-explicativo, e o paciente é capaz de preenchê-lo em 10 a 15 minutos aproximadamente (Ciconelli, 1997). Pode ser aplicado por meio de ligações telefônicas, por *e-mail*, individualmente ou em grupo. Foi validado para a língua portuguesa, do Brasil, por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma, em 1997, em uma população de pacientes com artrite reumatóide.

Na validação para a língua portuguesa, a reprodutibilidade intra e inter - observador apresentaram correlação estatisticamente significativa para todos os componentes ($p < 0,001$), exceto para o aspecto emocional, que, na avaliação intra-observador ($p < 0,01$), apresentou uma correlação menor que os demais itens (Ciconelli, 1997). Segundo Schlenk e cols. (1998), o SF-36 já tem reprodutibilidade e validade estabelecidas.

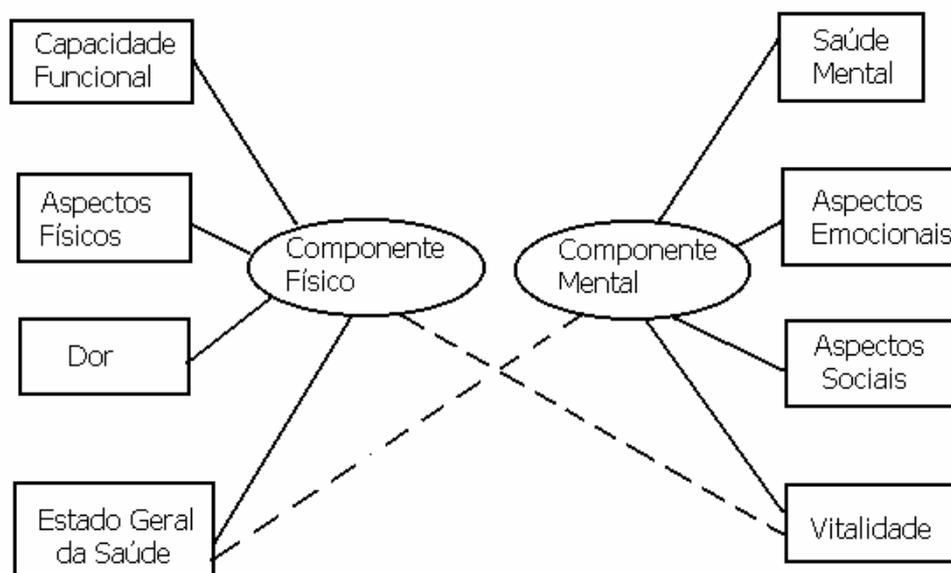


Figura 4 - Representação esquemática do SF-36, com seus domínios e as dimensões física e mental

Embora avalie oito domínios de grande relevância para a qualidade de vida relacionada à saúde, alguns conceitos não estão representados no SF-36, como: funcionamento familiar, sexual, funções cognitivas e alterações do sono em função da patologia (Ware & Sherbourne, 1992).

Callahan, Young e Barisa (2005) fazem outras críticas a esse instrumento porque não atende às necessidades específicas de crianças, usa, na avaliação de mobilidade, termos como andar, subir/descer, que não representam a realidade para alguns pacientes que participam de programas de reabilitação. A substituição de tais termos por palavras como ‘ir’, nesses itens, pode ser a melhor opção para avaliação de resultados de pacientes com limitações. Com essa mudança, os autores acreditam que o SF-36 pode tornar-se mais aplicável à população com limitação e restrições crônicas e permanentes para a deambulação, para a qual mobilidade (não andar e subir) não é o objetivo mais realístico.

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida de forma geral apresentam também duas características que devem ser consideradas:

- Efeito teto: uma escala é dita como tendo efeito teto, quando o indivíduo avaliado a pontua como tendo saúde perfeita, ou seja, com um escore 100, mas ainda apresenta problemas de saúde. Em função da pontuação máxima, outras melhoras não serão detectadas.

- Efeito solo: ocorre o fenômeno inverso, ou seja, o indivíduo pontua a escala como se apresentasse saúde débil e na verdade o seu estado de saúde não está tão comprometido (Bombardier & cols., 1995; Ware & Sherbourne, 1992).

No SF-36, raramente observam-se essas situações. O mesmo não ocorre ao utilizar-se escala específica, quando pode ocorrer o efeito teto, ou seja, pontuação com os mais altos escores após uma intervenção.

Em uma escala específica para o quadril, após o procedimento cirúrgico de artroplastia total, a grande maioria dos pacientes experimenta grande melhora no aspecto físico, enquanto o mesmo não ocorre quando se utiliza instrumento genérico, como o SF-36; pois outros fatores, além do quadril operado, podem influenciar os resultados (Nilsson & cols., 2003). No caso dos instrumentos específicos para o quadril, após o procedimento cirúrgico não ocorrem mais as queixas, em consequência do efeito teto.

2.6.2 World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument-WHOQOL-100

Trata-se de um instrumento genérico, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, em um projeto colaborativo multicêntrico para avaliação de qualidade de vida, esse instrumento foi traduzido e validado para aplicação no Brasil, por Fleck e col., em 1998 (Fleck, Leal & cols., 1999; Fleck, Louzada & cols. 1999).

É composto de 100 itens, que englobam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/crenças pessoais. Cada domínio é constituído por facetas, totalizando 24, que são avaliadas por quatro questões e mais uma geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida (Fleck, Leal & cols., 1999).

Por necessidade de um instrumento de rápida aplicação, o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do instrumento original com 100 questões, que é o WHOQOL- bref, que consta de quatro domínios: físico, psicológico, reações sociais e meio ambiente, totalizando 26 questões, das quais duas são questões gerais de qualidade de vida. Nesse instrumento abreviado, cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma questão, diferente do anterior que utiliza quatro questões. Ao preservar-se cada uma das 24 facetas do instrumento original, a versão abreviada manteve a abrangência do constructo qualidade de vida. A aplicação da versão abreviada é uma alternativa para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade, como nos estudos epidemiológicos e/ou quando se utilizam variados instrumentos de avaliação (Fleck & cols., 2000).

2.6.3 *Sickness Impact Profile (SIP)*

Escala genérica amplamente utilizada, desenvolvida nos Estados Unidos em 1972, é baseada em um *continuum* de saúde e comportamento. De um lado, indivíduos saudáveis comportam-se sem limitações. De outro, indivíduo doente experimenta limitações e restrições. Todo o instrumento apresenta 312 itens, no entanto a forma simplificada com 136 itens é a mais utilizada (Scott & Garrod, 2000).

Os itens descrevem as alterações de comportamento relacionado à saúde agrupadas em 12 categorias: deambulação, mobilidade, cuidado com o corpo, movimento, comunicação, comportamento de alerta, interação social, sono e repouso, alimentação, trabalho, cuidados com a casa, recreação e passatempo. As categorias são classificadas em duas dimensões: a física e a psicossocial. Alto escore indica maior restrição. Esse instrumento é auto-aplicável, mas pode ser aplicado por um entrevistador. O paciente leva aproximadamente 30 minutos para responder ao questionário. Conquanto seja um questionário de saúde amplamente utilizado, não apresenta escala de dor, por esse motivo é alvo de críticas (Scott & Garrod, 2000).

2.6.4 *Nottingham Health Profile (NHP)- perfil de saúde de Nottingham (PSN)*

É um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido originalmente para avaliação de pacientes com doenças crônicas, embora seja utilizado em diferentes grupos e com diferentes objetivos, como avaliar a efetividade de uma intervenção e fazer levantamentos de saúde. Fornece uma medida simples da saúde física, social e emocional do indivíduo, sendo considerado clinicamente válido para distinguir pacientes com diferentes níveis de limitação e para detectar alterações no seu estado de saúde ao longo do tempo. É um questionário curto, auto-administrável, que mede problemas de saúde percebidos pelo paciente. Consiste de 38 itens, que englobam seis categorias: sono, habilidade física, nível de energia, dor, reação emocional e interação social. Os itens são categorizados em uma escala dicotômica de resposta (sim/não). Cada resposta positiva corresponde ao escore um e cada resposta negativa corresponde a zero, podendo apresentar um escore máximo de 38. Um escore zero indica que o paciente não apresenta problemas, enquanto altos escores mostram alterações na saúde do paciente, relacionadas às limitações físicas e a aspectos de estresse (Teixeira-Salmela, Magalhães, Souza, Lima & Goulart, 2004).

Esse instrumento contém uma segunda parte com sete questões também de respostas sim/não, que avaliam as atividades da vida diária afetadas pela saúde do paciente, mas a

primeira parte é utilizada com mais frequência (Cella & Nowinski, 2002). Ainda, segundo esses autores, o NHP, juntamente com o SF-36, são os instrumentos de avaliação genéricos mais amplamente utilizados. Ambos encontram-se validados para a língua portuguesa.

Segundo Teixeira-Salmela e cols. (2004), esse instrumento apresenta problemas com a validade clínica, pois não mede todo o contínuo de qualidade de vida. Divide os pacientes em apenas dois níveis de habilidades (sim/não), dessa forma não há uma caracterização adequada do grupo estudado. Para sua aplicação em indivíduos mais capazes funcionalmente, é recomendada a revisão da escala. As autoras sugerem a associação desse questionário com uma avaliação funcional e/ou uma entrevista semi-estruturada, com o objetivo de melhor interpretar as informações coletadas.

2.6.5 EuroQuol (EQ- 5D, Euroqol Group, 1990)

É um instrumento genérico para descrição e avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. O paciente descreve o seu estado de saúde em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor / desconforto, e ansiedade / depressão. Cada dimensão apresenta três níveis de gravidade: sem problemas, com problemas moderados ou com problemas extremos. Um único escore é calculado a partir das 5 dimensões (Ostendorf & cols., 2004). Faz parte também desse instrumento uma escala análogo-visual que nos fornece uma estimativa numérica da qualidade de vida, entre os valores 0 e 100.

De acordo com o autor acima, esse instrumento deve ser utilizado em combinação com outro genérico mais detalhado como o SF-36. Segundo Dawson (2001), citado por Ostendorf e cols. (2004), existem poucas publicações em relação a resultados de artroplastia total do quadril nas quais esse instrumento é utilizado.

Dentre os artigos lidos para essa revisão, somente o citado acima utiliza esse instrumento para avaliação da qualidade de vida após artroplastia do quadril. O autor realiza uma comparação dos resultados após a cirurgia em quadril com cinco instrumentos, sendo dois específicos (Oxford Hip Score, OHS e Womac) e três genéricos (SF-36, SF-12- derivado do SF-36 e Euroqol/ EQ-5D). O EuroQuol já foi validado para o português do Brasil (Fonte: PROQOLID, *the Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database*, www.proqolid.org/).

2.7 Instrumentos Específicos

A popularidade desses instrumentos específicos de medida aumentou a partir da necessidade das pesquisas e do uso prático de escalas que são mais sensíveis às alterações clínicas que ocorrem ao longo do tempo. Eles se diferenciam pelo maior detalhamento, como a intensidade dos sintomas específicos. São elaborados para avaliar grupos com diagnósticos específicos ou população de pacientes, freqüentemente com o objetivo de medir as alterações clínicas importantes (Patrick & Deyo, 1989).

São adequados para avaliar de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, o que proporciona maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em estudo. Sua principal característica é ser sensível às alterações (Ciconelli, 2003).

Existem várias categorias de instrumentos específicos em consonância com o que pretendem avaliar. Eles podem ser específicos para uma doença quando se concentram nos sintomas e nos efeitos relacionados à doença ou ao seu tratamento (*AIMS, Arthrists Impact Measurement*), para determinada condição ou sintoma, como dor, fadiga, depressão, que podem ocorrer em diferentes tipos de doença; ou podem ser específicos para um tratamento. Nesse caso, avaliam os sintomas que ocorrem em associação com tratamentos em particular, que podem ser comuns em várias doenças (Cella & Nowinski, 2002).

Os instrumentos específicos, quando comparados aos gerais, tendem a fornecer uma descrição mais compreensiva dos problemas causados por uma doença e as vantagens e desvantagens do tratamento, como exemplo o WOMAC (*The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*), específico para avaliar pacientes com osteoartrose de quadril e joelho (Cella & Nowinski, 2002).

Seguindo a comparação da máquina fotográfica, segundo Cella e Nowinski, (2002), esses instrumentos utilizam uma lente em *zoom* e deixam de fora alguns aspectos, mas são precisos na focalização dos detalhes.

Cada instrumento apresenta vantagens e desvantagens, ou força e fraqueza, que os tornam mais ou menos apropriados para o uso em determinada pesquisa, em uma população definida. A grande desvantagem de instrumentos específicos é não permitir comparações entre as doenças, pois são limitados a uma população em particular e, em função dessa especificidade, são raramente capazes de capturar todos os aspectos da saúde funcional e de bem-estar (Cella & Nowinski, 2002). Por outro lado, os seus achados podem ser mais relevantes tanto para médico quanto para paciente na detecção dos efeitos de um tratamento.

Os instrumentos gerais, em função da sua ampla abordagem, detectam complicações e efeitos colaterais em determinadas áreas de função e órgãos não especificamente relacionados à doença em questão (Bombardier & cols., 1995) e permitem a comparação entre diversas patologias e entre diferentes tratamentos.

Bombardier e cols. (1995) realizaram estudo comparativo entre pacientes idosos que realizaram artroplastia de joelho, avaliando-os com um instrumento específico (WOMAC) e um geral (SF-36). O instrumento específico foi mais sensível às modificações que ocorreram após a cirurgia, e confirma a efetividade da intervenção na dor e na função do paciente, enquanto a medida geral mostrou que a população estudada mantinha o quadro de dor e de limitação secundário a outras condições, que não o joelho operado. Os autores concluíram, a partir dos seus achados, que os dois instrumentos medem diferentes aspectos da saúde do paciente e oferecem informações necessárias para a tomada de decisão.

Costa Neto (2002), no seu levantamento a partir do Diretório de Cummins, até o ano de 1998, constatou que 55% dos instrumentos eram específicos, enquanto 45% deles foram desenvolvidos para a avaliação de populações sem diagnóstico clínico e que apresentavam perdas de funções decorrentes do avanço da idade.

São exemplos de instrumentos específicos: *Arthrists Impact Measurement scale* (AIMS), *The Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Index*, os quais estaremos apresentando a seguir, dentre outros:

2.7.1 Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)

Desenvolvido em 1980, nos Estados Unidos, foi posteriormente traduzido para diversas línguas. É um instrumento específico, auto-administrável e tem como objetivo medir o estado de saúde dos pacientes com artrite reumatóide. Avalia o bem-estar físico, social e emocional em nove dimensões: mobilidade, atividade física, destreza, papel social, atividades de vida diária, atividade social, ansiedade, depressão e dor (Brandão, Ferraz & Zerbini, 1998).

Inicialmente desenvolvido para pesquisas como uma medida auxiliar, seu questionário sofreu adaptação do formato completo para o curto e sua aplicação expandiu-se, então, para as rotinas de cuidados com os pacientes. Com a revisão, o AIMS incorporou medidas de comorbidade, satisfação, atribuições da doença, preferências do paciente, trabalho, renda e medida da função física (Abello-Banfi, Cardiel, Ruiz-Mercado & Alarcón-Segovia, 1994), transformando-se no AIMS2. Foi validado para o Brasil por Brandão, Ferraz e Zerbini em 1998, com uma amostra de 32 pacientes com artrite reumatóide (Brandão & col., 1998).

2.7.2 *The Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Index*

Instrumento específico mais utilizado para avaliação do estado de saúde dos pacientes com osteoartrose de quadril e/ou joelho. É auto-administrável e avalia sintomas clinicamente importantes em relação à dor, à rigidez articular e à função física. Esse instrumento consiste de 24 questões, assim divididas: cinco questões para dor relacionada a atividades como caminhar, subir escadas, dor noturna e em repouso; duas questões para a rigidez da articulação (rigidez matinal e a sua ocorrência durante o dia) e 17 questões relacionadas à função, como de subir e descer escadas, sair do carro ou entrar nele, colocar e tirar meias, sentar, levantar-se da cama e deitar-se nela, realizar atividades domésticas leves e atividades mais pesadas (Salaffi & cols., 2005)

Os 24 itens são graduados utilizando escala Likert de cinco pontos. As respostas variam de 0 - nenhuma a 4 - extremo. Os resultados são apresentados pela soma dos itens em cada dimensão (Bombardier & cols., 1995).

Bombardier e cols. (1995), na avaliação dos instrumentos específicos (WOMAC) e gerais (SF-36), partindo da hipótese de que eles medem aspectos distintos mas complementares da qualidade de vida do paciente, relacionaram a dor avaliada no SF-36 com a dor avaliada no WOMAC; e a função física (SF-36) com a limitação para as atividades (WOMAC). Os resultados confirmam, em uma amostra de pacientes idosos com osteoartrose de joelhos que se submeteram a artroplastia total do joelho, a hipótese citada acima. Pacientes que apresentaram o efeito teto no WOMAC, ou seja, declararam-se livres de dor ou de limitações após procedimento cirúrgico no joelho, mantiveram o registro desses aspectos no SF-36 com baixo escore (Bombardier & cols., 1995). Esses autores afirmam ainda que os instrumentos específicos detectam as melhoras que ocorrem após o tratamento instituído, enquanto os genéricos registram as incapacidades expressas pela dor e pela diminuição da função causada por outras condições.

2.7.3 *Harris Hip Score (HHS)*

É um sistema de avaliação de uso específico para o quadril, que inclui perguntas relacionadas à:

- dor (44 pontos), numa escala que varia de dor nenhuma a limitada ao leito com dor incapacitante,
- função (47 pontos), que avaliam a marcha com claudicação e o uso de suporte externo,

- atividades (14 pontos), que incluem o uso de equipamentos para calçar sapatos e meias e para sentar-se; e uso de transporte público,
- ausência de deformidades (4 pontos) em quadril e avaliação das amplitudes de movimento. Escores mais altos estão relacionados com menor comprometimento da articulação do quadril e com melhor função do paciente. Pelo seu uso restrito, normalmente é empregado juntamente com outro instrumento de avaliação (Chiu & cols., 2001; Laupacis e cols., 1993)

Esse instrumento ainda não foi validado para a língua portuguesa; mas, pelo fato de sua aplicação estar voltada diretamente ao quadril, achamos por bem citá-lo para conhecimento.

Orbell, Espley, Johnston e Rowley (1998) asseguram que os dois últimos instrumentos são úteis para a avaliação de resultados, entretanto esses instrumentos não permitem uma avaliação das alterações que ocorrem nas atividades funcionais (como cozinhar, participar de atividades sociais), e essas alterações podem ser um resultado importante para os pacientes. Esses autores não avaliam, contudo, os benefícios psicológicos alcançados com a intervenção realizada.

2.7.4 Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Publicado inicialmente em 1980, é um instrumento para avaliação da habilidade funcional e direcionado principalmente a pacientes com artrite reumatóide. De fácil administração, não leva mais de 15 minutos para ser aplicado. Pode ser preenchido pelo paciente ou por um entrevistador treinado. Avalia quatro dimensões: incapacidade, desconforto e dor, efeitos colaterais de drogas e custo. Tem sido dado grande valor à dimensão que avalia a capacidade funcional e abrange oito áreas das funções diárias, que são: vestir-se, cuidar-se, levantar-se, comer, caminhar, tratar da higiene pessoal, alcançar e apreender objetos e executar outras atividades (entrar em ônibus e sair dele). Cada uma dessas áreas contém duas ou três atividades como avaliação. A dificuldade relatada pelo paciente em realizar cada atividade durante a última semana é pontuada por um escore que varia de três (incapaz de realizar) a zero (sem dificuldade). O menor valor pode ser melhorado ou modificado pelo uso de órteses, pelo auxílio ou pela ajuda de outra pessoa quando necessário (Ferraz, Oliveira, Araújo, Atra & Tugwell, 1990). As outras dimensões (desconforto e dor, efeitos colaterais de drogas e custo) são menos exploradas (Ciconelli, 2003).

Esse instrumento foi traduzido e validado para o Brasil em 1990 por Ferraz e cols., com uma amostra de 38 pacientes com artrite reumatóide.

A seguir, apresentaremos os questionários cujas vantagens e a aplicabilidade podem ser de interesse no desenvolvimento de estudos em pacientes com alterações degenerativas da articulação:

2.7.5 Functional Independence Measure (FIM)

Essa escala é um indicador da gravidade da incapacidade e não de avaliação de qualidade de vida, sendo já utilizada no Brasil. Pode ser aplicada com o objetivo de comparar e gerar dados de um grande número de pessoas. O grau de limitação pode variar durante um programa de reabilitação, e os dados gerados pela escala FIM podem ser usados na análise dos resultados desse programa. Essa medição inclui um número mínimo de itens, pois não tem a intenção de incorporar todas as atividades passíveis de serem mensuradas. É uma escala de sete itens que indica as maiores graduações no comportamento dos pacientes, classificando-os a partir do grau de independência para o da dependência. E verificam se necessitam de ajuda de outra pessoa para realizar as atividades bem como a extensão da ajuda necessária. A escala FIM é uma medida de limitação e não de incapacidade. A intenção é medir o que o paciente com a limitação realmente faz e não o que deveria ser capaz de realizar, caso as circunstâncias fossem diferentes. Entretanto, essa pessoa deve ser avaliada com base no que realiza naquele momento (Fonte: *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation*, 1993).

Apesar da variedade de itens, a escala poderá ser preenchida por um profissional apto a fazê-lo ou sua aplicação poderá ser dividida entre as especialidades. Fonoaudiólogo, por exemplo, avaliará a comunicação; enfermeiro, o funcionamento vesical e intestinal e assim por diante. Cada um dos 18 itens da escala FIM tem um escore máximo de sete e mínimo de um ponto. O valor total varia de 18 a 126, ou seja, o escore sete é atribuído ao paciente completamente independente para realizar aquela atividade específica, de forma segura, sem modificações ou acessórios e num tempo razoável. Os pacientes que recebem escores seis e sete são classificados como independentes. Os escores três, quatro e cinco indicam que os pacientes necessitam de ajuda de terceiros para realizar as atividades e são dependentes. Já os níveis um e dois apontam os completamente dependentes, que necessitam de assistência total para executar uma atividade. Esse instrumento avalia atividades como: autocuidado, controle de esfíncter, transferências, locomoção, comunicação e os itens cognitivos, que avaliam,

dentre outros itens, a compreensão, expressão, interação social, memória. Para responder a essas questões, o paciente leva de 10 a 20 minutos (Fonte: *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation*, 1993).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) realizaram uma revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo, no que se refere à qualidade de vida. Dos trabalhos pesquisados, 53 preencheram o critério de inclusão para a revisão, que abrange a disponibilidade dos resumos *on-line*. Dentre os dados levantados, as autoras mencionam que 69,8% das pesquisas foram realizadas com indivíduos com alguma patologia; e destas, 7,5% abordavam pacientes com obesidade, patologias ortopédicas, após internação em centro de terapia intensiva. Arrolamento feito revela que os instrumentos mais utilizados foram o SF-36 e *Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers*.

2.7.6 Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers

Para esta pesquisa, não encontramos nenhum artigo que cita essa escala na avaliação de qualidade de vida em osteoartrose ou em artroplastia total do quadril.

É um instrumento criado em 1985, por Ferrans e Powers. O Index de qualidade de vida foi desenvolvido para medir a qualidade de vida de pessoas saudáveis e foi modificado para uso em patologias diversas, como cardiopatia, diabetes, câncer, artrite reumatóide, lesão medular, acidente vascular cerebral e traumatismo crânio-encefálico, dentre outras. O índice é composto de 64 itens, divididos em duas partes: a primeira mede a satisfação do indivíduo em vários domínios da vida por meio de uma escala de seis pontos, que varia de muito satisfeito (6) a muito insatisfeito (1); e a segunda mensura a importância dos mesmos domínios para a pessoa numa escala que varia de muito importante (6) a muito sem importância (1). Altas taxas de satisfação com áreas de grande importância da vida contribuem para a qualidade de vida e relacionam-se positivamente com ela, ao passo que muita insatisfação com áreas de grande importância, contribuem negativamente para a qualidade de vida da pessoa (Raimundo, 2002).

2.7.7 McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)

Desenvolvido em 1982, é uma medida geral de qualidade de vida, baseada na função física (mobilidade, autocuidado, comunicação e funcionamento global, dentre outros), social (bem-estar geral, suporte social e participação social) emocional (auto-estima, percepções

sobre as relações pessoais e futuras, eventos críticos da vida e funcionamento emocional global). O questionário é composto de 59 itens, auto-administráveis e leva aproximadamente 20 minutos para ser preenchido. É direcionado à população adulta e adolescente (Fonte: PROQOLID, *the Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database*, www.proqolid.org/). Sem tradução para a língua portuguesa.

2.7.8 Inventário de qualidade de vida (IQV)

O Inventário de Qualidade de Vida (IQV) publicado por Lipp e Rocha em 1995, ainda está em processo de validação, mas já é utilizado em várias dissertações de mestrado. É auto-aplicativo, composto de 45 questões que são marcadas por sim ou não. Qualidade de vida é viver o que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: profissional, saúde, social e afetiva. O conjunto de resposta dada para cada área indica o nível de qualidade de vida da pessoa, avaliado pela existência de indicadores de problemas nessas áreas de funcionamento. Quando o teste indica um “fracasso” em uma das áreas, significa que a qualidade de vida naquela área deixa a desejar. Assim, o fracasso na área da saúde não significa necessariamente que a pessoa esteja doente, porém que sua qualidade de vida, no que se refere à saúde, não é satisfatória. O teste não pretende identificar a presença real de doenças, mas sim de indicadores que poderiam eventualmente contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde. Ele auxilia no planejamento de medidas preventivas. Qualidade de vida de nível excelente é observada em pessoas que obtêm “sucesso” em todos os quadrantes (Bertani, Rezende, Parzewski & Lourenço, 2005).

2.7.9 *Mental Health Inventory* (1983)

É um questionário de auto-resposta, composto de 38 itens que se distribuem por cinco escalas (ansiedade com 10 itens, depressão com cinco itens, perda de controle emocional/comportamental, com nove itens, afeto positivo, com 11 itens e laços emocionais com três itens), e por sua vez essas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes subescalas ou dimensões, que medem respectivamente o *distress* psicológico (ansiedade, depressão e perda de controle emocional/comportamental) e o bem-estar psicológico (afeto geral positivo e laços emocionais). O score é dado por uma escala de cinco ou seis posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem a escala referida. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental (Ribeiro, 2001). Estudos demonstram a sua

utilidade para a avaliação do estado psicológico em pacientes com doença crônica (Petrie & cols., 1994).

2.8 Qualidade de Vida em Osteoartrose de Quadril e Cirurgia de Artroplastia: Um Panorama Geral

Os resultados da artroplastia são analisados em vários artigos, mas as análises consideram aspectos técnicos (tipo de material, técnica cirúrgica e profilaxia), mortalidade e complicações. Poucos artigos analisam fatores ligados aos pacientes, como idade e sexo. Deixam de analisar, também, a recuperação do paciente por uma medida multidimensional, por ser mais difícil quantificar o grau de percepção dos resultados da intervenção pelos pacientes e se o restabelecimento redundava em melhora no bem-estar psicológico (Chiu & cols., 2001; Jones & cols., 2000; Nilsson & cols., 2003; Towheed & Hochberg, 1996).

Segundo Towheed e Hochberg (1996), o maior avanço no tratamento das doenças reumatológicas, no período de 1965 a 1985, foi a cirurgia de substituição da articulação do quadril.

A importância da avaliação de resultados em ortopedia tem sido reconhecida desde os trabalhos publicados por Codman, em 1934 (conforme citado por Liang & cols., 1991). O sucesso do tratamento, quando avaliado pelo paciente, pode ser diferente do da avaliação realizada pelo médico. Os parâmetros médicos de avaliação levam em conta o alívio baseado na definição de dor, em detrimento da satisfação do paciente ou da qualidade de vida após o tratamento instituído (Liang & cols., 1991).

Liang e cols. (1991) preconizam que a avaliação do paciente que irá submeter-se a artroplastia do quadril deve levar em conta medidas antropométricas (arco de movimento) e fatores que são avaliados pelos pacientes, como a função e a satisfação, ou seja, propõem uma avaliação baseada tanto em parâmetros de resultados cirúrgicos objetivos quanto em subjetivos, frutos da percepção do paciente. O acompanhamento deve ser realizado após três, seis e 12 meses do pós-operatório.

Na última década, reconheceram que a artroplastia de quadril teve como resultado mais importante a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (Chiu & cols., 2001). A medida de qualidade de vida é especialmente importante quando se considera que mais de 90% dos pacientes informam alívio da dor após a cirurgia de quadril, enquanto a função e os hábitos de vida podem sofrer poucas alterações. O objetivo primário da artroplastia do quadril

não é prolongar a vida; mas melhorar a qualidade de vida, daí a importância de tentar-se essa avaliação após a cirurgia (Towheed & Hochberg, 1996).

Mesmo com os resultados positivos relatados acima, de 15 a 30% dos pacientes que realizam este procedimento cirúrgico, informam pouca ou nenhuma melhora após a cirurgia, ou dizem-se insatisfeitos com os resultados após alguns meses. Estudos nessa área revelam que os possíveis fatores determinantes podem estar relacionados a complicações cirúrgicas, a fatores relacionados à prótese (como os cuidados a serem seguidos no pós-operatório) e também a fatores não médicos. Embora haja poucas pesquisas, estudos sugerem que os determinantes psicológicos contribuem mais do que as variáveis médicas ou basais como preditoras de dor e função, para esta população especificamente. Esses fatores psicológicos incluem fatores afetivos e cognitivos que influenciam os resultados após a artroplastia do quadril em decorrência da expectativa do paciente (Jones, Beaupre, Johnston & Suarez-Almazor, 2005).

Bayley, London, Grunkemeier e Lansky (1995) avaliaram 214 pacientes que se submeteram à artroplastia total do quadril. Utilizaram como instrumentos o *Medical Outcome Study*, *36-item short-form Health Survey*, MOS SF-36 e perguntas que buscavam conhecer o sucesso do tratamento do ponto de vista do paciente quanto ao retorno às atividades diárias e à melhora da dor. Os resultados encontrados demonstram que, após um ano de cirurgia, quando se faz uma correlação entre o sucesso avaliado pelos pacientes e a escala utilizada, os participantes, com índices de maior sucesso, obtinham melhora no estado de saúde. Os pacientes declararam, também, que a cirurgia é mais efetiva no alívio da dor do que na retomada das atividades diárias normais. E por último, entre 30% dos pacientes que apontaram o tratamento cirúrgico como um sucesso, o escore da função física pelo SF-36 foi menor que 20 pontos, o que indica um baixo escore. Ganhos em relação à função física e alívio da dor incidem positivamente sobre a função social. Ao julgarem o sucesso da cirurgia, esses pacientes valorizam mais o nível atual de função do que as alterações percebidas a partir do pré-operatório. A maioria sofre um declínio da função imediatamente após a cirurgia e pode avaliar o sucesso do tratamento cirúrgico baseado na comparação com esse período mais recente e não com o pré-operatório; e, por fim, julgam a partir de baixas expectativas com a cirurgia. A avaliação do sucesso do procedimento é mais complexa do que se pensava inicialmente, pois pacientes com baixa função avaliaram-na como de extremo sucesso. Tal avaliação pode ser creditada às baixas expectativas com o tratamento e à melhora da função vivenciada pela cirurgia, mesmo que a função seja relativamente baixa.

Em relação à satisfação com os resultados, Mancuso, Salvati, Johanson, Peterson e Charlson (1997) mediram a satisfação dos pacientes com a artroplastia do quadril e citam que esse é um importante fator para o aumento da adesão ao tratamento, que, nesse caso, favorece o prosseguimento dos cuidados, para obter-se a máxima longevidade da prótese. A satisfação é um fenômeno complexo influenciado por vários fatores, mas em especial pela expectativa do paciente, pelas suas características (como classe social, estado civil, sexo e idade), pelas determinantes psicossociais e também pelos resultados do tratamento instituído. O resultado é definido por Mancuso e cols. (1997) como sendo a avaliação das complicações, do arco de movimento da articulação, do alívio de dor e da melhora da função avaliada pelo cirurgião. Expectativa é o resultado que os pacientes esperam após a artroplastia total do quadril. A satisfação está relacionada à avaliação positiva ou negativa do paciente, ao prazer com os resultados da artroplastia do quadril.

As expectativas colhidas por Mancuso e cols. (1997) por meio de um questionário foram agrupadas em cinco categorias: alívio da dor, melhora na marcha, benefícios psicológicos (sentir-se normal e independente, e retirar o estigma de incapacidade), melhora em atividades essenciais (atividades para as funções do dia-a-dia, vestir-se, ir às compras, praticar sexo) e em atividades não-essenciais (atividades relacionadas a lazer, a viagens, a esportes). A grande maioria dos pacientes, porém, tinha como expectativa a melhora da dor. Os resultados evidenciaram que a satisfação e a expectativa têm forte correlação, porquanto pacientes satisfeitos tiveram suas expectativas alcançadas, e pacientes insatisfeitos não as tiveram em 91% dos casos na amostra de estudo. Os autores relatam que os pacientes que apresentavam no pré-operatório as piores condições, ou seja, mais dor e limitação, apresentaram o índice de satisfação maior que aqueles com menores limitações e dor. A maioria dos pacientes esperava melhora da dor e da habilidade para realizar atividades essenciais. Dor e incapacidade para executar atividades essenciais são razões tradicionais para realização de artroplastia total do quadril. Um achado surpreendente para os autores foi o grande número de pacientes que tinham como expectativa a melhora do “estado psicológico”. Essa esperança tinha como motivação o desejo de livrarem-se do estigma associado à doença do quadril e de sentirem-se normais após a cirurgia, o que os autores consideravam importante conclusão de estudo.

A satisfação do paciente reflete não somente a magnitude das alterações nos resultados, mas também a importância pessoal desses resultados, os quais podem ser consideravelmente distintos entre profissionais e pacientes (Turk & Burwinkle, 2005).

Petrie e cols. (1994) buscaram avaliar o efeito da artroplastia total de quadril no funcionamento psicológico do paciente, com especial interesse em documentar as alterações que se seguiam no nível de bem-estar psicológico, de estresse, de saúde e de satisfação com a vida, assim como alterações no nível de dor. A amostra foi composta de 51 pacientes, 25 mulheres e 26 homens com idade média de 65 anos. A avaliação do bem-estar psicológico e do estresse foi realizada pela *Mental Health Inventory*. Os achados demonstram que a artroplastia de quadril tem um efeito positivo nos aspectos psicológicos dos pacientes. A melhora da dor e da função no pós-operatório tem reflexos na melhora do bem-estar psicológico e na diminuição do estresse. As avaliações eram realizadas antes e imediatamente após a cirurgia e dois meses depois do ato cirúrgico. Os autores sugerem a realização de mais pesquisas relacionadas a fatores psicológicos após artroplastia do quadril, como forma de melhor compreender os resultados dessa cirurgia.

Kurlowicz (1998) busca correlacionar auto-eficácia, habilidade funcional e sintomas de depressão, avaliados por escalas específicas a cada uma. Formulou a hipótese de que quanto maior a auto-eficácia percebida para desenvolver habilidades funcionais em quatro a cinco dias de pós-operatório, menor será o efeito negativo dos sintomas depressivos nos pacientes idosos após seis semanas de pós-operatório. Nesse estudo, com pacientes com idade média de 72 anos, o autor encontrou associação entre habilidade funcional e sintomas depressivos. Os resultados sugerem uma importância dupla para a percepção da auto-eficácia na manutenção da saúde física e emocional após a cirurgia no quadril, em anos futuros. Os resultados também demonstram que, quando os pacientes idosos confiam na sua habilidade de desenvolver as atividades no pós-operatório, enquanto hospitalizados, vivenciam menos sintomas depressivos em seis semanas após a cirurgia. Concluem, além disso, que a percepção da auto-eficácia em quatro a cinco dias de pós-operatório tem efeito negativo nos sintomas depressivos em seis semanas de pós-operatório e efeito positivo na habilidade funcional.

Clinicamente, esses achados sugerem a necessidade de dar-se maior atenção ao estresse emocional em pessoas idosas que vivenciam diminuição da função após cirurgias de grande porte e a importância de estimular a habilidade funcional no pós-operatório.

Lazarus (conforme citado por Gammon & Mulholland, 1996) relata que a avaliação do evento considerado ameaçador é influenciada não só pela perspectiva individual da natureza da situação, mas também pela avaliação da adequação da disponibilidade das fontes de enfrentamento e pela informação. Nesse estudo, o autor conclui que as informações pré e pós-operatórias antes da alta hospitalar têm efeitos positivos na recuperação funcional e na forma como os pacientes enfrentam os resultados no pós-operatório. Os pacientes no grupo

experimental foram amplamente orientados e acompanhados e receberam orientações e sugestões de estratégias de enfrentamento que pudessem ser utilizadas, como relaxamento e distração. Os resultados revelaram que esses pacientes utilizaram quantidade menor de medicamentos e foram mobilizados mais precocemente. A estadia no hospital foi em média dois dias menor que a do grupo de controle. E demonstraram que a informação adequada durante a hospitalização pode aumentar a habilidade de enfrentamento e melhorar as estratégias; o que, por sua vez, promove a recuperação física.

Esses dados corroboram os achados de Liang e cols., (1982). Esses últimos autores acreditam que é parte essencial da avaliação pré-operatória conhecer as expectativas do paciente quanto à cirurgia e à disponibilidade de participar de um programa no processo de reabilitação após o procedimento cirúrgico. As expectativas e os objetivos devem ser claramente discutidos com o paciente, assim como as possíveis seqüelas.

Quando se compara a expectativa de pacientes e cirurgiões com os resultados da artroplastia de quadril, observa-se que médicos esperam melhores resultados, ao contrário dos pacientes. Se se considerar as expectativas dos cirurgiões como reflexo do real, as dos pacientes parecerão pessimistas; ou, ao contrário, se os pacientes tiverem uma expectativa mais próxima do resultado da cirurgia, os médicos parecerão otimistas. É importante compreender as expectativas do paciente, a fim de orientá-lo corretamente nas opções de tratamento e evitar as frustrações após a cirurgia (Moran, Khan, Sochart & Andrew, 2003)

Chiu e cols. (2001) realizaram uma investigação sobre os resultados da artroplastia do quadril no pós-operatório, utilizando um instrumento específico (Harris Hip Score, HHS) e um genérico (SF-36). Observaram melhora não somente no alívio da dor, como também em todos os aspectos de bem-estar. Há melhora significativa na qualidade de vida relacionada à saúde durante os primeiros seis meses do pós-operatório, a qual permanece constante no acompanhamento subsequente até um ano (período do estudo), embora a melhora percebida fosse maior na avaliação de seis meses. Observou-se, ainda, uma melhora mais pronunciada nos aspectos físicos, capacidade funcional, dor, função social, vitalidade, saúde mental e saúde geral. Ao passo que na avaliação pelo HHS, a melhora mais expressiva foi observada no alívio da dor.

A melhora na qualidade de vida e na habilidade funcional é normalmente considerada o resultado mais importante após cirurgias de artroplastia do quadril. Rissanen, Aro, Sintonen, Slati e Paavolainen (1996) avaliaram as alterações observadas pelos pacientes na qualidade de vida e nas atividades funcionais diárias. Os pacientes em sua amostra, na sua maioria mulheres (60%), casadas (55,4%) e aposentados (85,1%), foram acompanhados por dois anos

após o procedimento cirúrgico A habilidade funcional desses pacientes foi avaliada por níveis de mobilidade, como andar, subir e descer escadas e por 14 itens de escores de atividades da vida diária. Houve aumento acentuado das atividades durante todo o acompanhamento, sendo que as mulheres tiveram os melhores ganhos. A proporção de pacientes com baixos escores na avaliação das atividades diárias diminuiu consideravelmente e como consequência diminuiu a necessidade de ajuda para essas atividades. Mas, mesmo com essa melhora, os pacientes não alcançaram os níveis da população em geral para a mesma idade. Pacientes com mais alto nível educacional apresentaram maiores ganhos na qualidade de vida e na habilidade funcional. Esses pacientes se submeteram ao procedimento cirúrgico da osteoartrose mais precocemente e obtiveram os maiores ganhos com a cirurgia.

Com o objetivo de avaliar a efetividade das cirurgias de substituição articular em uma população idosa que sofria de artrite reumatóide, Pitson, Bhaskaran, Bond, Yarnold e Drewett (1994) desenvolveram estudo com quatro questionários, os quais mediam dor, mobilidade, ansiedade, depressão e isolamento social. Esses questionários eram preenchidos pelo grupo antes da cirurgia e após a mesma, para avaliar alterações na função física, no estado psicológico, na interação social e na sensação somática. Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada na redução da dor, na melhora da mobilidade e na redução da dependência, assim como nos níveis de ansiedade e depressão após a cirurgia. Concluíram que a cirurgia de substituição articular é altamente efetiva para a redução da dor, para a melhora da mobilidade e do estado emocional, e consequentemente da qualidade de vida do paciente.

Wiklund e Romanus (1991) realizaram estudo comparativo da qualidade de vida antes e após a artroplastia de quadril em pacientes com osteoartrose dessa articulação. Utilizaram como instrumento de avaliação *The Nottingham Profile*, que avalia não somente a mobilidade articular, a dor, o sono, mas também as reações emocionais e o isolamento social dos pacientes. Os pacientes respondiam ao questionário enquanto aguardavam em lista de espera a cirurgia e eram acompanhados por um ano após o procedimento. Os resultados encontrados mostram claramente que a qualidade de vida desses pacientes estava gravemente comprometida quando comparada com dados da população saudável que constituía o grupo de controle. Os achados em que os pacientes solteiros relatam mais estresse emocional e isolamento social podem ser interpretados como reflexo do estado civil e não como algo associado à cirurgia.

Resultados semelhantes foram encontrados por Laupacis e cols. (1993). Os autores acompanharam 188 pacientes por um período mínimo de três meses após o procedimento

cirúrgico de artroplastia do quadril. Foram avaliados por escalas de medidas específicas para pacientes com patologias ortopédicas e também por um instrumento geral que avalia sono e repouso, trabalho, atividades em casa, recreação, deambulação, mobilidade, interação social, comportamento emocional e comunicação. Os autores afirmam que a artrose grave de quadril causa não somente dor e diminuição da mobilidade, mas também afeta o bem-estar psicológico do paciente; e esse é um importante aspecto para avaliar-se nos resultados a longo prazo. Os resultados mostram que a melhora da QVRS após a artroplastia do quadril é rápida e substancial e afeta todos os aspectos do bem-estar. A maior parte dos pacientes retorna a uma vida próxima ao normal, havendo melhora substancial nos primeiros três meses que se seguem à cirurgia, a qual se mantém nos próximos 21 meses. Essa melhora é vista em todos os aspectos da qualidade de vida, incluindo dor, mobilidade, interações sociais e psicológicas, mas não possibilita o retorno ao trabalho.

Borstlap, Zant, Van Soesbergen e Van Der Korst (1994) avaliaram 62 pacientes com osteoartrose de quadril que se submeteram a artroplastia. Os resultados encontrados, além de confirmarem a melhora na dor nos primeiros três meses de pós-operatório e na mobilidade, evidenciam, por meio dos instrumentos utilizados, a redução da ansiedade com modificações no humor, tornando os pacientes mais alegres e satisfeitos. O escore para a depressão, antes baixo no pré-operatório, também apresentou melhora. A mobilidade dos pacientes aumentou durante o período de reabilitação entre três e seis meses de pós-operatório, e posteriormente estabilizou. O impacto da doença em várias áreas da vida diária foi reduzido de forma substancial. Os autores não observaram nenhum efeito nas escalas da dimensão social.

Modificações na avaliação da dor e da ansiedade ocorreram durante os três primeiros meses após a cirurgia, a modificação na atividade funcional ocorreu no período entre o terceiro e o nono mês do pós-operatório; mas, ao contrário do estudo anterior, não observaram modificações significativas nos níveis de depressão, o que sugere não estar relacionado diretamente à limitação física. Fatores sociais e pessoais provavelmente determinem os níveis de depressão (Orbell & cols., 1998).

Há trabalhos que evidenciam a melhora da dor e da função entre o terceiro e o sexto mês de pós-operatório, observando principalmente a melhora da dor em relação à função, mas os ganhos podem ocorrer até dois anos após a cirurgia (Jones & cols. 2000). Com o objetivo de quantificar as alterações que ocorrem na dor, na função e na qualidade de vida, esses autores avaliaram e acompanharam 504 pacientes, sendo 228 com prótese total de quadril e 276 com prótese total de joelho. As avaliações foram feitas um mês antes da cirurgia até seis meses após o procedimento cirúrgico. Além de utilizar os mesmos instrumentos referidos por

outros autores, esse trabalho acrescentou um dado importante que é a avaliação da satisfação do paciente feita com três perguntas relacionadas à satisfação, ao alívio da dor e à recuperação funcional. As perguntas eram as seguintes: “Quão satisfeito você está com sua cirurgia?”, “Qual o sucesso da sua cirurgia no alívio da dor?”, “Qual o sucesso da sua cirurgia ao permitir o seu retorno às atividades normais?”. Os resultados encontrados pelos autores mostram grande melhora com a redução da dor e com o aumento da função, mas ainda estão em valores abaixo dos encontrados na população geral. No entanto, alterações leves a moderadas foram observadas em outras áreas relacionadas à qualidade de vida, como na saúde geral, na saúde mental e na função emocional; mas, em seis meses de pós-operatório, os valores eram comparáveis aos dados da população geral.

Em estudo recente, Holtzman, Saleh e Kane (2002) examinaram a diferença na condição funcional e na dor em homens e mulheres, no momento em que se submeteram à artroplastia do quadril e um ano após a cirurgia. Os dados foram coletados no momento da cirurgia, quatro a seis meses após a cirurgia e um ano depois. Participaram da pesquisa 1120 pacientes, 432 homens e 688 mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados revelaram que, no momento do procedimento, as mulheres eram mais passíveis de sentir dor mais acentuada para marcha e necessitavam de assistência para as atividades de casa. Os homens podiam percorrer distâncias maiores. Um ano após as cirurgias, as mulheres continuavam necessitando de assistência para marcha e cuidados nos serviços de casa. Os autores concluem que, quando comparadas com os homens, as mulheres apresentam maiores dificuldades no momento da cirurgia.

Em relação a fatores que influenciam a resposta no pós-operatório, Nilsson e cols. (2003) realizaram um estudo prospectivo, utilizando o SF-36 e WOMAC em uma população de 219 pacientes com idade média de 71 anos, os quais foram submetidos à primeira cirurgia em quadril. Eles foram comparados com um grupo controle, sem queixas em relação a essa articulação. Os pacientes foram avaliados com três, seis, e 12 meses de pós-operatório e com acompanhamento final com 3,6 anos. Os autores preocuparam-se também em avaliar a satisfação com os resultados da operação. Os pacientes avaliados no pós-operatório quase dobraram os escores absolutos no acompanhamento final, quando comparados com o pré-operatório pelo WOMAC, o que também ocorreu com o SF-36 em todos os seus domínios, com exceção da saúde geral.

Nilsson e cols. (2003) relatam ainda que cerca de um terço dos pacientes apresentaram pouca melhora na dor e na função, o que sugere uma avaliação criteriosa antes da operação, pois outras formas de tratamento poderiam ser eficazes. Em relação à satisfação,

esses autores esclarecem que, por se tratar de um conceito amplo, este não é necessariamente um resultado relevante após artroplastia total de quadril. Os fatores determinantes de um pobre resultado foram:

- Pacientes mais idosos, pela própria restrição da mobilidade, com dor em quadril contralateral e em joelhos têm um risco maior de estresse psicológico e limitações físicas.
- Número de co-morbidades não é fator preditor de resultados modestos no pós-operatório.
- Dor lombar e no quadril não operado é uma característica dos pacientes que não alcançaram o mesmo nível de função no pós-operatório, quando comparados com o grupo controle.
- Estado geral de saúde no grupo de estudo e no grupo controle sem dor no quadril é comparável, mas o estado de saúde piora quando a dor está associada a outras restrições como dor lombar ou em outras articulações.

Empregando o SF-36 para avaliação de resultados, Resnick e cols. (2005) incluíram 271 pacientes, com idade média de 73 anos, no estudo. As mulheres representavam 64% da amostra. Notaram que a idade mais avançada estava associada ao declínio nas dimensões do SF-36, principalmente em saúde física e em vitalidade, e que os homens percebem mais a mudança na qualidade de vida.

Fitzgerald e cols. (2004), com o objetivo de determinar as características pré-operatórias que influenciaram os resultados de qualidade de vida em um, seis e 12 meses após a artroplastia, avaliaram 222 pacientes - 61% mulheres, das quais 75% eram casadas - com idade média de 68 anos ($DP= 10$), num estudo prospectivo, utilizando o SF-36 como instrumento de medida, e avaliava, também, o suporte social.

O maior fator preditivo de qualidade de vida para o pós-operatório foi o escore pré-operatório. Um mês após a cirurgia, há redução na função física, apesar da diminuição da dor, se bem que ocorra melhora nos dois parâmetros nas avaliações seguintes. Pacientes com idade maior ou igual a 75 anos tiveram maior alívio da dor quando comparados aos mais jovens; mas com pouca repercussão na função no pós-operatório. Pacientes com suporte social também apresentaram melhor recuperação quando comparados com os que moram sós. Essa última circunstância é um fator a considerar-se especialmente um mês após a cirurgia, quando ocorre piora da função física do paciente.

Os resultados mostraram que mulheres têm escores menores tanto no pré quanto no pós-operatório; o grau da melhora, no entanto, é similar para ambos os sexos. Em função

desses achados, os autores sugerem que o sexo feminino beneficiar-se-ia, no curso da sua patologia, mais precocemente, com a realização do procedimento cirúrgico.

Também com o objetivo de avaliar os fatores preditivos para o pós-operatório, Fortin e cols. (1999) avaliaram 138 pacientes com os instrumentos, WOMAC e o SF-36, no pré-operatório, no terceiro e no sexto mês do pós-operatório. Os autores dividiram, levando em conta a média dos escores, a amostra em dois grupos a fim de gerar sub-grupos com melhores e piores resultados. Afirmam que perderam em força estatística, mas dessa forma poderiam responder melhor aos objetivos da pesquisa. Estes autores argumentam que o momento ideal em que a cirurgia deve ser realizada no curso da osteoartrose é um parâmetro crucial que permanece sem definição. A prática ortopédica tradicional tem sido adiar a cirurgia até que a dor e a limitação funcional sejam intoleráveis. Com a divisão em grupos, os resultados revelam que, com seis meses de pós-operatório, pacientes com dados basais melhores sentem menos dor e têm melhora na função. Os pacientes de cada grupo melhoraram significativamente. No grupo de baixo escore funcional, houve melhora maior do que naquele com escores mais elevados. Entretanto, o primeiro grupo, no curso da pesquisa, nunca alcançou ou recuperou o nível de função do segundo grupo. Pacientes com melhor função pré-operatória, tiveram melhor função pós-operatória. Os resultados sugerem que, na previsão de dor e de função, suas características basais são os melhores preditores. Perda funcional avançada pela osteoartrose está associada a piores resultados após seis meses de cirurgia, e pacientes com pior função permanecem significativamente pior no pós-operatório.

Em um estudo que utiliza metodologia basicamente qualitativa com entrevistas com nove pacientes, Sjöling, Agren, Olofsson, Hellzén e Asplund (2005) buscam avaliar a experiência de pessoas com diagnóstico de osteoartrose que aguardam em lista de espera para submeterem-se a artroplastia do quadril. De acordo com esses autores, pacientes com doenças crônicas vivenciam uma vida restrita pela incapacidade, isolamento social, sensação de descrédito e de serem um peso para outros. A análise temática revelou categorias que ilustram aspectos comuns entre os participantes do estudo: a dor que restringe as atividades da vida; uma vida na espera, demonstra a espera e a busca por informações sobre o momento em que a cirurgia será realizada; viver sem dignidade, com dor e incapacidade que destroem a auto-imagem dos participantes que os fazem sentir-se não participantes do seu próprio mundo, conseqüentemente estigmatizados, preocupados com o que as outras pessoas possam pensar ou dizer sobre sua incapacidade, pode ser fonte de isolamento e depressão; viver a vida na sua totalidade apesar da dor, incapacidade e incerteza quanto à realização da cirurgia, mostra que os pacientes são capazes de preservar a percepção de uma vida completa com enfoque no que

podem fazer ou de encontrarem alternativas interessantes; e viver em um mundo incentivador com a percepção do suporte fundamental da família e dos amigos, pode preservar o sentido e a continuidade da vida e prevenir os desarranjos corporais.

Merleau-Ponty (citado por Sjöling & cols. 2005) busca conhecer o que diferencia dos outros os pacientes que mantêm o significado da vida apesar das limitações. Os achados revelam que esses são capazes de concentrarem-se nas suas habilidades em lugar das suas deficiências e buscam lembrar suas experiências e conhecimentos prévios a fim de manter a auto-imagem. O que aprenderam em situações similares durante a vida os torna capazes de compreender a sua situação presente, o que é chamado de inteligência corporal. Esse comportamento deve ser estimulado nos pacientes.

Também, usando a metodologia qualitativa, Pacault-Legendre e Courpied (1999) avaliaram a satisfação dos pacientes após artroplastia do quadril. Nesse procedimento cirúrgico, resultados inesperados em alguns pacientes indicam que é necessário levar em conta elementos subjetivos adicionais que são peculiares a cada um e difíceis de quantificar. Os resultados dependem tanto da técnica cirúrgica, quanto da habilidade do paciente de reconhecer os benefícios da cirurgia. Em relação à ocupação, não houve influência na satisfação, o que para os autores foi uma surpresa, pois esperavam que pessoas mais ativas se recuperassem mais rápido e com maior satisfação. Na avaliação das alterações físicas e estéticas, as respostas imediatas a essas questões normalmente eram “não mancar” e algumas vezes “andar mais ereto”. Após a cirurgia, o paciente pensa sobre sua própria vida depois da intervenção e na contribuição que a transformação no seu corpo dará à melhoria e à modificação dos aspectos relacionais. Outros pontos avaliados foram às alterações observadas na vida profissional e nas atividades diárias. No pré-operatório, os pacientes avaliavam suas condições como regulares e esperavam que com a cirurgia alcançassem resultados muito bons. Em três meses de pós-operatório, eles classificavam-nas como regulares ou boas. Somente após um ano modificavam-nas para muito boas. A melhora nas atividades diárias e de trabalho durante os quatro primeiros meses, é responsável pela satisfação expressa por 50% dos pacientes em relação a toda melhora observada. Durante os quatro primeiros meses de pós-operatório, 50% dos pacientes avaliados vivenciaram uma fase de desconforto, desilusão, ou mesmo de frustração, que se prolonga pelo menos alguns meses, e muitas vezes é superada sem necessidade de tratamento adicional. Marcha adequada, alívio da dor como resultado da cirurgia, nem sempre são suficientes para satisfazê-los. Os autores declaram ainda que a qualidade da relação médico-paciente é um instrumento de ajuda a ambos para lidar com a situação durante a fase de frustração.

Em artigo de revisão sobre qualidade de vida e artroplastia total de quadril, escrito por Etghen e cols. (2004), todos os 74 estudos analisados demonstram melhora substancial na redução da dor e no funcionamento físico, com maior recuperação do primeiro ao sexto mês do pós-operatório. Em relação à saúde mental e social, os resultados não foram tão coincidentes, pois alguns demonstram melhora, outros apresentam melhora modesta ou não se recuperam nesses parâmetros.

CAPÍTULO III

Método

O escopo deste capítulo é apresentar os objetivos e as diferentes fases da realização desta pesquisa sobre a qualidade de vida e a artroplastia total do quadril, assim como os procedimentos para a coleta e análise dos dados.

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à artroplastia total de quadril antes e depois do procedimento cirúrgico.

3.1.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à artroplastia total de quadril no pré e no pós-operatório e investigar qual a dimensão que mais contribui para essa avaliação;
- Conhecer como os pacientes avaliam a sua qualidade de vida no pré-operatório e três meses após o procedimento cirúrgico;
- Conhecer a expectativa dos pacientes com o procedimento cirúrgico;
- Identificar quais são os domínios de qualidade de vida mais afetados pela patologia e pelo procedimento cirúrgico;
- Explorar as modificações que ocorrem na vida do paciente pela doença e também pela cirurgia;
- Identificar se fatores como idade, sexo, nível educacional, estado civil, estado emocional podem ser preditivos para a avaliação da qualidade de vida;
- Investigar os ganhos mais percebidos pelos pacientes em todas as dimensões (biopsicossocial).
- Comparar se há diferença entre a avaliação realizada pelo paciente através da entrevista semi-estruturada e pelo SF-36.

3.2 Composição e Caracterização da Amostra

Critérios de inclusão na amostra:

- Comprometimento articular de quadril uni ou bilateral, em pacientes com idade até 75 anos, com indicação para cirurgia de artroplastia total de quadril, para evitar avaliar as limitações próprias relacionadas à idade, de acordo com a nossa observação na prática diária. Não foi fixada idade mínima para a participação.
- Pacientes com artrite reumatóide e espondilite anquilosante farão parte do estudo, e, se necessário, poderão compor um grupo de resultados em separado, pelo maior comprometimento articular que apresentam, o que pode acarretar maiores limitações funcionais nas atividades da vida diária,
- Ser a primeira artroplastia de quadril realizada,
- Possuir pelo menos a terceira série do ensino fundamental, a fim de facilitar a leitura e o preenchimento do questionário de avaliação da qualidade de vida.

Critérios de exclusão da amostra:

- Recusa por parte do paciente em participar,
- Presença de sintomas neurológicos,
- Distúrbios psiquiátricos associados,
- Dificuldade de compreender ou falar (em razão de questionários e entrevistas na coleta de dados).
- Artroplastia realizada por causa de tumor,
- Pacientes que se submetem a artroplastia de revisão ou a cirurgia pela segunda vez, por causa de comprometimento bilateral.

Dos pacientes convidados a fazer parte da pesquisa, somente um se recusou, dizendo não estar interessado em participar. Foram avaliados 19 pacientes durante a internação para realizar a artroplastia total do quadril. Um paciente foi eliminado do estudo após a primeira entrevista pela dificuldade de compreensão da língua portuguesa, e um não completou a segunda avaliação. Vários contatos foram realizados; mas o mesmo não compareceu para a avaliação de três meses com a pesquisadora. O seu comprometimento era bilateral e foi submetido à artroplastia do quadril bilateralmente. Participaram, portanto, 17 pacientes.

Todos os pacientes realizaram a artroplastia do quadril com prótese do tipo Exeter. Receberam prótese no quadril direito 53%; no esquerdo, 47%. Quatro apresentavam indicação para realizar o procedimento bilateralmente. A identificação e a caracterização dos pacientes encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização da amostra

Características	N	%
Idade (média de 56 anos/ DP 10,4)		
De 35-55 anos	8	47
De 56-75 anos	9	53
Sexo		
Feminino	9	53
Masculino	8	47
Estado civil		
Casados	8	47
Solteiros	4	23,5
viúvos	4	23,5
separados	1	6,0
Ocupação		
Aposentado	10	58,8
Do lar	2	11,8
Cozinheiro	1	5,9
Afastado	3	17,7
Pensionista	1	5,9
Escolaridade		
EFI	7	41,2
EMC	10	58,8
Diagnóstico		
Osteoartrose	10	58,8
Necrose avascular	4	23,5
Pós-fratura	2	11,8
Artrite reumatóide	1	5,9
Tipo de prótese		
Exeter	17	100
Lateralidade		
Direito	9	53
Esquerdo	8	47

Legenda - EFI: ensino fundamental incompleto; EMC: ensino médio completo.

3.3 Local

A presente pesquisa foi realizada na unidade Centro de Brasília, que é uma das oito unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. As demais unidades estão localizadas em Belo Horizonte, Fortaleza, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, Macapá e Brasília, além da unidade Sarah- Lago Norte (Fonte: www.sarah.br).

A Rede é especializada no atendimento e na reabilitação de pacientes, em várias faixas etárias, com diversas patologias relacionadas ao aparelho locomotor, como paralisia cerebral, mielomeningocele, artrogripose, síndromes genéticas, lesão medular, lesão cerebral, doenças ortopédicas e tumores ósseos (Fonte: www.sarah.br).

Na instituição, o atendimento inicia-se sempre com uma consulta de admissão com o médico. Após o diagnóstico, e quando for o caso, o paciente é encaminhado ao programa de reabilitação mais adequado.

Os hospitais da Rede Sarah possuem diversos programas de atendimento aos pacientes. Essa divisão por programas pressupõe maior capacitação e treinamento dos profissionais para lidar com as particularidades de cada patologia. Vale ressaltar que ocorre rotineiramente o intercâmbio de informações entre os diversos profissionais que participam dos diferentes programas (Queiroz, 2003). A pesquisa realizada está vinculada ao Programa de Ortopedia Adulto.

Muitas vezes, o atendimento inicial aos pacientes que apresentam as patologias em quadril, consiste em orientação quanto a cuidados de proteção da articulação, a treino de marcha com o auxílio-locomção mais adequado à necessidade do paciente, a exercícios para fortalecimento da musculatura de membros inferiores, o encaminhamento a nutricionista para orientação e controle do peso, se for o caso (Fonte: Rotinas de atendimento do setor).

Com o objetivo de tornar o paciente independente nas suas atividades cotidianas, realiza-se um treinamento para as atividades diárias, principalmente o autocuidado. Caso apresente limitações ou dificuldades pode ser necessário o uso de equipamentos que lhe são doados e que facilitam a sua higienização e a troca de vestuário (Anexo 1).

O paciente não precisa ficar internado para tomar parte nesse programa, cujo objetivo principal é capacitá-lo a dar seqüência à terapia em domicílio, seguindo as orientações recebidas.

Em alguns casos, na consulta inicial com o cirurgião, pode-se indicar o procedimento cirúrgico para a reconstrução do quadril comprometido, em função da dor persistente e da limitação funcional que o paciente apresenta. Nessa ocasião, o paciente também é orientado em relação ao procedimento cirúrgico proposto e ao programa de reabilitação no pós-operatório.

A internação acontece no 3º andar, onde funciona o Programa de Ortopedia Adulto da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Centro de Brasília. O andar é dividido em duas alas: a ala A é masculina e tem capacidade para 31 leitos; e a B, feminina e conta com 27 leitos. Dispõe também o andar de seis apartamentos (Fonte: Centro Nacional Controle de Qualidade- BSB).

Nesse andar, internam-se pacientes para: a) tratamento de patologias ortopédicas, b) tratamento conservador e cirúrgico de fraturas e lombalgia, c) tratamento cirúrgico de

patologias na coluna, d) investigação diagnóstica, e) submissão a procedimentos cirúrgicos ortopédicos diversos, dentre os quais a artroplastia de quadril.

A internação ocorre um dia antes do programado para o procedimento cirúrgico e neste momento os pacientes são avaliados e reorientados quanto a cirurgia e também quanto ao programa de reabilitação. Após a cirurgia, permanecem internados por 12 dias e recebem alta somente depois da retirada dos pontos cirúrgicos e estando independentes funcionalmente para marcha e atividades de vida diária (Fonte: Rotinas de atendimento do setor).

3.4 Instrumentos

Utilizaram-se um instrumento de avaliação da qualidade de vida *Medical Outcomes Study, 36-item Short-form Health Survey (SF-36)*, adaptado e validado para a população brasileira por Ciconelli e cols. (1999) (ver Anexo 2), e um roteiro de entrevista semi-estruturada para o pré-operatório e outro a ser aplicado no pós-operatório (ver Anexo 5). Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora para todos os pacientes.

Foi necessária a leitura do formulário de avaliação da qualidade de vida para quatro pacientes por encontrarem-se restritos ao leito, e por apresentarem alguma dificuldade de compreensão dos termos do formulário, apesar de preencherem os critérios de inclusão para a amostra e do SF-36 ser auto-explicativo. Para os demais, não houve dificuldade quanto à leitura e à interpretação dos termos utilizados, mas o entrevistador manteve-se presente a fim de solucionar possíveis dúvidas.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise da pesquisadora. Em Anexo 6 apresentamos uma entrevista relativa ao pré-operatório e outra relacionada ao pós-operatório.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação com parecer favorável (Anexo 3). Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) após serem informados quanto aos objetivos do trabalho.

Antes da realização do projeto piloto, aplicaram-se os instrumentos de avaliação em profissionais da área, com fins de treinamento, apreciação e adequação dos termos da entrevista. O desenvolvimento do projeto piloto foi realizado no mês de dezembro de 2004, quando quatro pacientes foram entrevistados com o roteiro de entrevista semi-estruturada e preencheram o formulário de avaliação de qualidade de vida, SF-36. Após discussão e revisão

de alguns itens a fim de torná-los mais claros e coerentes com os nossos objetivos, iniciamos a aplicação dos instrumentos de dezembro de 2004 a setembro de 2005.

A avaliação inicial foi realizada no pré-operatório com o paciente internado, aproximadamente um ou dois dias antes do procedimento cirúrgico proposto. Após o procedimento cirúrgico, os pacientes participantes da pesquisa mantiveram o mesmo programa de reabilitação dos demais que por acaso não participaram. Os profissionais que compõem a equipe, não tinham conhecimento de quais pacientes participavam da pesquisa. A segunda avaliação foi realizada a nível ambulatorial, no terceiro mês do pós-operatório. Essa ocasião coincide com o retorno do paciente ao hospital para revisão com o cirurgião responsável. Dados relacionados à idade, a sexo, à escolaridade e às características da patologia foram coletados a partir do prontuário eletrônico do paciente, mantendo-se o sigilo dessas informações.

Iniciamos a coleta de dados pelo roteiro de entrevista, uma vez que o questionário de avaliação da qualidade de vida apresentava algumas questões que poderiam influenciar as respostas dos participantes. O tempo gasto na aplicação dos instrumentos variou de 60 a 90 minutos. O questionário foi respondido, na sala de reunião do andar correspondente, num ambiente silencioso e com privacidade para que o paciente se expressasse à vontade. Após alta hospitalar, o questionário foi respondido no ginásio de fisioterapia, respeitando-se o silêncio e a privacidade.

3.6 Procedimentos para Análise dos Dados

Para o SF-36, foi utilizado o pacote SPSS 11.5 para Windows. Pelo tamanho da amostra, os testes estatísticos não-paramétricos foram os escolhidos. O teste de Wilcoxon foi utilizado para a comparação entre os pares (pré e pós-operatório) com valor de significância de $p < 0,05$; e o teste de Mann-Whitney, para as associações entre as variáveis sexo, idade, escolaridade com os domínios do SF-36. A fim de comparar-se os escores do SF-36, no pré e pós-operatório, foram gerados dois escores médios globais - um para o pré, e outro para o pós-operatório⁶. Esse valor foi obtido pela média aritmética dos domínios que compõem esse instrumento.

Para a análise de conteúdo das entrevistas, foram realizadas no mínimo cinco leituras para cada entrevista de pré e de pós-operatório. Tanto o critério indutivo quanto o dedutivo foram utilizados. As categorias temáticas foram geradas a partir dos relatos dos pacientes, de

⁶ Para a produção deste escore contamos com a consultoria de um estatístico do CNCQ.

acordo com a literatura pesquisada e com a experiência prática dos pesquisadores (ver Anexos 8 e 9). Exemplo: A categoria *marcha* no pós-operatório apresenta os seguintes itens: com insegurança, com auxílio-locomção, com independência e com restrição na capacidade de marcha.

CAPÍTULO IV

Resultados

Neste capítulo, os resultados da pesquisa serão relatados. Iniciaremos pelos resultados da avaliação de qualidade de vida pelo SF-36, em que descreveremos cada domínio em separado, por suas médias e também por um escore global. A seguir, apresentaremos a análise de conteúdo das entrevistas de pré e pós-operatório, por categorias de maior para menor ocorrências.

4.1 Resultados Obtidos a Partir do SF-36

Na análise inicial, serão apresentados os dados comparativos entre os diferentes domínios desse instrumento no pré e no pós-operatório⁷.

A dor, que representava uma queixa significativa dos pacientes, apresentou uma média de 20,8 (*DP*= 19,2) no pré-operatório; e, no pós-operatório, de 79,5 (*DP* = 17,9). Dois pacientes (P16 e P17) avaliaram a dor com escore zero no pré-operatório, indicativo uma dor grave que interfere nas atividades diárias e também no trabalho.

Após o procedimento cirúrgico, houve melhora do quadro algico, que pode ser demonstrada por escores mais altos, inclusive na média, para todos os pacientes (ver Gráfico I), comprovando que um dos objetivos da cirurgia foi alcançado. Somente um paciente (P13) pontuou com escore superior a 50 no pré-operatório, e esse mesmo paciente mostrou-se, na avaliação final, insatisfeito com os resultados obtidos com o procedimento cirúrgico. No pós-operatório, seis pacientes (P1, P2, P4, P12, P13 e P17) pontuaram com escore máximo, reflexo da diminuição da dor. Vale ressaltar que, por ser esse instrumento genérico, outra dor não relacionada à doença no quadril pode interferir nessa avaliação (ver Gráfico I).

⁷ Considera-se que o paciente produz o conhecimento para as entrevistas, portanto tem um papel de participante. Mas para assegurar fluidez na leitura do texto, adotaremos ambos os termos, paciente e participante, na apresentação dos resultados e da discussão.

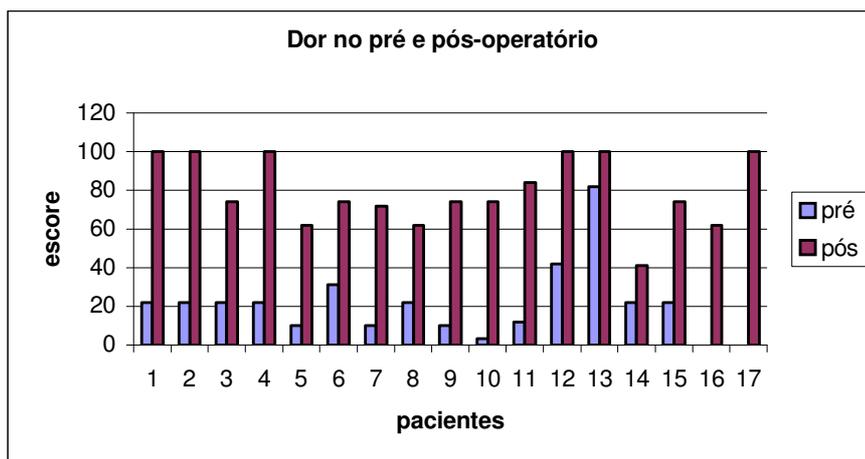


Gráfico I - Escores de avaliação da dor pelo SF-36 no pré e pós-operatório.
Nota - os valores não representados no gráfico têm escores zero.

Os aspectos emocionais (ver Gráfico II) são avaliados de forma indireta, ou seja, relacionados com a quantidade de tarefas realizadas ou com o tempo gasto para realizá-las; e, dessa forma, também apresentaram valores baixos na avaliação dos pacientes. Mas observa-se modificação nos valores absolutos, com média no pré-operatório de 21,5 ($DP= 37,1$) e no pós-operatório de 70,5 ($DP= 38,8$).

Dois pacientes (P13 e P17) declararam piora do seu estado emocional no pós-operatório, sendo que o primeiro paciente, com base na entrevista realizada, deixa clara a sua insatisfação com os objetivos alcançados até aquele momento, pois tinha expectativa alta em relação ao procedimento cirúrgico. Os demais obtiveram melhora ou mantiveram a avaliação inicial.

Um paciente (P15) com comprometimento bilateral, cujo estado emocional não se modificou, manteve um escore zero no pré e no pós-operatório. Como o SF-36 é um instrumento de avaliação global, ao que parece, foi possível captar a dificuldade remanescente em função do comprometimento do quadril contralateral. Porém, é necessário lembrar que outros fatores, que não a condição do quadril, podem interferir.

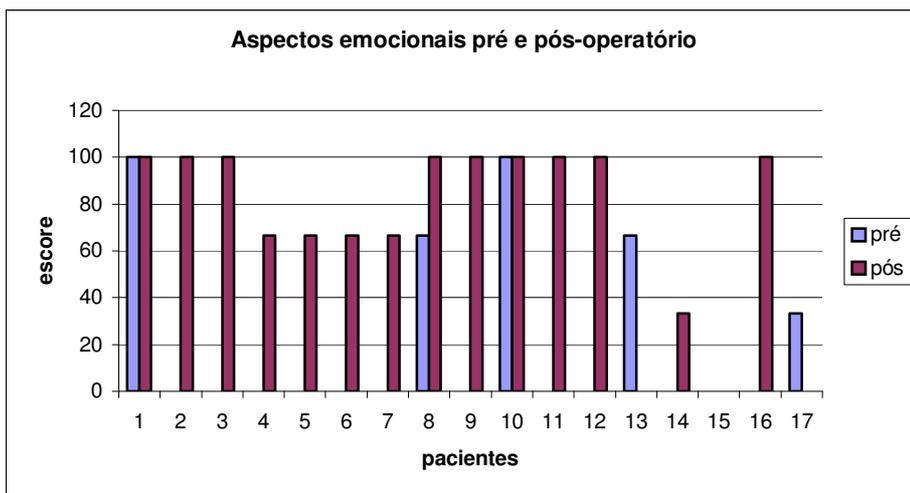


Gráfico II - Escores de avaliação do SF-36 quanto aos aspectos emocionais no pré e pós-operatório.

Nota - Os valores não representados no gráfico têm escore zero.

O aspecto físico (ver Gráfico III), avaliado pela capacidade de realização de trabalho ou de atividades rotineiras, foi o item com menor média para a avaliação de pré-operatório 8,8 ($DP= 21,5$) e de pós-operatório com 36,7 ($DP= 39,6$), dentre todos os domínios, o que também não evidencia altos escores quando comparados com os demais.

Somente três pacientes (P3, P10 e P13) não avaliaram como zero este domínio no pré-operatório. Os dois primeiros, no entanto, apresentavam comprometimento bilateral.

Na avaliação de pós-operatório, os aspectos físicos aferidos por cinco pacientes (P8, P11, P14, P15 e P17) foram similares aos do pré-operatório, com escore zero, ou seja, esses pacientes não apresentaram melhora na capacidade de realizar trabalho apesar do procedimento cirúrgico. E dois pacientes - (P13) insatisfeito com os resultados obtidos até aquele momento e P3 com comprometimento bilateral - avaliaram como pior o seu aspecto físico no pós-operatório.

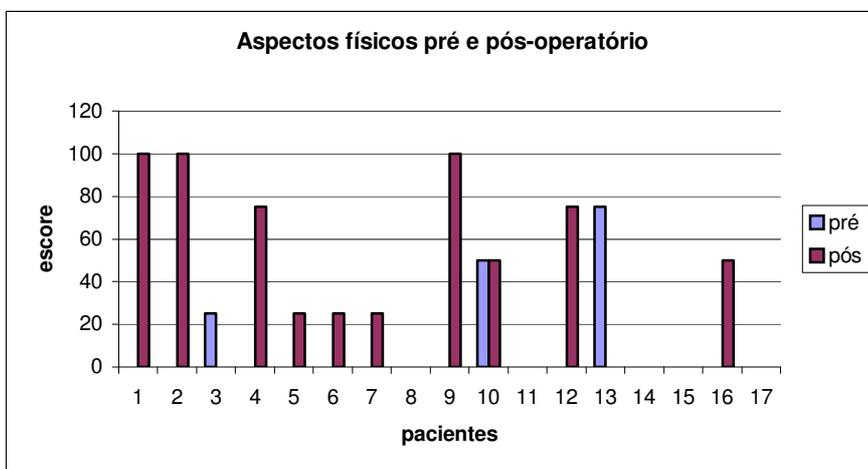


Gráfico III - Escores da avaliação do aspecto físico pelo SF-36 no pré e pós-operatório. Nota: Os valores não representados têm escore zero.

A capacidade funcional, que é a avaliação das atividades funcionais realizadas pelos pacientes no dia-a-dia e da capacidade de marcha, apresentou a segunda média mais baixa, logo abaixo do domínio aspecto físico. Esse decréscimo da capacidade funcional implica dificuldade para desempenhar atividades em razão da dor e da limitação imposta pela patologia no quadril. A média na primeira avaliação foi de 13,2 ($DP= 8,4$); e, na segunda, de 57,6 ($DP= 20,7$). No Gráfico IV, observa-se que todos os pacientes apresentaram melhora no escore, na comparação entre os dados do pré e do pós-operatório. Somente dois (P14 e P16) estimaram como zero a capacidade funcional inicial.

Ao comparar a capacidade funcional com o aspecto físico, o paciente leva em conta o desenvolvimento de alternativas e de posturas compensatórias que o possibilitam realizar a atividade, mantendo-o limitado, mas não incapaz para executar a tarefa, o que explica a baixa ocorrência de escores zeros para esse domínio.

No pós-operatório, o maior escore obtido foi 95; uma vez que nenhum paciente pontuou com valor máximo. Em nenhum outro domínio, esse fato foi observado. Mesmo três meses decorridos da cirurgia, o domínio capacidade funcional avaliado pelos pacientes, não alcançou pontuação máxima, permanecendo um resíduo para alcançar-se a capacidade funcional plena.

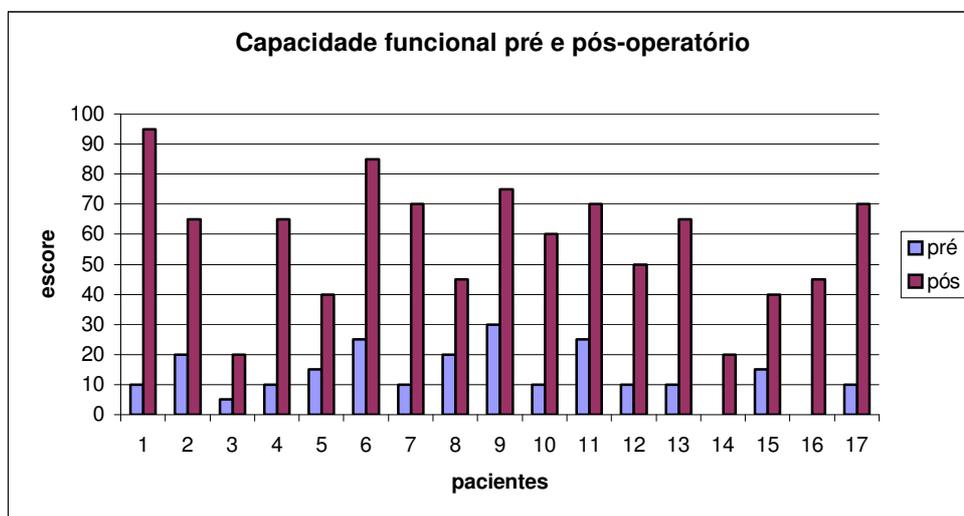


Gráfico IV - Escores da avaliação da capacidade funcional pelo SF-36 no pré e pós-operatório.

As atividades sociais também se mostraram restritas no pré-operatório, com média de 40,4 ($DP= 23,3$). No entanto, observou-se melhora nas relações sociais dos pacientes com amigos e com parentes após o procedimento cirúrgico, com média de 76,7 ($DP= 23,3$). Somente um paciente (P13) avaliou os aspectos sociais inicialmente como zero ; e, no pós-

operatório, manteve uma avaliação baixa quando comparada com a dos demais pacientes. Conforme mostra a avaliação qualitativa, esse paciente tinha grande expectativa de realizar atividades físicas vigorosas e de participar em grupos na sua cidade; contudo, a doença no quadril limitou-o para o exercício dessas atividades e circunscreveu-o ao ambiente domiciliar (ver Gráfico V).

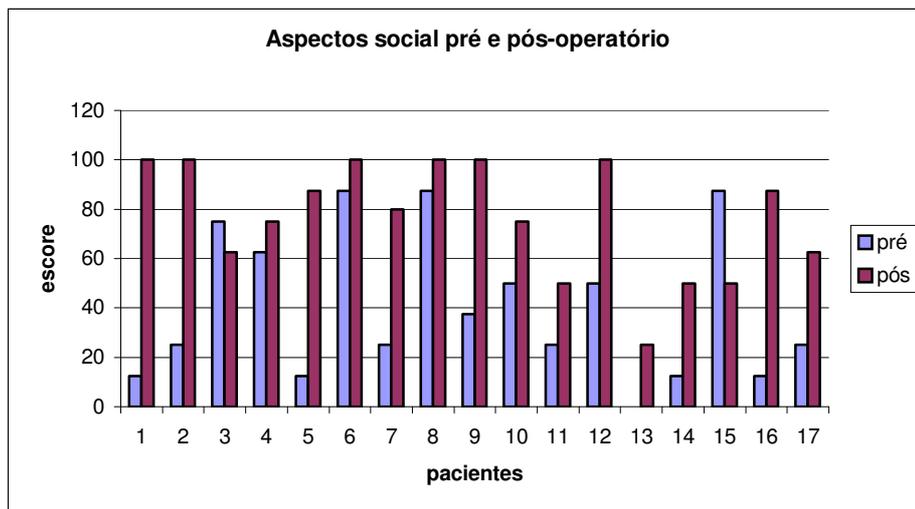


Gráfico V - Escore de avaliação do aspecto social pelo SF-36 no pré e pós-operatório.

A saúde mental, avaliada por meio de perguntas que medem o grau de nervosismo, depressão ou felicidade do paciente, apresentou média de 59,7 ($DP= 25,3$) para a avaliação pré-operatória e de 81,2 ($DP= 17,7$) para a pós-operatória (ver Gráfico VI).

Esse domínio apresenta a segunda média mais alta na avaliação dos pacientes. Dos 17 pacientes, três (P6, P10 e P11) consideraram pior sua saúde mental após a cirurgia; e três (P8, P15 e P17) mantiveram o mesmo julgamento nas duas avaliações. O P14 apresentou o menor escore dentre os demais, o que é coerente com a avaliação qualitativa, pois esse paciente apresenta uma série de questionamentos em relação à doença no quadril, manifestando em vários momentos o desejo de “conversar” com a psicóloga.

A contagem para esse item é feita em pequenos intervalos temporais, como: em alguma parte do tempo ou em uma pequena parte do tempo, o que pode contribuir para pequenas alterações de valores e para diferenças entre pré e pós-operatório. Dado o caráter das questões, acreditamos também ser um item de difícil avaliação para o paciente.

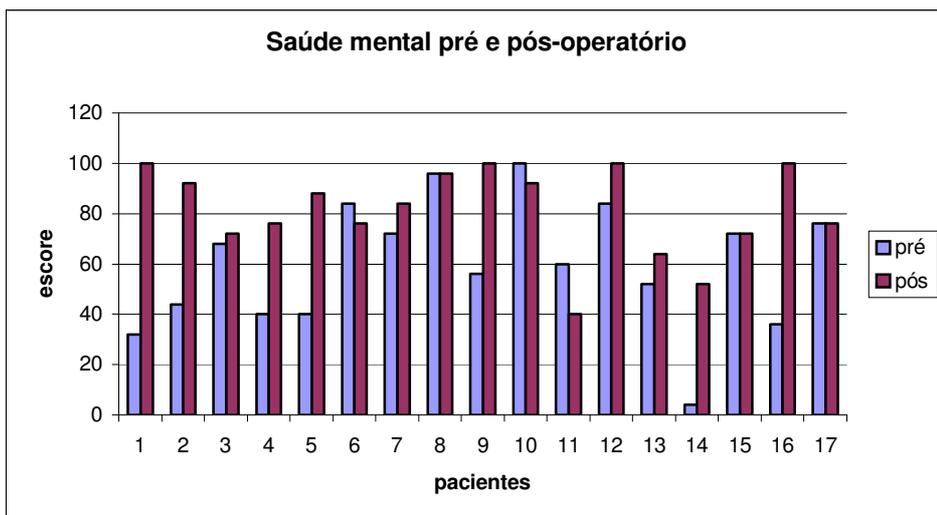


Gráfico VI - Escore de avaliação da saúde mental pelo SF-36 no pré e pós-operatório.

A maior média apresentada pelos pacientes refere-se ao estado geral de saúde, no pré-operatório de 71,4 ($DP= 20,6$) e no pós-operatório de 86,4 ($DP= 15,4$). De forma geral, eles avaliaram muito bem esse item, formado por quesitos que procuram medir a percepção do paciente quanto a sua saúde e ao grau de confiança ou de descrença na sua melhora.

Dois pacientes (P6 e P13) manifestaram piora nesse domínio ao se comparar as duas avaliações. Observa-se, em ambos os casos, que eles mostraram-se mais prudentes ao responderem os quesitos referentes à percepção de melhora na avaliação final; ou, durante a avaliação pré-operatória, acreditaram, de modo mais enfático, na melhora da sua saúde depois da cirurgia proposta (ver Gráfico VII).

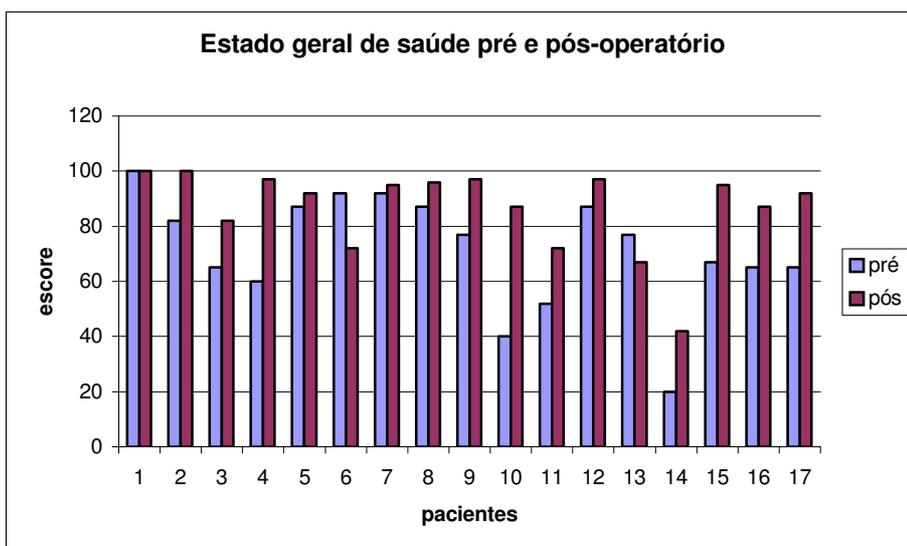


Gráfico VII - Escore de avaliação do estado geral de saúde pelo SF-36 no pré e pós-operatório.

No domínio vitalidade, que busca medir a energia, o vigor e o cansaço do paciente, a média na avaliação inicial foi de 49,1 ($DP= 29,0$); e, na final, de 76,4 ($DP= 17,4$). Na comparação entre as avaliações, somente um paciente (P10) apresentou escore menor no pós-operatório; e três (P6, P8 e P15) mantiveram os valores do pré-operatório.

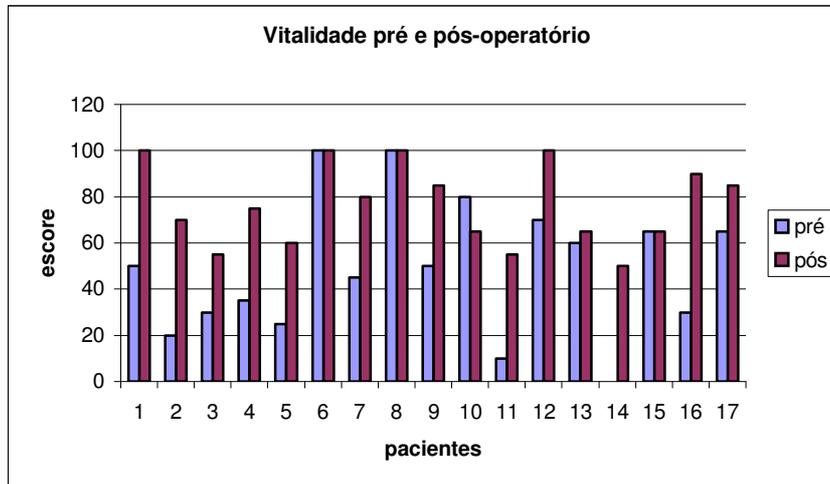


Gráfico VIII - Escore de avaliação da vitalidade pelo SF-36 no pré e pós-operatório.

4.1.1 Comparação por médias

Na comparação pelas médias aritméticas de cada domínio, observamos que a dor, os aspectos emocionais e a capacidade funcional, nessa ordem, foram os que apresentaram as maiores variações na comparação do pré-operatório com o pós-operatório. Por outro lado, o estado geral e a saúde mental apresentaram as menores taxas de oscilação ao se cotejar os dados do pré com o pós-operatório (ver Gráfico IX).

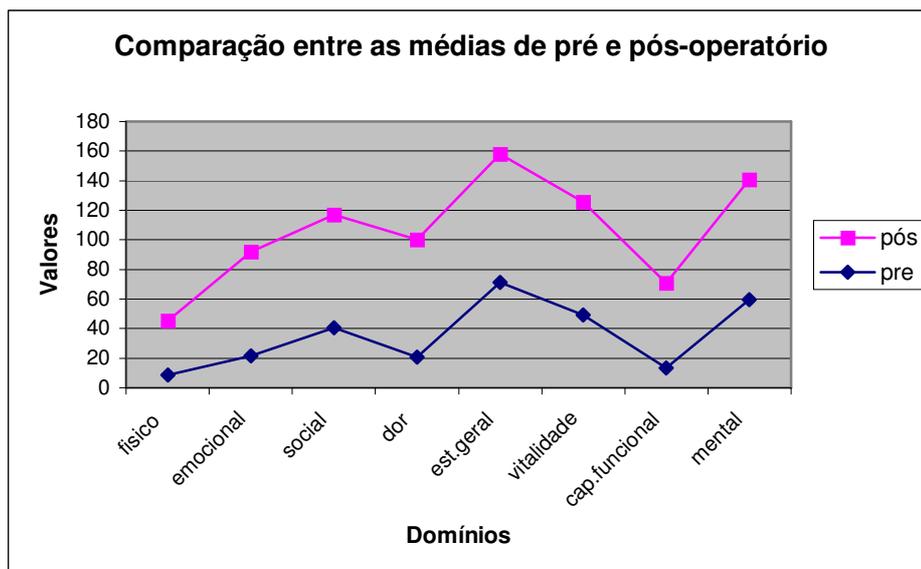


Gráfico IX - Comparação entre as médias dos domínios do SF-36 no pré e pós-operatório.

Apesar do SF-36 propor uma pontuação somente por domínios (ver Capítulo II), estamos propondo um escore de avaliação global para o pré e outro para o pós-operatório⁸. É uma ferramenta que pode nos ser útil para comparar a percepção global do paciente quanto a sua qualidade de vida nestas duas avaliações.

Analisando-se o escore médio global das duas avaliações, observa-se que há uma semelhança na percepção do paciente quanto a sua qualidade de vida nas duas avaliações realizadas, ou seja, há similaridades no comportamento dos pacientes, todavia existe uma diferença significativa entre o escore global de pré e o do pós-operatório (ver Gráfico X).

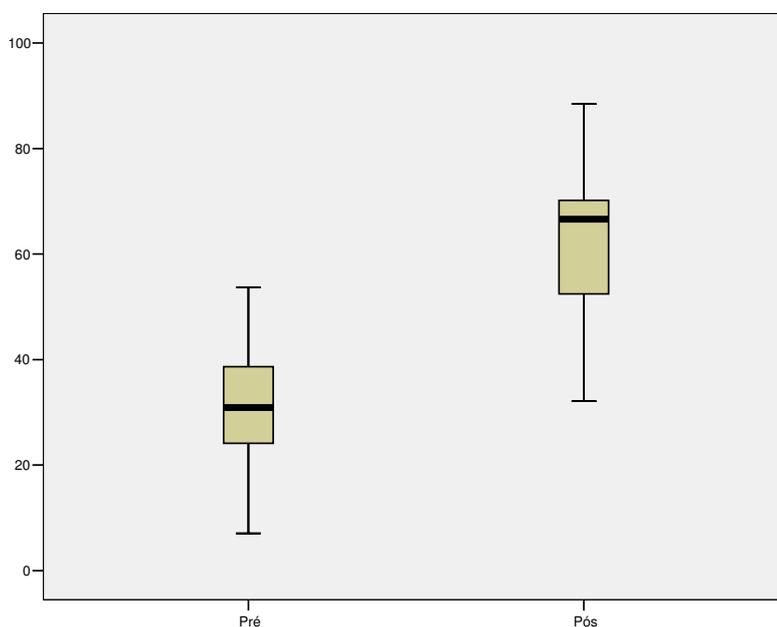


Gráfico X - Box Plott com a comparação entre os escores obtidos pela média aritmética de pré e pós-operatório dos domínios do SF-36.

Na comparação dos escores dos domínios do SF-36 no pré-operatório com o pós-operatório, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre todos os domínios desse instrumento com $p < 0,05$ (aspecto emocional $p = 0,001$; aspecto físico $p = 0,034$; aspecto social $p = 0,002$; capacidade funcional $p = 0,000$; dor $p = 0,000$; estado geral $p = 0,003$; vitalidade $p = 0,000$; saúde mental $p = 0,008$).

Variáveis como gênero, idade, escolaridade foram comparadas com os domínios do SF-36, tanto no pré quanto no pós-operatório. Tanto para o gênero quanto para o grau de instrução, não foram encontradas diferenças estatísticas nos escores ($p > 0,05$). Em relação à idade, os pacientes na faixa etária de 56 a 75 anos ($n = 9$) apresentaram melhor escore na

⁸ Para as análises estatísticas dessa pesquisa, contamos com a assessoria de um técnico do CNCQ, cuja consultoria foi fundamental para se gerar esse escore global.

capacidade funcional no pós-operatório, quando comparados com os pacientes mais jovens, na faixa de 35 a 55 anos de idade ($p= 0,036$). Na capacidade funcional no pré-operatório e nos demais domínios, não observamos diferenças ($p>0,05$).

Portanto, pode-se concluir que, a partir da análise da avaliação pelo SF-36, a artroplastia de quadril é eficaz para aliviar a dor e para melhorar a função, que são as indicações primárias para essa cirurgia. Os aspectos emocionais e sociais também se modificam, com melhora neste aspecto. Por outro lado, os domínios vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde, pouco se alteram. No escore médio global do SF-36, nota-se, na segunda avaliação, em comparação com a primeira, que os pacientes sentem melhora significativa depois da cirurgia.

4.2 Resultados Obtidos Pelas Entrevistas

A seguir, iniciamos a apresentação dos resultados pela análise das entrevistas realizadas. Porém, gostaríamos de esclarecer que os gráficos mostrados na análise de conteúdo das entrevistas, por meio do sistema de categorização, foram gerados em alguns momentos sem computar todos os itens daquela categoria. Somente os itens de maior ocorrência foram expostos a fim de obtermos maior clareza visual. Em outras situações, exibimos um escore global de todos os itens da categoria (mediante somatória simples) para melhor conhecermos as características daquele aspecto avaliado. As categorias e os itens estão em Anexo 9 para o pré-operatório e Anexo 10 para o pós-operatório.

No Anexo 6, encontram-se as características dos pacientes resumidas e no Anexo 7, há uma entrevista de pré e uma de pós-operatório com um dos participantes da pesquisa.

4.2.1 Análise da entrevista na etapa pré-operatória

A *dor*, única categoria de ocorrência unânime entre os pacientes, foi o item de maior frequência ($n= 66$). Quanto a sua intensidade, foi caracterizada, nas entrevistas, como limitante e incapacitante, evidenciando sua interferência significativa na capacidade do paciente realizar as atividades laborativas do dia-a-dia e de autocuidado.

“...Porque a dor é intensa, a gente não tem posição, se senta não agüenta ficar muito tempo, em pé nem se fala, deitar eu não consigo...” (P4).

Dentre os pacientes com a queixa de dor, o paciente (P9) foi um dos que relataram também a maior limitação funcional ($n= 29$) em função da doença, o que é confirmado na

literatura, uma vez que as queixas mais frequentes são dor e limitação funcional. Observamos também, nas entrevistas, pacientes (P1, P5, P11, P13 e P14) com baixa percepção de dor.

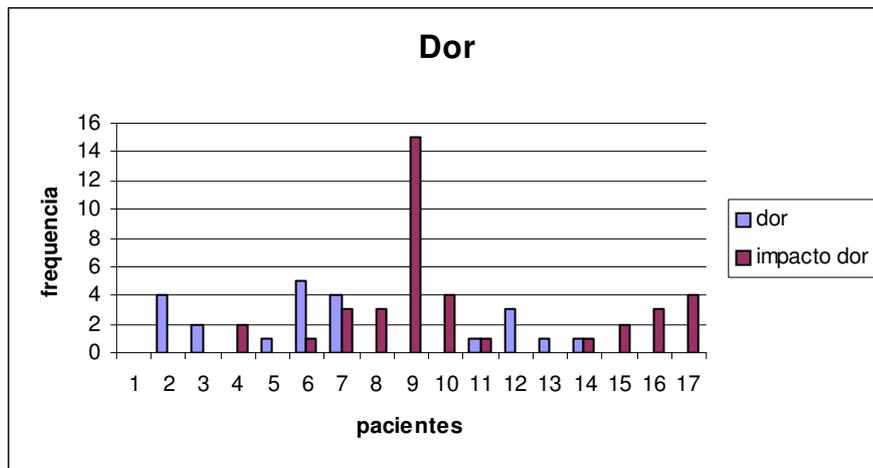


Gráfico XI - Frequência de ocorrência para a categoria dor na entrevista pré-operatória.

A segunda maior frequência de ocorrências nas categorias pertence a *limitação funcional* (ver Gráfico XII) para atividades decorrente de patologia no quadril. Essa limitação repercute na vida diária do paciente, nos cuidados com a casa, na preparação das refeições, no vestir-se, na realização da higiene pessoal, na condução de veículos e no caminhar. O paciente (P13) apresentou a menor frequência para essa categoria, assim como para a dor, enquanto que os pacientes (P5, P9 e P10) tiveram as maiores ocorrências.

“Quando eu ia a alguma festa não podia dançar, você não consegue carregar nada, você não consegue fazer nada. A gente fica muito limitado” (P10).

Dentro dessa categoria, a principal dificuldade relatada pelos participantes foi realizar marcha (n = 60 ocorrências). Os relatos variaram de limitação da sua capacidade a aumento do esforço para percorrer pequenas distâncias e a dor.

Dos pacientes que apresentaram maior ocorrência no item dificuldade para a marcha, (P6 e P10) eram os que estavam limitados para a prática regular de caminhada e para o desenvolvimento de sua atividade laborativa (n= 9 ocorrências).

A limitação para as atividades cotidianas (cuidados com a casa e execução das tarefas diárias) aparece a seguir, com 49 ocorrências, o que reforça o caráter limitante dessa patologia.

Em função da dor e da limitação resultante, o paciente evoluiu para a dependência de outros, com uma frequência alta de relatos (n= 48). Os pacientes (P5, P9 e P14) foram os que

tiveram maior frequência de relatos. Por outro lado, quatro (P7, P11, P13 e P17) não informaram sobre esse item.

Muitas vezes os pacientes modificam a forma de realizar as atividades, substituem uma peça do vestuário (ou a deixam de utilizar) e lançam mão dos equipamentos doados a fim de manterem a independência. Esses mecanismos de compensação e modificação é o que muitas vezes diferencia um paciente do outro, entre ser ou não independente. A limitação funcional para o vestuário foi a de ocorrência mais frequente (n= 38).

“...eu não usava meias há oito anos, pois eu não conseguia calçar e, como não gosto muito de estar pedindo aos outros para estar me ajudando. Mesmo porque às vezes as pessoas podem estar ocupadas, aí passei a usar chinelos...” (P1).

“Não mais usei sapato de amarrar, pois não consigo. Não corto as unhas dos pés e não pinto, coisa que antes eu fazia, agora eu peço para uma moça fazer....” (P9).

Ainda dentro da categoria limitação funcional, um outro item que chama a atenção é a dificuldade para subir e descer escadas, abaixar-se e pegar peso, causas que mais limitavam os participantes nas suas atividades cotidianas (n= 41 ocorrências) e de trabalho. Somente dois pacientes (P1 e P17) não relataram essa dificuldade; com outros dois (P9 e P10), porém, houve grande ocorrência. Esses pacientes, contudo, mantinham a atividade laborativa na data da entrevista. A menor ocorrência foi da limitação para dirigir, porque nem todos possuem carro.

“Há três meses, deixei de fazer limpeza, pois eu acho difícil, pelo fato de ter que abaixar, levantar. Pois quando vou abaixar dói muito” (P9).

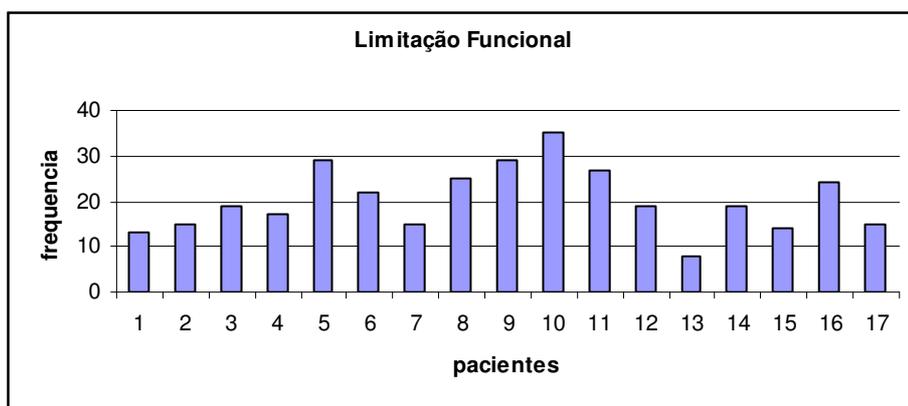


Gráfico XII - Frequência de ocorrência para a categoria limitação funcional na entrevista pré-operatória.

Nota - Os itens desta categoria não aparecem no gráfico, que apresenta uma somatória global

As atividades de lazer e esporte encontravam-se também limitadas (n= 14 e 16, respectivamente). Todos esses fatores juntos contribuíram para diminuir a participação nas atividades sociais (n= 50) e religiosas (n= 11) e, conseqüentemente, interferem nas relações interpessoais com amigos (n= 21 ocorrências).

No que se refere as atividades sociais e religiosas, dentre os pacientes avaliados, somente o P10 e o P11 referiram o aumento na freqüência para esta categoria, (P10 para as atividades sociais e P11 para as religiosas) após o comprometimento em quadril; e o P6 e o P8 não referiram modificações no relacionamento interpessoal. Observa-se que eram pacientes que tinham uma vida basicamente direcionada à família, o que pode explicar esses achados.

Para facilitar a visualização do Gráfico XIII, só aparecem valores relativos à diminuição do relacionamento interpessoal e das atividades sociais, pois somente o paciente referido no texto apresentou um aumento nessa categoria. O P8 não aparece porque não relatou modificações em nenhum aspecto.

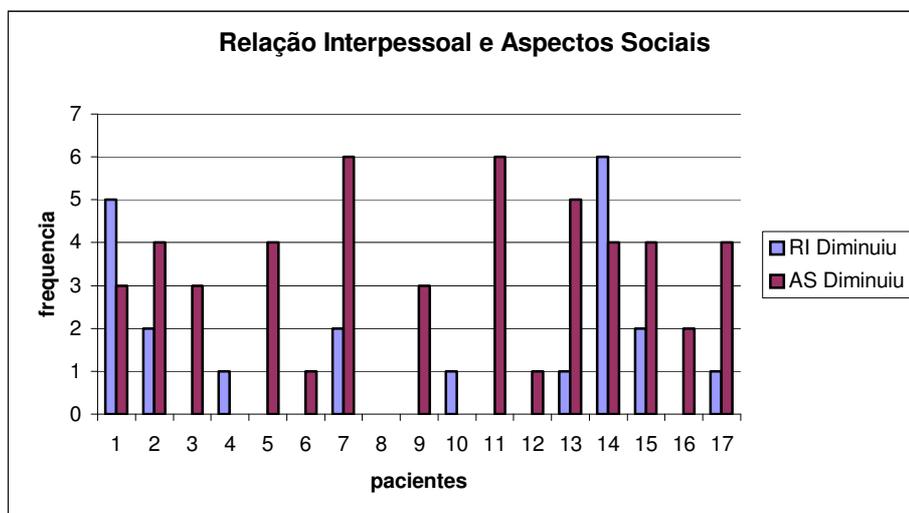


Gráfico XIII - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos sociais na entrevista pré-operatória.
 Legenda: RI - Relação Interpessoal e AS - Aspectos Sociais.

Nos aspectos familiares, havia, nos relatos, uma tendência maior de mencionar sentimentos e emoções expressos pelos familiares em função da patologia apresentada pelo paciente (16), sendo significativo o relato do P2, que tem um filho adolescente.

“O filho da gente fica mais melindroso, tem um cuidado em especial comigo...agente nota que ele se preocupa. O marido também fica mais cauteloso...” (P2).

“...a gente conversa, mas elas (as filhas) choram muito, ficam muito tristes em me ver assim, então o diálogo é bem menor” (P3).

Notou-se, também, que ocorreu uma diminuição nas relações interpessoais no núcleo familiar (n= 12), para seis pacientes (P2, P3, P4, P9, P10 e P14), em função das limitações impostas pela doença, embora três participantes (P1, P8 e P11) tenham relatado melhora na relação familiar, e oito não observaram modificações no que se refere socialização em família (ver Gráfico XIV).

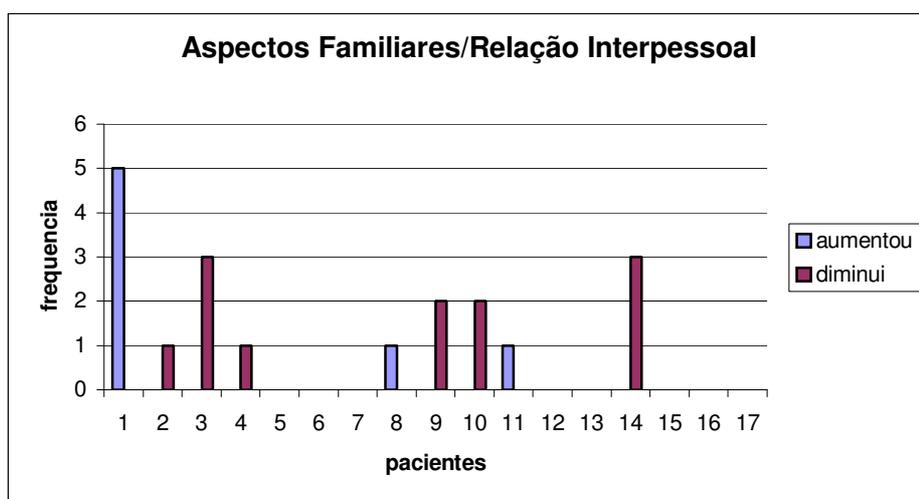


Gráfico XIV - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos familiares na entrevista pré-operatória.

Nota- Os valores zero não estão representados

No Gráfico XV, aparece a categoria *suporte social*. Um aspecto que merece destaque, foi o aumento do suporte familiar ao paciente, tanto na forma instrumental, como emocional, com 28 e 22 ocorrências, respectivamente.

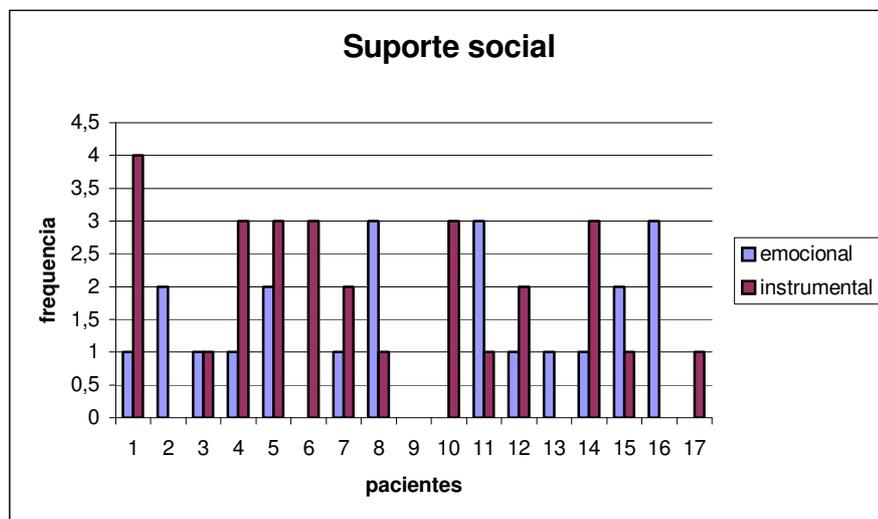


Gráfico XV- Frequência de ocorrência para a categoria suporte social na entrevista pré-operatória

Dentre os participantes, oito referiram que o que mais os incomodava era a *dor*; um (P13) disse ser a *limitação física*; outro (P5) relatou que ser a questão estética de claudicar durante a marcha; e sete declararam não saber distinguir, entre os dois, o que era mais incomodativo, dentro da categoria sofrimento (ver Gráfico XVI).

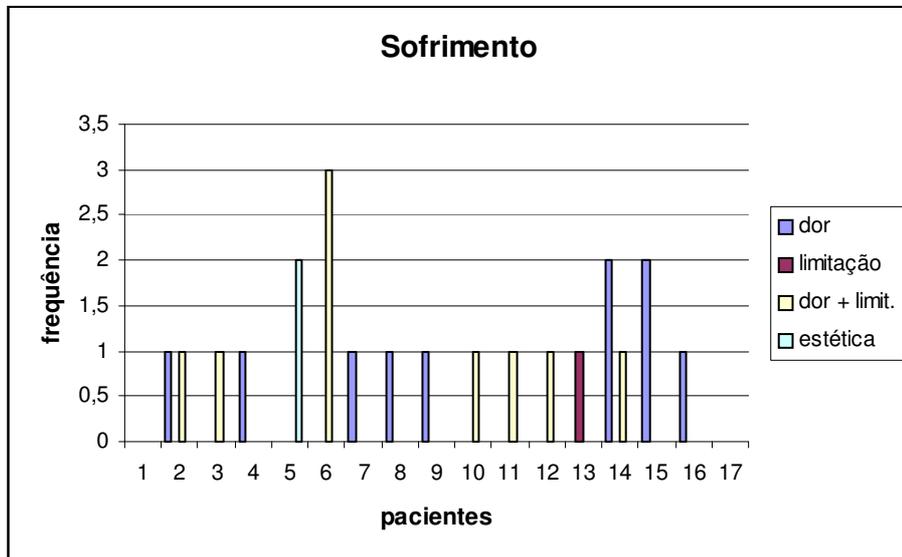


Gráfico XVI - Frequência de ocorrência para a categoria sofrimento na entrevista pré-operatória.

Quanto ao *relacionamento com o parceiro*, houve relatos de melhora no relacionamento afetivo para três pacientes (P7, P11 e P13) com somente uma ocorrência de piora desta relação relatada por P3, culminada com a separação do casal, mas não em consequência da cirurgia. Os demais não informaram sobre esse aspecto.

No que diz respeito ao relacionamento sexual, os pacientes (P1, P2, P7, P10, P11 e P15) informaram ter havido uma diminuição em função da condição no quadril, causada pela dor e pela dificuldade de posicionamento, exigindo o uso de recursos adaptativos, como posições menos dolorosas ou que demandassem menor esforço do paciente.

Dos que apresentavam parceiros regulares, nenhum declarou ter interrompido essa atividade pela dor no quadril, mas três (P6, P8 e P13) confessaram não terem apresentado alterações em relação a sua rotina normal. Todos os pacientes que mantiveram a atividade sexual, mesmo que diminuída, implementaram as modificações mencionadas acima.

“...e de repente ela fala, vamos fazer, vamos, e eu tenho que falar: é hoje não esta dando, está doendo muito. Tivemos que nos adaptar com algumas posições para fazer” (P1).

“Não. Assim, explícito não. Que ela tenha se queixado, explicitamente, não. Desde que eu comecei com este problema a gente tem se dado bem” (P10).

Em relação ao *estado emocional* (ver Gráfico XVII), observou-se uma diversidade de relatos, sendo os de maior ocorrência: o nervosismo após o agravamento da doença (n= 20), a angústia/tristeza (n= 10) e a labilidade emocional (n= 10). Apenas dois pacientes relataram quadro de depressão. Um deles, com comprometimento de outras articulações e com maior limitação funcional, manifestou ideiação suicida.

Dez participantes manifestaram a crença de que o estado emocional é influenciado pela doença. E durante a entrevista cinco pacientes choraram, sendo acolhidos e encaminhados à psicóloga do serviço, ao passo que seis avaliaram-se como tranqüilos.

“*Eu ficava isolado. Eu tenho uma chacarazinha em Uberlândia e às vezes eu prefiro ir para lá, ficar sozinho. Ali você sozinho, ali ninguém está te observando*” (P14).

“*...quando eu vi que a dor aumentava, a gente fica mais triste, um pouco mais nervosa, né, porque eu sempre fui uma pessoa calma...*” (P9).

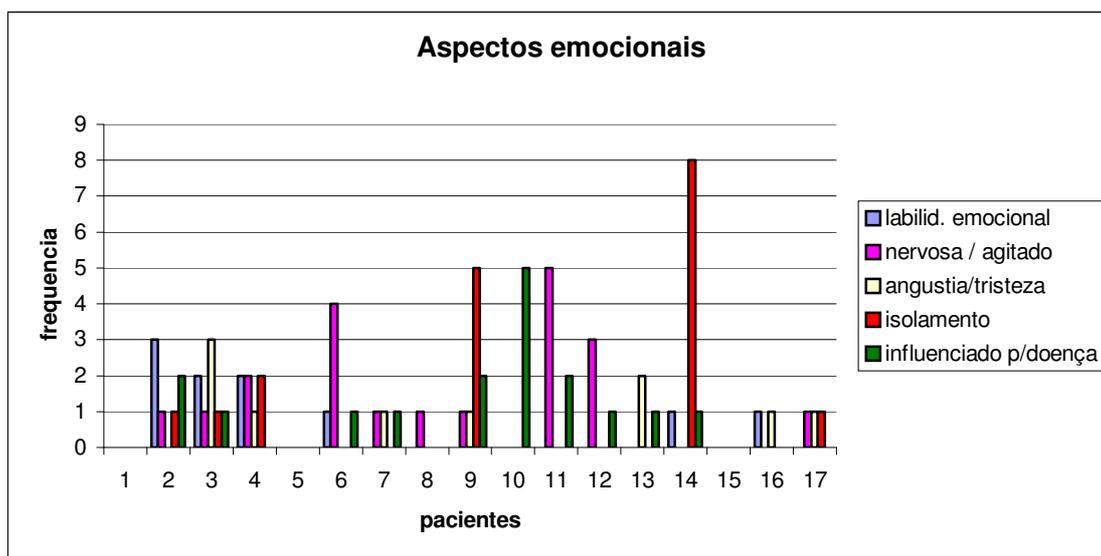


Gráfico XVII - Frequência de ocorrência para a categoria aspectos emocionais na entrevista pré- operatória.

O Gráfico XVIII evidencia uma modificação na *rotina* dos pacientes (P1, P2, P4, P5, P6, P8, P12, P13 e P16), com diminuição das atividades que realizavam (n= 14 ocorrências). Eles permaneciam recolhidos ao lar (n= 23 ocorrências), intercalavam períodos de atividade com períodos de repouso, de preferência deitado (P7). Nenhum paciente referiu aumento das suas atividades.

Retornando à categoria de *limitação funcional*, em especial para a marcha, podemos concluir que um item tem relação direta com outro; pois, a partir do momento em que o paciente sentia-se mais limitado para desempenhar suas atividades, ocorreu a modificação na sua rotina diária. Ele interrompeu ou diminuiu as atividades de trabalho que realizava e as

sociais de que participava. Alguns pacientes modificaram a forma de realizar tais atividades, e outros mencionaram que não as realizavam com a mesma frequência, com que faziam anteriormente. Comparam a sua capacidade funcional anterior com a situação atual e constatam quão saudáveis eram.

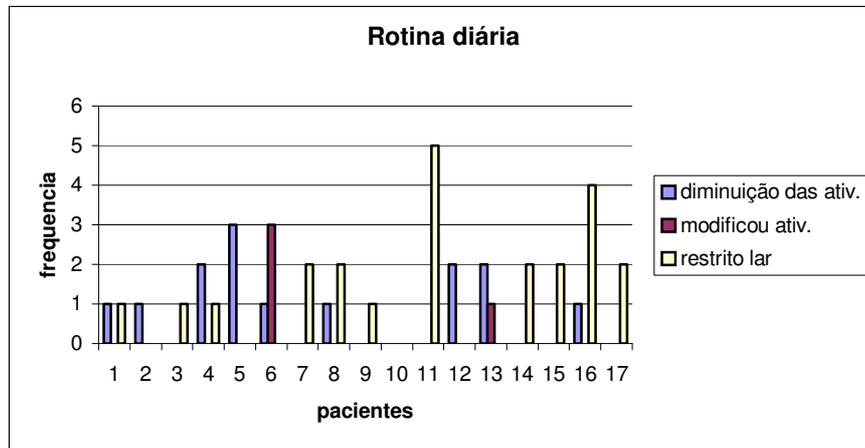


Gráfico XVIII - Frequência de ocorrência para a categoria rotina diária na entrevista pré-operatória.

“Eu gostava de caminhar, não caminho mais”; “eu fazia mil coisas; se tinha uma lâmpada para trocar eu é que ia trocar, se tinha em esgoto para desentupir eu quem desentupia...”(P1).

“Eu fico mais em casa sentado, às vezes ando um pouco, quando estou bem e acho que vou agüentar, eu ando, muitas vezes fico sentado, deitado” (P8).

Três pacientes da amostra (P9, P10 e P15) ainda trabalhavam. O P15, todavia, deixou a sua atividade principal e passou a realizar pequenos serviços, sem sobrecarregar o quadril. Os que trabalhavam, ou se aposentaram há pouco tempo, não relataram ter sofrido discriminação no ambiente de trabalho. Pelo contrário, perceberam que os colegas os protegiam, auxiliando-os nas tarefas. Nove pacientes (P1, P3, P6, P8, P12, P14, P15, P16 e P17) deixaram de trabalhar por causa da doença, e um (P10) foi afastado da sua atividade principal.

“...a minha função mesmo, mudou....Mesmo que eu fique exercendo essa função eu vou ter restrições. No serviço é complicado, porque, por mais que os colegas saibam que eu tenho essa limitação, eles vão acabar trabalhando dobrado em função de eu não poder, e isso traz muitos transtornos até para eu mesmo, me sinto inferiorizado” (P10).

A estratégia de enfrentamento mais freqüente no pré-operatório foi a religiosa. Dois pacientes (P5 e P17) utilizaram-na de forma mais marcante. Caracterizam-se esses pacientes por morarem com filhos e netos e serem mulheres, viúvas, com patologia unilateral.

O enfrentamento religioso foi relatado por dez pacientes da amostra, conforme Gráfico XIX. Somente um paciente (P14) citou as três formas de enfrentamento (o religioso, o focado no emocional e o centrado no problema), além de utilizar estratégias distrativas a fim de minimizar a dor (violão). Esse paciente era solteiro, morava só e tem grande tendência ao isolamento. Mas os pacientes P1, P3, P6, P10, P12 e P15 não apresentaram nenhuma ocorrência para essa categoria.

“Estou vivo até hoje porque tem um violão que tira o meu estresse...” (P14).

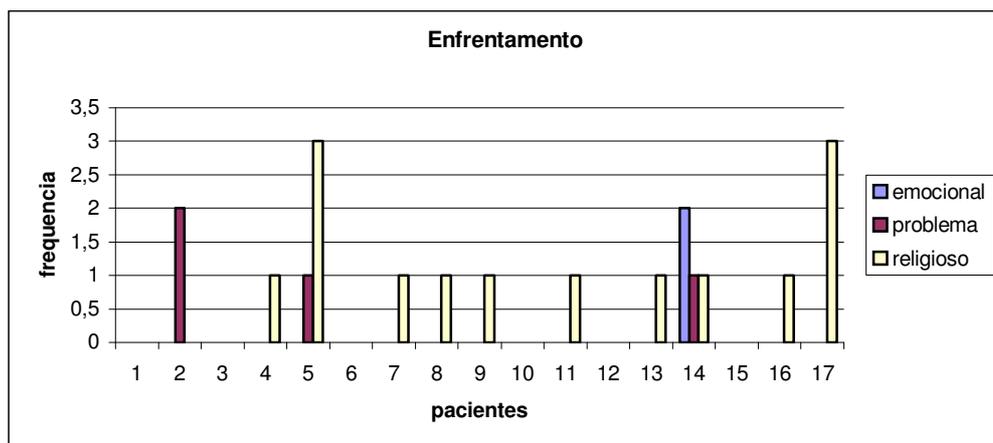


Gráfico XIX - Freqüência de ocorrência para a categoria enfrentamento na entrevista pré-operatória.

Oito pacientes (P5, P6, P7, P8, P11, P13 e P15) avaliaram seu *estado de saúde* como “bom”, apesar da doença no quadril, e 10 (P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P14, P15 e P17) declararam que só têm essa patologia, ou seja, não apresentavam nenhum outro problema de saúde. Os pacientes (P2, P3, P4, P10, P14 e P17) avaliaram seu estado de saúde como ruim ou péssimo. Dentre esses pacientes, cinco padeciam de comprometimento em mais de uma articulação ou de outras doenças.

“Bem né, graças a Deus. O que eu sinto que me ataca é só isso, o quadril. Mais nada, tirando o quadril...” (P6).

Quanto ao uso de equipamentos (ver Anexo 1) para facilitar o dia-a-dia, sete pacientes declararam fazer uso dos mesmos, no pré-operatório, de forma esporádica, pois já eram acompanhados pelos profissionais do hospital. Analisando-se os relatos, observou-se que, por causa da dificuldade que apresentavam em decorrência da patologia no quadril, desenvolveram novas formas para manterem-se independentes, modificando a maneira de vestir-se, utilizando equipamentos auxiliares para marcha em domicílio, como, por exemplo, valer-se de um banco para locomover-se ou sentar-se nele e girar em diferentes direções para realizar suas atividades (P4).

Andar foi o item que apareceu com maior frequência na categoria *expectativa com o procedimento cirúrgico* (n= 30 ocorrências). Somente os pacientes (P2, P4, P7, P14 e P15) não se manifestaram nesse item, conquanto todos apresentassem dificuldade para deambular (ver Gráfico XX). Nesse momento, o objetivo do paciente era alcançar alguma melhora na sua marcha, sem especificar o que esperava, ao contrário do que sucede no pós-operatório, quando sabiam exatamente quanto desejavam melhorar.

A seguir, na frequência das ocorrências para a expectativa, o retorno às atividades sociais com amigos (n= 24), retorno ao trabalho (n= 16) e o alívio da dor (n= 15). Os pacientes (P2, P6 e P9) esperavam voltar a “fazer tudo” como anteriormente faziam.

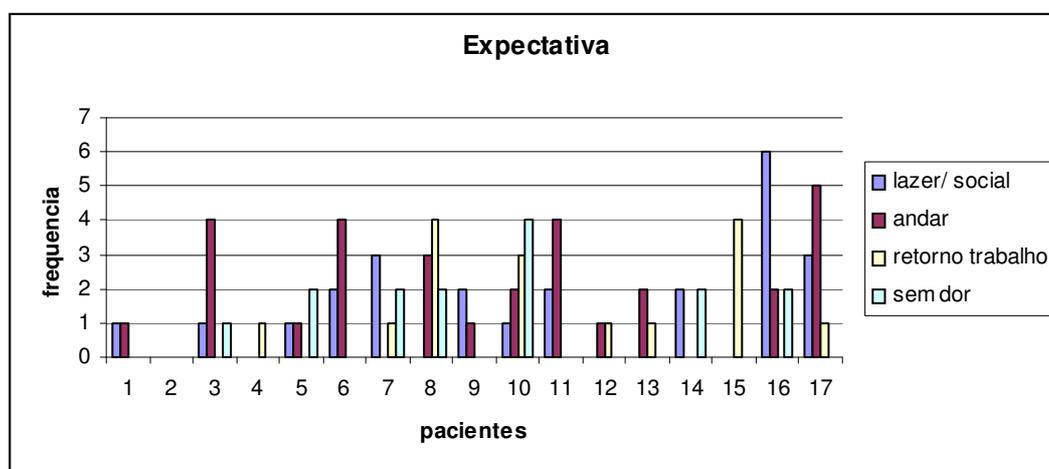


Gráfico XX - Frequência de ocorrência para a categoria expectativa na entrevista pré-operatória.

Quando questionados em relação à *qualidade de vida*, observa-se que tiveram dificuldade para definir esse termo, ou mesmo para enumerar o que é importante a fim de se ter qualidade de vida.

A maior ocorrência, na etapa pré-cirurgia, esteve relacionada a ter saúde (n= 14 ocorrências), a participar de grupos e de atividades sociais como dançar (n= 11 ocorrências), a desfrutar o convívio da família (n= 9) e a fazer o que gosta (n= 8). Com menor ocorrência, citaram, também, boa alimentação (n= 4), atividades religiosas (n= 2) e dinheiro (n= 7), o que demonstra o caráter multidimensional da qualidade de vida (ver Gráfico XXI).

Naquele momento, a saúde, por ter valor considerável para o paciente, era o seu foco de atenção e o item de maior avaliação, uma vez que ele encontrava-se internado para tratamento.

É seguida, na frequência das ocorrências, das atividades sociais, o que também pode ser explicado. As perdas que os pacientes tiveram, a diminuição das atividades sociais e o relacionamento interpessoal foram de grande ocorrência, já que os pacientes esperavam o retorno a essas atividades. Somente um paciente (P15) não fez referência à qualidade de vida.

“acho que tem que ter uma boa saúde, um dinheiro pra comprar o que a gente gosta, o que a gente quer, poder sair, conversar, ficar com os amigos, com a família” (P12).

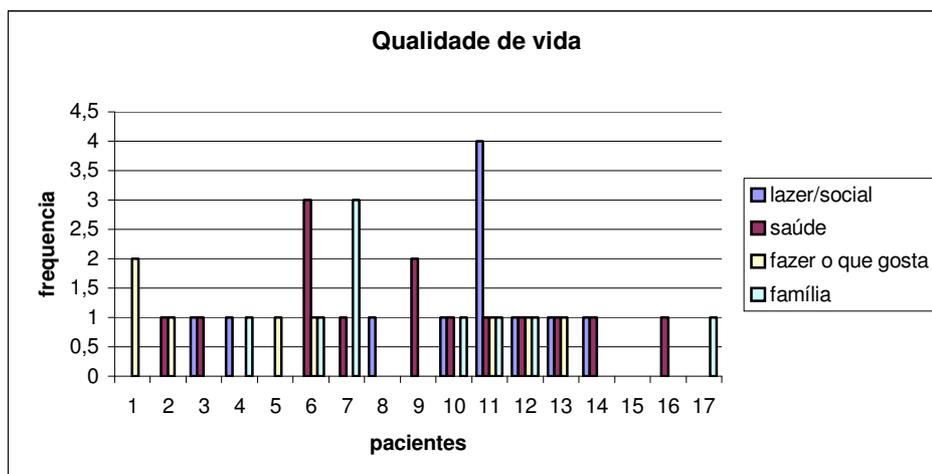


Gráfico XXI - Frequência de ocorrência para a categoria qualidade de vida.

4.2.2 Análise da entrevista na etapa pós-operatória

Na avaliação dos pacientes no pós-operatório, a *dor* assumiu novamente lugar de destaque, por ter apresentado a maior ocorrência. Todavia, isso se deveu ao fato de os pacientes terem obtido alívio (n= 81 ocorrências).

“Hoje é uma coisa maravilhosa. Tirou toda a dor. A dor que eu tinha antes não sinto mais nada. A dor na perna, por exemplo aqui parecia até podre a perna” (P9).

Dois pacientes (P2 e P5) tentavam lembrar-se da dor, não se recordaram de suas características. Somente um paciente (P9), ainda que tenha retornado praticamente a todas as atividades que desenvolvia antes do procedimento cirúrgico, mantinha queixa quanto à dor no quadril, porém relacionada a esforços, principalmente ao final do dia.

“É até estranho, né, eu querer imaginar. Porque às vezes eu me vejo querendo imaginar aquela dor que eu sentia, eu não consigo mais....” (P2).

Entre os pacientes que apresentavam comprometimento bilateral ou patologias que levam a alterações de mais de uma articulação, persiste a queixa relacionada à dor; contudo, não mais no quadril operado (ver Gráfico XXII). Totalizam seis pacientes; desses, três sofriam de comprometimento bilateral, um (P5) levou uma queda enquanto internado, o que gerou um quadro de maior insegurança e limitação, e outro (P14) manteve-se em repouso, sem retorno às atividades sobre cuja realização tinha expectativa.

Somente um paciente (P11) não relatou, de forma explícita, o alívio da dor; mas, com base na sua entrevista, pode-se concluir que também se beneficiou da cirurgia nesse aspecto.

O benefício mais precocemente percebido logo após a cirurgia é o alívio da dor, confirmado por esses relatos. O P9 registrou a maior ocorrência no que diz respeito à dor na entrevista inicial, e também a maior no que concerne ao alívio da dor no pós-operatório.

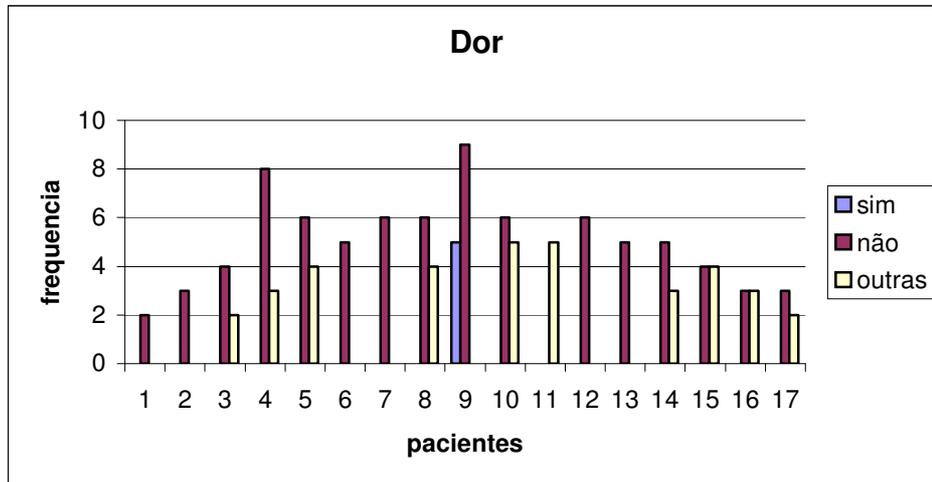


Gráfico XXII - Frequência de ocorrência para a categoria dor na entrevista pós-operatória.
Nota – Outras na legenda se refere a dores que não em quadril operado.

A *independência* aparece a seguir, também de forma marcante, na avaliação dos que participaram. Ela manifesta-se quando o paciente entra e sai do carro, veste-se (n= 30), faz sua higiene (n= 24) e realiza as atividades cotidianas (n= 17), mas essas atividades estavam condicionadas tanto ao uso das adaptações quanto à adoção de posicionamentos que as favoreçam, sem sobrecarregar o quadril operado.

Praticamente todos os pacientes referiram-se à independência para a realização da higiene e para a colocação de peças do vestuário. Novamente o P9 não menciona a forma como realizava suas atividades; ele se encontrava, no entanto, totalmente independente, uma vez que realizava todas as atividades de forma rotineira, sem dificuldades.

Todos os pacientes fizeram referências à possibilidade de realizar as atividades sem a necessidade de ajuda de terceiros, o que caracteriza um grande ganho e a reabilitação.

“...Antigamente a minha perna daqui para baixo não movimentava, agora hoje eu consegui pôr ela no carro sem depender de alguém para me ajudar. Até nisso já fiquei independente” (P5).

O uso dos equipamentos aparece logo a seguir na frequência das ocorrências (n= 47), porém eles eram usados esporadicamente. Vale ressaltar que, enquanto o paciente permanece internado, esses equipamentos lhe são doados. Ele é treinado para usá-los e estimulado a fazê-lo. A independência tem uma relação direta com qualidade de vida (embora poucos artigos citem esse fato), pois permite ao paciente o retorno às atividades que lhe proporcionem prazer

e satisfação, valorizam sua auto-estima e contribuem para a avaliação positiva da qualidade de vida.

Ainda há relatos de *limitação funcional residual* para abaixar e pegar peso, que corresponde ao item de maior ocorrência nessa categoria (n= 38), não por incapacidade e sim por adesão aos cuidados com a cirurgia. Somente três pacientes (P1, P2 e P14) não referem essa queixa (ver Gráfico XXIII).

Aparece também limitação para o trabalho (n= 12), seja remunerado ou não; para a marcha independente (n= 7); para a prática de esporte (n= 8). A limitação quanto ao vestir-se geralmente refere-se à dificuldade para calçar a meia elástica, conduta essa adotada para prevenir a trombose venosa profunda (TVP).

“Só eu sei que tenho uma deficiência que não posso pegar por exemplo, uma garrafa de água de 20 quilos, não posso...eu carrego uma malinha pequenininha, uma bolsinha, um trocinho, mas a água já tem que esperar uma pessoa vir para poder pegar e levar pra mim” (P6).

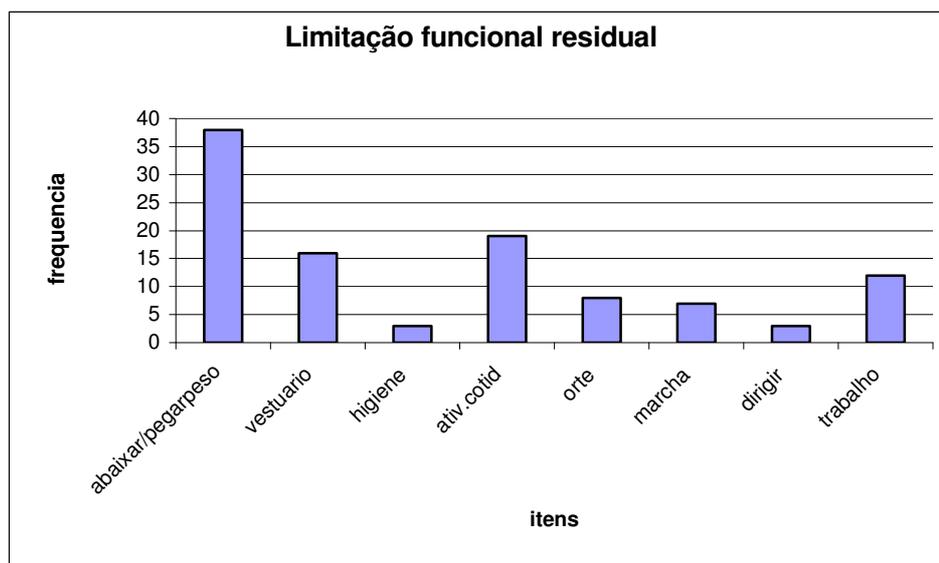


Gráfico XXIII - Frequência de ocorrência para a categoria limitação funcional residual na entrevista pós-operatória.

Após a cirurgia, os pacientes progressivamente retornaram às atividades sociais que praticavam antes do comprometimento do quadril (ver Gráfico XXIV).

Na avaliação de três meses, muitos já haviam retomado o convívio social com amigos ou com familiares. Os pacientes (P4, P8, P13 e P15) não retornaram à prática social. Este último (P15) ainda se queixava de dor no quadril contralateral, o que lhe causava desconforto. Os dois primeiros (P4 e P8) levavam uma vida basicamente domiciliar. O penúltimo (P13) conviveu com uma restrição ainda mais acentuada das atividades sociais e manteve repouso

no pós-operatório com vida circunscrita ao lar, o que constituiu fonte de insatisfação com os resultados.

“Eu ando mais sim, passei a sair mais. Saio de carro, às vezes eu não tinha ânimo para ir ao clube, agora eu vou....” (P2).

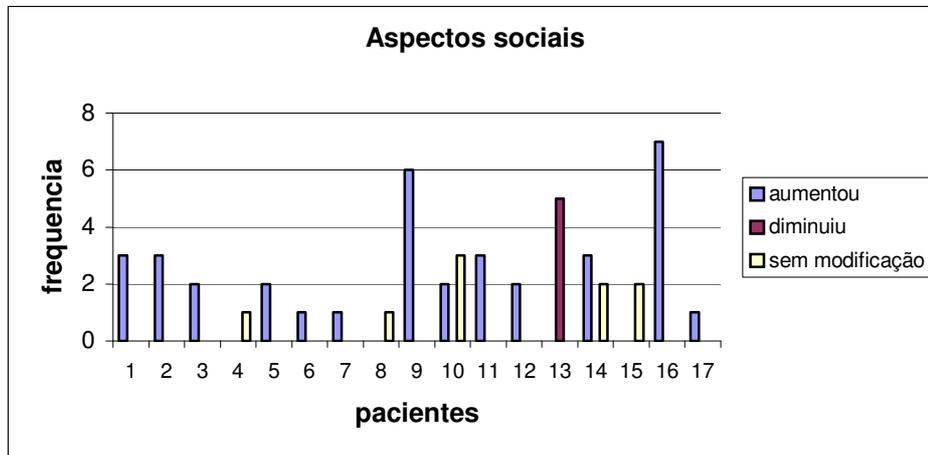


Gráfico XXIV- Frequência de ocorrência para a categoria aspectos sociais na entrevista pós-operatória.

O *aspecto emocional* também sofreu modificações após a cirurgia de artroplastia total do quadril. Os pacientes relataram estarem mais alegres e dispostos (n= 20 ocorrências), e avaliavam que o estado emocional no pré-operatório era diretamente influenciado pela dor (n= 6) e afetava as relações familiares. Ainda confessaram sentirem-se mais calmos, tranquilos e tolerantes com as pessoas próximas.

Somente três pacientes admitiram manterem-se ansiosos nesse momento do pós-operatório. Um (P8) por causa da expectativa de retorno ao trabalho; os demais (P11 e P12) sem uma razão ligada à patologia no quadril.

Nessa fase, não observamos características de melancolia ou estados depressivos, relatados na entrevista inicial. Houve a substituição por um humor mais alegre e comunicativo. O P13, porém, revelou estar mais triste e emotivo.

Nos *aspectos familiares*, aumentou o relacionamento familiar intersujeitos e principalmente o suporte familiar ao paciente. Não houve nenhum relato de diminuição para esse item.

Dentre os pacientes que tinham companheiro(a) fixo(a), três (P2, P10 e P15) relataram que a cirurgia facilitou o contato íntimo com seu cônjuge. Esses pacientes são os mais jovens da amostra, 38, 35 e 52 anos, respectivamente.

Mas quatro pacientes (P2, P7, P8 e P13) deixaram de ter esse contato. Dentre esses, três manifestaram insegurança e medo de complicações relacionadas à artroplastia, mesmo

após as orientações recebidas; dessa forma preferiram abster-se da prática sexual até aquele momento do pós-operatório. Um paciente não relatou alterações. E os demais participantes, eram viúvos(as), ou não mantinham contato sexual antes da cirurgia.

“Eu tive um pouquinho de problema de dor logo no início. Logo que eu saí, eu passei 14, 15 dias aqui aí eu falei vamos ver o que dá melhor pra mim, melhor pra você e aquilo doía...e foi passando até que chegou uma posição que tava boa” (P6).

“é por medo também de me prejudicar, né. Porque depois que eu senti esta dor...” (P7).

Observa-se que todos os pacientes estavam muito conscientes dos cuidados que devem seguir quanto à prótese após a cirurgia, em razão da orientação que receberam durante a internação e mesmo após a alta. Por esse motivo, esse alto índice de adesão aos mencionados cuidados é esperado (ver Gráfico XXV).

Cautelosos, realizavam os movimentos de forma mais lenta (n= 23), não agachavam (n= 12) e preocupavam-se com a luxação da prótese (n= 20) e também com o posicionamento dos membros inferiores (n= 17); e, por isso, muitas vezes sentiam-se tolhidos ante o dever de seguir essas orientações (n= 11).

O P6 e o P9 apresentaram a maior ocorrência para essa categoria, por se mostrarem preocupados com a luxação da prótese e por seguirem as orientações dadas. Curiosamente, esses dois pacientes são os que retornaram às suas atividades mais precocemente que os demais, tanto laborativas quanto esportivas, como caminhadas.

“O que mais me incomoda? Eu acho que é essa limitação que eu tenho de ter que fazer tudo com mais cuidado. Eu sempre gostei de tudo para ontem e ainda não me adaptei, quer dizer eu me adaptei fisicamente mas mentalmente eu sei que podia fazer isso mais rápido, mas eu não posso...” (P14).

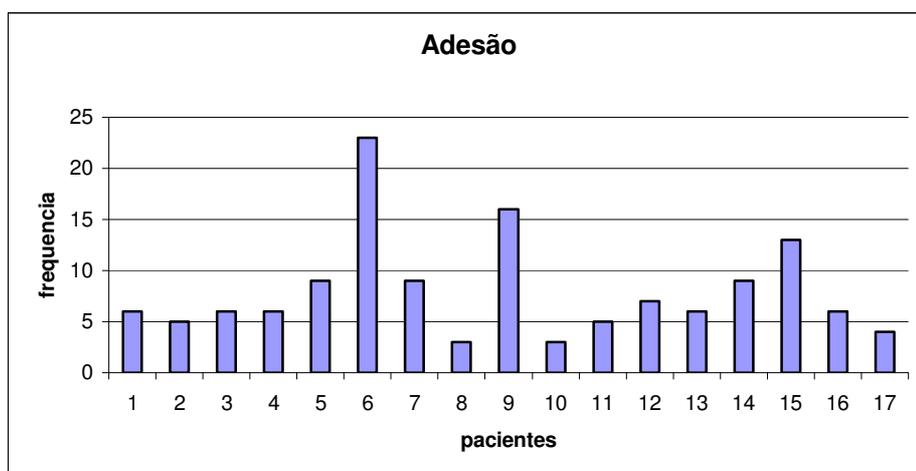


Gráfico XXV - Frequência de ocorrência para a adesão aos cuidados na entrevista pós-operatória.

Nove pacientes (P1, P2, P3, P6, P9, P10, P14, P15 e P17) declararam realizar *a marcha no pós-operatório* de forma independente. Contudo, alguns se sentiam inseguros apesar da independência. Por marcha independente, entende-se aquela que não há restrição para a distância percorrida, para o subir e descer escadas ou meio-fios, para utilizar transporte coletivo, mesmo que o paciente se valha em alguns momentos de uma bengala em T. Seis desses pacientes (P1, P9, P10, P11, P15 e P16) não utilizavam auxílio-locomção (ver Gráfico XXVI).

“*Eu estou andando desde que eu peguei a bengala. Pra cima e pra baixo, tranquilo*” (P10).

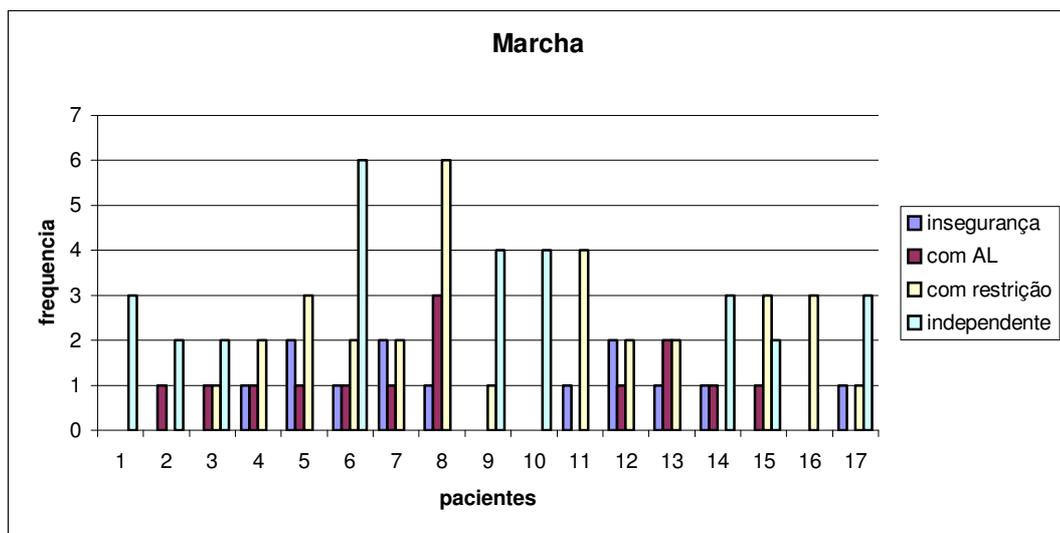


Gráfico XXVI - Frequência de ocorrência para a categoria marcha no pós-operatório.
 Legenda: AL - Auxílio Locomção.

Somente uma paciente (P9), logo após a alta hospitalar, prontamente retornou às atividades que mantinha antes da cirurgia, mesmo que naquele momento as realizasse com restrição (ver Gráfico XXVII).

A maior ocorrência para esta categoria (*retorno às atividades prévias*) verificou-se com o P4, que realizava todas as atividades no lar, inclusive o cuidado com os familiares, que era sua expectativa em relação à cirurgia. Por conseguinte, mostrou-se satisfeita com o resultado obtido. Para os demais pacientes havia a crença de se manter em repouso após o retorno ao lar, procrastinando a retomada das atividades cotidianas.

Embora tenha recebido treinamento durante o tempo em que permaneceram internados, com o intuito de tornarem-se independentes em casa, alguns pacientes, em determinado momento, aceitaram a ajuda da família para as atividades diárias; mas progressivamente reiniciaram o processo de independência. A retomada do processo é justificada na literatura pela melhora da dor inicialmente e da função somente após o primeiro mês.

Observa-se, também, certa insegurança dos pacientes na realização das suas atividades, após o retorno ao lar. Na avaliação de três meses do pós-operatório, a grande maioria já realizava essas atividades com independência e segurança.

A mais alta ocorrência para essa categoria foi registrada com P13, o que confirma a sua limitação para o exercício de atividades sociais em função do maior tempo em que se mantém em casa.

“Não eu não tive tempo para verificar isso aí, porque logo eu fiquei mais quieto, lá eu fico é na chácara lá perto, então eu fiquei repousando, né” (P14).

“olha, a gente sai daqui com certo medo, mas conforme vai passando o dia, as coisas vão se tornando mecânica, natural e a gente acaba se esquecendo de um bocadinho de coisa” (P10).

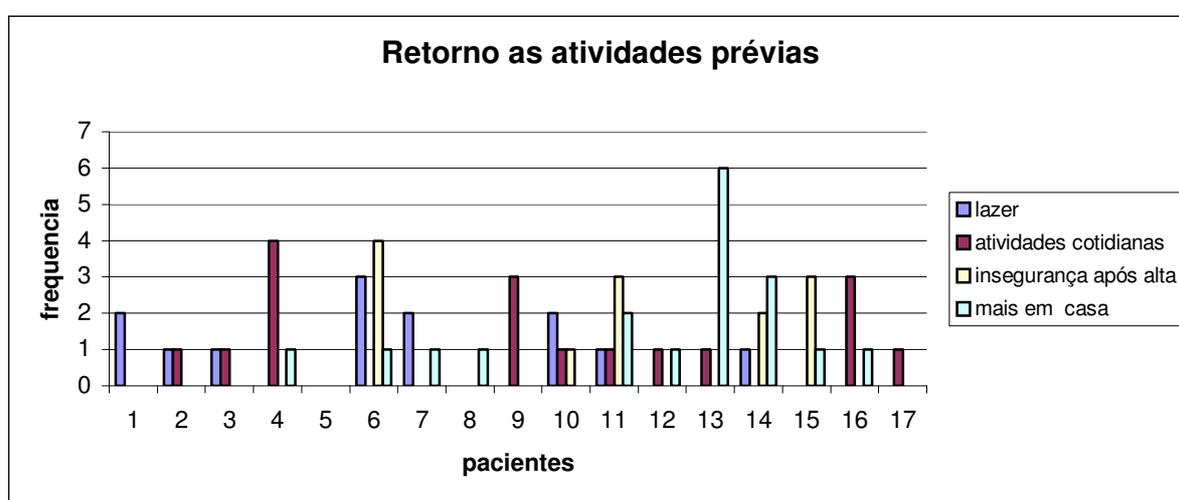


Gráfico XXVII - Frequência de ocorrência para a categoria retorno às atividades prévias.

Os pacientes, nesse momento do pós-operatório, manifestaram suas *expectativas*, que são muito semelhantes com as citadas no pré-operatório. O retorno às atividades sociais teve a maior ocorrência (n= 25), trabalhar (n= 23) seguido pela expectativa de deambular sem auxílio-locomção (n= 19) e viajar (n= 12) (ver Gráfico XXVIII).

Nota-se aqui que o trabalho apareceu com maior frequência que no pré-operatório, e o retorno às atividades sociais têm ocorrências praticamente similares. Somente um paciente (P14), com comprometimento bilateral, citou como expectativa, nesse momento, a realização da cirurgia no quadril contralateral.

Sete pacientes ainda desejavam retornar a atividades esportivas, como hidroginástica e caminhadas, com exceção de um paciente (P13), que gostaria de retornar ao vôlei. O P8 tinha grande expectativa de retornar a sua função anterior como mecânico.

“É voltar a atividade social na diretoria lá da cooperativa. Se puder praticar alguns esportes, praticar mais calmo, né, e viver a vida normal” (P13).

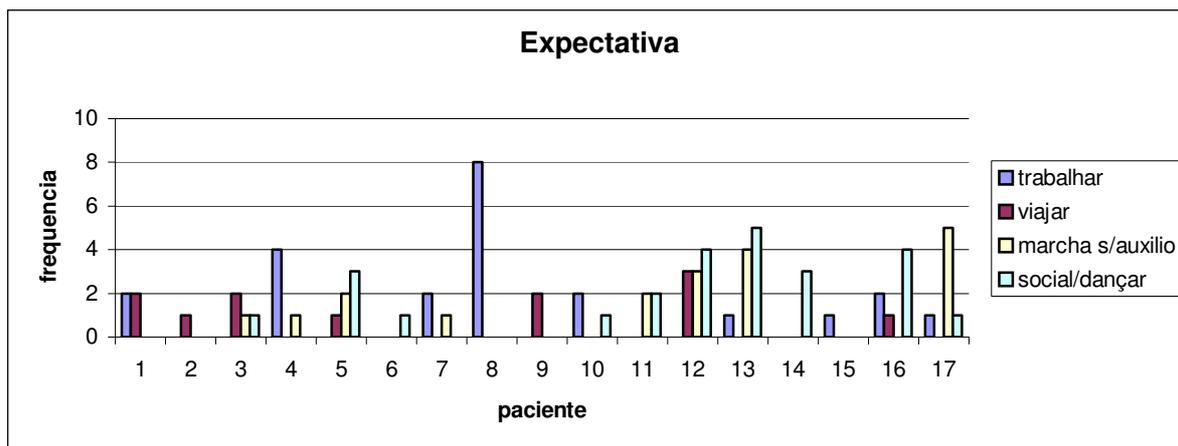


Gráfico XXVIII - Frequência de ocorrência para a categoria expectativa com o procedimento cirúrgico.

O *estado de saúde* foi definido por 14 pacientes como bom, mesmo pelos que o definiram como ruim e péssimo no pré-operatório. Nenhum paciente classificou-o como regular ou ruim. P14 relatou que o seu estado de saúde era influenciado por outras doenças; e P1 e P16 não se manifestaram sobre esse aspecto (ver Gráfico XXIX).

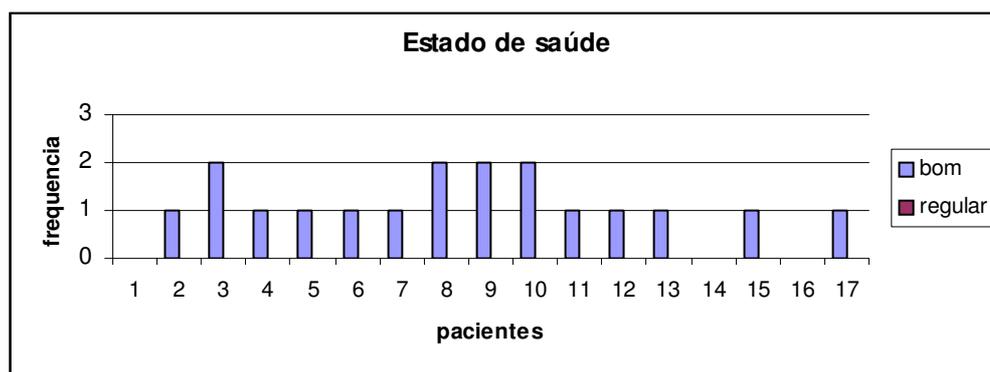


Gráfico XXIX - Frequência de ocorrência para a categoria estado de saúde no pós-operatório.

Qualidade de vida no pós assim como no pré-operatório foi definida como ter saúde (n= 12 ocorrências), fazer o que gosta (n= 11) e também relacionar-se socialmente (n= 13). Esses foram os itens de maior ocorrência nas duas avaliações realizadas. Nesse momento do pós-operatório, os pacientes desejavam aprimorar os aspectos sociais (ver Gráfico XXX).

Fazer o que gosta (sem outras especificações) foi outro item coincidente entre as duas avaliações, assim como a parte financeira, citada por P10, mas com menor ocorrência (n= 1).

Independência surgiu como um item novo relacionado à qualidade de vida nessa avaliação, não enumerado no pré-operatório. Pode-se relacionar a reabilitação dos pacientes (P3, P5, P8, P11 e P12) com a possibilidade de realizar as atividades sem a necessidade da ajuda de outros, só descoberta após a cirurgia.

“Viver bem, passear onde que a gente não podia passear, eu acho, ser independente. Não tem coisa melhor. Então isto pra mim é a mesma coisa que ganhar na loteria, é o premio maior que eu ganhei foi isto” (P12).

Oito pacientes (P3, P5, P7, P8, P10, P12, P15 e P16) citaram que houve melhora da qualidade de vida após a cirurgia; e quatro (P2, P7, P9, P15) relataram, que o ganho estava relacionado ao alívio da dor. Observa-se aqui a relação entre qualidade de vida e independência e conseqüentemente qualidade de vida e reabilitação, objetivos finais de uma equipe que se dedica a essa tarefa.

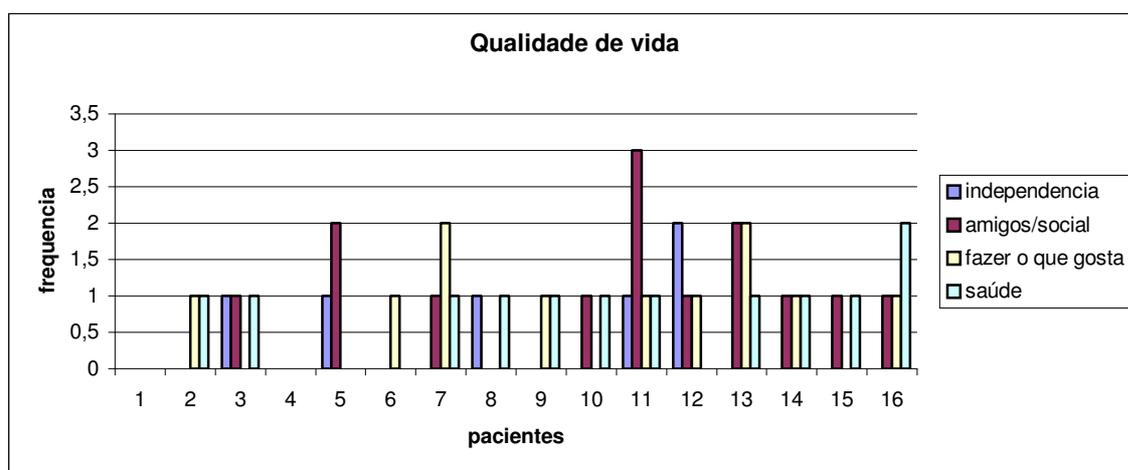


Gráfico XXX - Frequência de ocorrência para a categoria qualidade de vida no pós-operatório.

Dentre os maiores ganhos percebidos pelos pacientes após a cirurgia, citaram a diminuição no uso de medicação e o aumento da sociabilidade.

Na categoria *satisfação* (ver Gráfico XXXI), 15 pacientes consideraram-se satisfeitos com os resultados conseguidos até aquele momento do pós-operatório sendo que dois pacientes (P6 e P11) mostraram alto índice de satisfação, e três (P8, P11 e P13) ainda se mostraram frustrados com os resultados. Nesta categoria há sobreposição de ocorrência para o mesmo paciente. Buscamos avaliar os fatores que interferiram nessa avaliação dos pacientes quanto aos resultados do procedimento cirúrgico.

A maior ocorrência de insatisfação verificou-se com o P13, pois demonstra mais frustração que satisfação com os resultados. No pós-operatório, esperava desenvolver a marcha sem auxílio-locomção, o que poderá ser alcançado, e apresentava alta expectativa em relação ao retorno às atividades sociais e ao esporte, apesar de ter sido alertado para as limitações, especialmente quanto a essa última atividade. Praticamente, não retornou a nenhuma das suas atividades tanto as realizadas no período sem a condição em quadril quanto as que executava no pré-operatório, e permanecia por mais tempo em casa. Com o paciente

P13, registrou-se a maior ocorrência para esta categoria (restrito ao lar) e também para as expectativas ainda não realizadas no pós-operatório. Observa-se que após a cirurgia diminuíram mais os aspectos sociais e o contato com os amigos, conseqüência da ação anterior de permanecer no domicílio. Mostrava-se bastante inseguro para realizar marcha em ambientes externos. O contato sexual com a esposa deixou de acontecer, inicialmente por insegurança e medo, e posteriormente não mais ocorreu. Quanto aos aspectos psicológicos, o paciente mostrava-se triste, angustiado e preocupado com a cirurgia. No pós-operatório, manteve-se ainda bastante emotivo, triste, por causa de seu estado funcional. A despeito de todo treinamento feito na enfermaria, a esposa, após ter ele retornado ao lar, ajudava-o a realizar todas as suas atividades, mesmo de autocuidado, tornando-se dependente. Define a sua qualidade de vida como estagnada nesse período de pós-operatório. Por mais orientado que demonstrasse estar em relação aos cuidados pós artroplastia, a impossibilidade de retomar a prática esportiva e a observância rigorosa das orientações recebidas, mantendo-se recluso ao lar, contribuíram para essa avaliação negativa do resultado. Por outro lado, no pré-operatório, esse paciente apresentou as menores ocorrências no que diz respeito à dor e à limitação funcional comparadas às dos demais pacientes da amostra, ou seja, avaliava a sua dor em valor menor do que os demais. Portanto, a sua avaliação é baseada na sua função anterior ao procedimento cirúrgico e demonstra que pacientes com menor limitação e menos sensação de dor são os que menos melhoram com a cirurgia.

O P11 apresentou alto índice de satisfação, e moderada ocorrência de frustração. O fator que mais chama a atenção foi a sua avaliação quanto à limitação funcional residual (a mais alta ocorrência entre todas, n= 18) que manteve após a alta hospitalar, e a presença de outras dores, não no quadril operado, mas que interferiram nas suas atividades, o que pode acarretar uma avaliação mais precária dos resultados. Houve aumento da freqüência dos aspectos sociais no pós-operatório; pois ocorreu, em conseqüência da patologia no quadril, perda considerável em relação a esse aspecto. Após a alta, demonstrou insegurança nas atividades em casa. Mantinha a expectativa de deambular sem necessidade de auxílio-locomoção e de retornar às demais atividades sociais, em especial a dança, mas aos poucos estava retornando ao convívio social, o que reforça os ganhos obtidos com a cirurgia. P11 por várias vezes na sua entrevista de pós-operatório, relatou o seu incômodo com o uso da bengala, pois esta representava um fator restritivo capaz de chamar a atenção para as suas limitações, o que pode caracterizar a estigmatização pela doença. Para P11, uso do auxílio-locomoção representava a principal fonte de insatisfação, que o limitava ao retorno a todas as atividades sociais possíveis.

O P8 mostrou valores equivalentes para a satisfação e frustração. Sua grande expectativa estava relacionada a retornar ao trabalho, a andar e a permanecer sem dor. A satisfação por ele alcançada pode ser explicada pelo alívio da dor no pós-operatório resultante da cirurgia, mas a expectativa de retornar ao trabalho é a de mais alta ocorrência para essa categoria entre todos os pacientes que ainda não haviam retornado. A sua profissão estava ligada à mecânica de tratores e caminhões, que implica pegar peso e abaixar-se com muita frequência, limitando-o para essa atividade até aquele momento do pós-operatório. A frustração, portanto, pode estar relacionada à capacidade laborativa do paciente, que se sente capaz e ativo, mas ainda está impedido de trabalhar. A auto-imagem que ainda mantinha era a do período anterior à fratura quando vivia sem nenhum tipo de restrição.

O P6 mostrou-se bastante satisfeito com o resultado da cirurgia. Um dos fatores que contribuíram para essa satisfação era a marcha realizada de forma independente. O P6 tinha, entre todos os pacientes, a mais alta frequência de ocorrências para essa categoria (marcha independente). A expectativa desse paciente no pré-operatório concentrava-se em andar (expectativa alcançada) e no exercício de atividades sociais, como dançar. Ele desejava o retorno mais amplo às atividades acima referidas no pós-operatório, mas registrava baixa ocorrência. Sem dor, como ele próprio afirma, já havia retornado às atividades de lazer, com aumento considerável das relações interpessoais.

“...convite inclusive para ir a casamento de filho de colega meu, mas eu disse, não vou porque tem que ir pra igreja, subir escadaria, depois pra recepção e eu com esta bengala aqui do lado eu vou deixar de ir, né” (P11).

Outros cinco pacientes (P1, P2, P6, P8 e P11) admitiram ainda ter de aceitar as restrições que a cirurgia impõe. Não se sentiam insatisfeitos; mas, limitados para realizar algumas atividades.

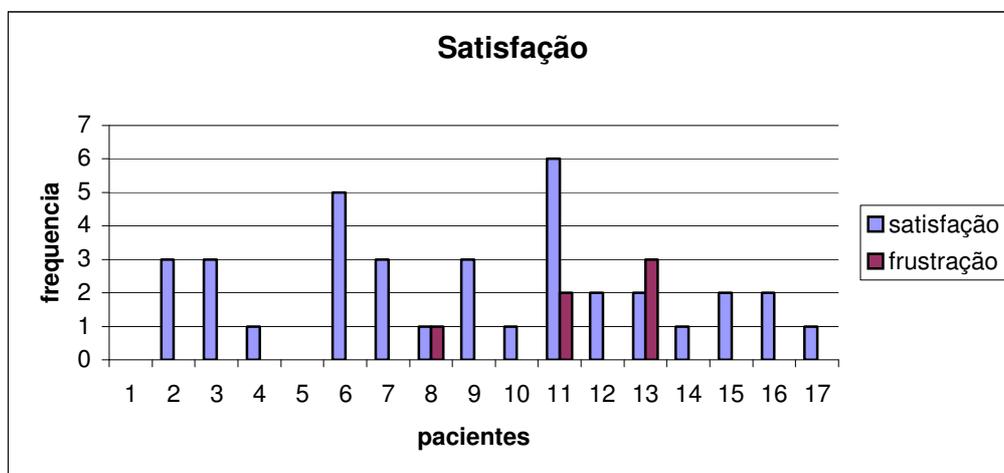


Gráfico XXXI - Satisfação e frustração dos pacientes com os resultados da cirurgia.

4.3 Comparação Entre Expectativas no Pré e Pós-Operatório

Em relação à categoria expectativa, selecionamos os itens de maior ocorrência de acordo com o Gráfico XXXII. Somente o item retorno ao trabalho apresentou maior frequência no pós em relação ao pré-operatório. Com três meses de cirurgia, os pacientes ainda não retornaram as atividades ocupacionais de forma totalmente regular, o que pode explicar essa diferença. Somente um paciente (P9) retornou no primeiro mês às atividades rotineiras.

O item que se relaciona à dor, só aparece no pré-operatório, sem nenhum registro após a cirurgia, pois havia expectativa quanto ao alívio da queixa álgica. A melhora da dor observada no pós-operatório deixa então de estar presente no repertório dos pacientes, o que demonstra que essa expectativa foi atendida.

É interessante a ocorrência da mesma frequência para os aspectos sociais tanto no pré quanto no pós-operatório. Muitos pacientes retornaram ao convívio social, porém atividades como dança e lazer, mais arrojadas, ainda aconteciam de forma moderada. Por isso, há grande ocorrência dessa categoria no pós-operatório. Ao perceber sua melhora e os ganhos obtidos, o paciente passa a querer mais, aumentando suas aspirações.

Em relação à presença do item expectativa de andar após a cirurgia, o paciente tinha por objetivo principal a marcha sem dor e desejava que ela fosse feita sem o auxílio-locomção, com maior autonomia; ao contrário do pré-operatório, em que desejava obter qualquer ganho em relação à marcha, quer na sua capacidade, quer na melhora.

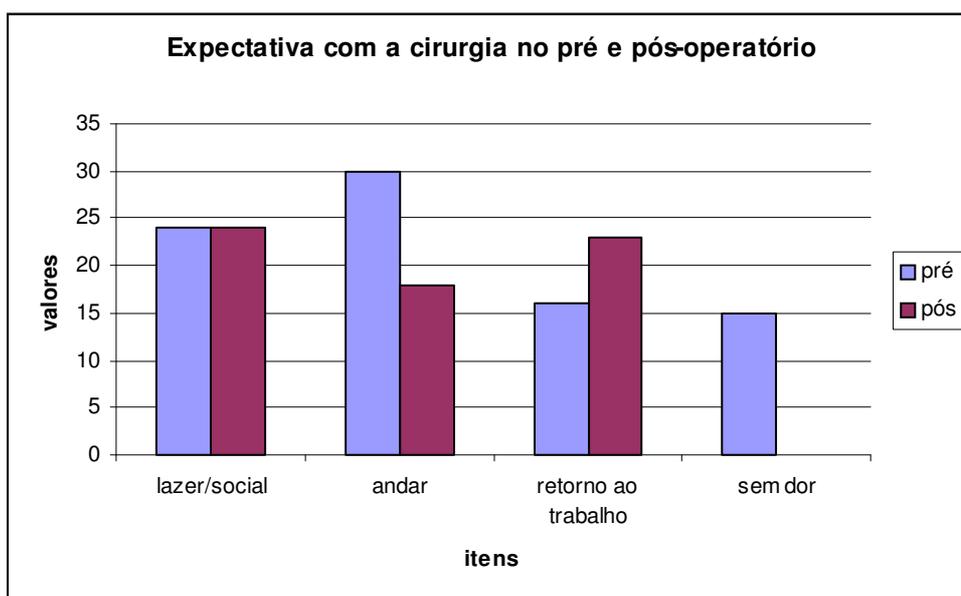


Gráfico XXXII - Comparação quanto às expectativas com a cirurgia no pré e pós-operatório.

4.4 Percepção de Qualidade de Vida

Em relação ao conceito de qualidade de vida relatada pelos pacientes, selecionamos os itens que foram mais citados e realizamos a comparação entre o pré e pós-operatório.

Por mais que os relatos dos pacientes informem ganhos na área social após a cirurgia, ainda esperavam uma melhora maior nesse aspecto, o que confirma ser esse um domínio fundamental para uma avaliação positiva da qualidade de vida. O domínio em questão obteve maior frequência no pós do que no pré-operatório.

Outro item citado, fazer o que gosta, não define claramente a quais atividades se relacionavam. Mas, no contexto das entrevistas, percebemos que diz respeito à capacidade de o paciente retornar à prática de atividades rotineiras, tanto domésticas como sociais e religiosas, deixadas de lado após o comprometimento do quadril provocado pela patologia.

A frequência de relatos para essas atividades aumentou no pós-operatório, uma vez que fatores que impediam o paciente de realizar tais atividades foram eliminados (dor e limitação funcional), reascendendo a vontade de viver e realizar atividades que lhes proporcionem prazer.

Diminuiu a ocorrência da saúde como item de análise no pós-operatório, visto que o problema no quadril foi solucionado. E, como avaliavam o estado de saúde relacionado ao quadril, sua percepção de saúde também melhorou, diminuindo a ocorrência dessa expectativa (ver Gráfico XXXIII).

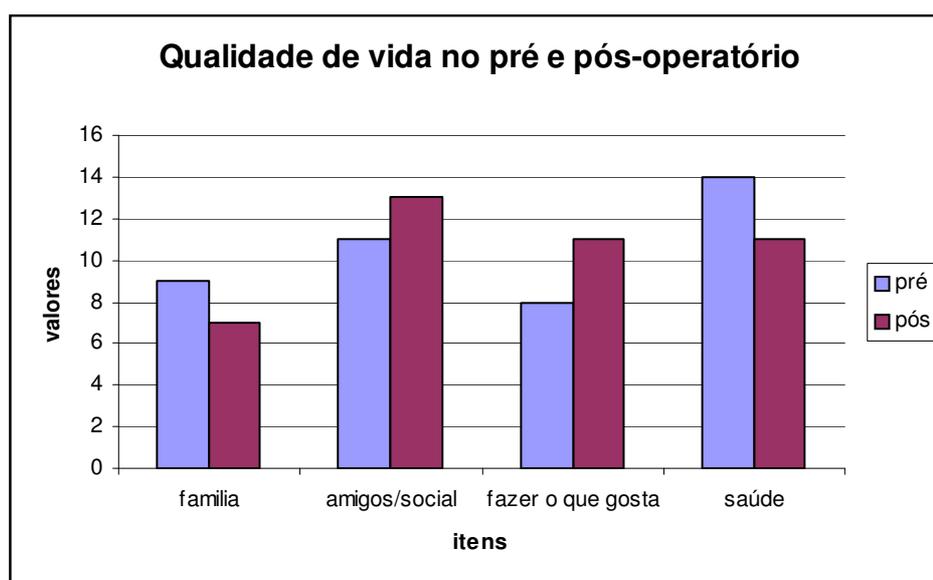


Gráfico XXXIII - Qualidade de vida pré e pós-operatório/família/amigos e social/fazer o que gosta/saúde

CAPÍTULO V

Discussão

Neste capítulo, discutimos os dados resultantes dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida utilizados nesta pesquisa, o SF-36 e a entrevista semi-estruturada. Também abordaremos aqui as questões relacionadas à doença degenerativa e ao envelhecimento populacional, ao programa de reabilitação e os indicadores de qualidade de vida para a amostra de estudo, assim como a aplicabilidade deste trabalho para a reabilitação e a melhora da qualidade de vida de pacientes que se submetem à artroplastia total do quadril.

5.1 Alterações Degenerativas Articulares e o Envelhecimento Populacional

Os pacientes com osteoartrose de quadril não estão incluídos entre os considerados “grande incapacitados”, como os com lesão medular, de artrite reumatóide e de lesão cerebral. Mas deve-se considerar, no tratamento desses pacientes, a limitação articular progressiva e dolorosa, que pode afetar indivíduos em diversas faixas etárias e em diferentes momentos da vida ativa, comprometendo grandemente a função. Os pacientes, conseqüentemente, acabam por deixar o trabalho. Altera-se a relação deles com os familiares, tornam-se irritadiços e nervosos, pode levar a depressão e tendência ao isolamento.

Contudo, há carência de um sistema de informação estatística a nível nacional sobre a percentagem da população que apresenta as alterações degenerativas do sistema músculo-esquelético ou sobre o número de cirurgias de artroplastia total do quadril realizadas. Esta informação foi procurada em diferentes fontes, inclusive em endereços eletrônicos especializados do Ministério da Saúde e não a encontramos.

Nos artigos pesquisados na literatura internacional, há dados sobre as populações com essa alteração degenerativa específica, assim como sobre a relação de custos para esses pacientes, tanto para o tratamento conservador quanto para os procedimentos cirúrgicos (Buckwalter & cols., 2004; Corti & Rigon, 2003).

Esse conhecimento possibilita a criação de políticas de saúde no sentido de orientar tais pacientes quanto à patologia ou à contenção da progressão da mesma, à minimização das limitações impostas pela doença e à diminuição do sofrimento.

Buckwalter e cols. (2004) consideram que, em função da osteoartrose não levar à morte do paciente e do fato de a população não acometida por essa patologia considerá-la de menor importância, faz-se necessária a realização desses estudos de custos e de efeitos no estado geral de saúde, assim como de incidência e de prevalência.

No Brasil, segundo dados do IBGE (2002), a participação da população maior de 60 anos no total da população brasileira dobrou nos últimos 50 anos. Passou de 4% em 1940 a 8% em 1996. Além disso, a população mais idosa, acima de 80 anos, também está aumentando. O aumento da longevidade deve ser considerado uma conquista social devida em grande parte ao progresso da Medicina. O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada já não é mais privilégio de poucas pessoas.

Entretanto, reconhece-se que o envelhecimento populacional traz novos desafios. As demandas de saúde se modificam com maior peso das doenças crônicas-degenerativas, entre elas a osteoartrose, o que implica maior número de internações, tratamentos e, especificamente, aumento do número de pacientes com indicação para realizar a artroplastia do quadril pelo crescimento da prevalência de casos de osteoartrose (Fonte: IBGE, 2002).

Em razão do envelhecimento da população, do aumento da expectativa de vida nos últimos tempos e de ser a idade um fator de risco para a osteoartrose, os profissionais devem estar preparados para atender a esses pacientes e, possivelmente, a um aumento na demanda, tanto para o tratamento conservador quanto para o cirúrgico. Os pacientes estudados representam um percentual de idosos brasileiros que, muitas vezes, buscam auxílio já com muita dor e elevado grau de dependência.

O presente trabalho concentra-se no conhecimento dos pacientes com osteoartrose de quadril na nossa população (Rede Sarah, unidade Centro) e das repercussões da doença no dia-a-dia, assim como das modificações que ocorrem após o procedimento cirúrgico, visando contribuir para o aprimoramento dos programas de reabilitação da Rede Sarah de Hospitais.

Existem os dados normativos de outras populações no uso do SF-36, como para a americana (Callahan & cols., 2005; Fitzgerald & cols., 2004), e a italiana (Salaffi & cols., 2005), e, como exposto no capítulo II, o conceito de qualidade de vida é influenciado por padrões sociais, culturais e econômicos. A comparação com os dados normativos da população brasileira fica limitada pela ausência desses dados. Porém, os dados desta pesquisa podem ser usados para comparação de diferentes patologias, uma vez que o SF-36 é um instrumento genérico e permite que se realize tal comparação, quando for esse o objetivo. Assim, uma pesquisa para se obter os dados da população brasileira a partir da avaliação do SF-36, pode ser útil para comparar os resultados normativos desse instrumento com as patologias investigadas, a fim de realizar as intervenções devidas para cada caso.

Em relação à amostra desta pesquisa, dois elementos devem ser considerados: o momento do ciclo do desenvolvimento do paciente e a distribuição pelo gênero. Na amostra

de estudo, a idade varia entre 35 e 75 anos, o que confirma a mudança de critério na indicação desse procedimento cirúrgico, antes indicado para pacientes mais idosos e com maior limitação. Aos mais jovens (sem indicação para outros procedimentos cirúrgicos) restava aguardar, enquanto piorava a sua qualidade de vida. Conseqüentemente, muitas vezes ficavam inativos numa fase da vida considerada produtiva.

Etghen e cols. (2004) relatam, no artigo de revisão, que dentre os artigos estudados, a idade variava de 41 a 73 anos, ao passo que Rissanen e cols. (1996) apresentaram o mais jovem paciente dentre os artigos, 27 anos, para a realização do primeiro procedimento cirúrgico de artroplastia do quadril.

Resnick e cols. (2005) afirmam que o aumento da idade está associado à piora na função física e na vitalidade, avaliadas pelo SF-36. Mas, em nossa pesquisa, constatamos que a capacidade funcional melhorou na faixa etária de pacientes mais idosos (entre 56 e 75 anos de idade), única relação encontrada por esse instrumento. A remissão da dor no quadril e a realização de atividades graças ao treinamento feito na enfermaria, permitiram que o paciente pudesse dedicar-se às atividades diárias com mais independência, sem a limitação do pré-operatório. Outros autores também mencionam esse fato em seus artigos.

Em acordo com Fitzgerald e cols. (2004), pacientes acima de 75 anos apresentaram maior alívio da dor do que os mais jovens na sua população de estudo. Concluem ainda que bom suporte social, cirurgia unilateral, pacientes do sexo masculino e melhores escores funcionais no pré-operatório, estão associados de forma significativa com melhores resultados funcionais no pós-operatório.

Outro fator a ser considerado é o gênero; pois, apesar de haver quase uma paridade na amostra de estudo entre homens e mulheres, a presença maior do segundo grupo é coerente com a literatura, que reporta a maior incidência da doença em pessoas do sexo feminino (Wiklund & Romanus, 1991).

Na amostra estudada na pesquisa aqui detalhada, a grande maioria das mulheres relata com clareza a limitação funcional para executar as atividades domésticas rotineiras. A rotina, por conseguinte, modifica-se para permitir que tarefas fundamentais ao funcionamento da casa não sofram grandes prejuízos, como, por exemplo, o preparo de refeições.

Todos os pacientes avaliados nesta pesquisa apresentavam limitações que comprometiam em mais de 80% o movimento articular antes do procedimento cirúrgico (dados não expostos, pois não foram avaliados no pós-operatório). Todavia, nos trabalhos consultados, não encontramos esse dado na caracterização da amostra.

5.2 Aspectos Conceituais

Conforme exposto no capítulo II, qualidade de vida ainda carece de uma teoria que a contextualize e lhe defina as diretrizes. Caracterizá-la não só é difícil para os profissionais e para os pesquisadores que lidam com a questão, mas também para os pacientes. O grande número de variáveis que a influenciam torna difícil defini-la com clareza.

Julgamo-la um equilíbrio entre os diversos domínios da vida de um indivíduo, e o critério adotado para avaliá-la relaciona-se aos valores e às crenças do indivíduo. A alteração na dinâmica desse equilíbrio pode modificar ou não a percepção de qualidade de vida, dependendo dos valores atribuídos.

É um conceito dinâmico e multidimensional. Portanto, diferente de indivíduo para indivíduo. O uso amplo do termo qualidade de vida pelo senso comum pode evidenciar preocupação generalizada com o problema e falta de compreensão do assunto.

Os pacientes que participaram da pesquisa encontraram dificuldade de conceituar qualidade de vida. Apesar da exposição do termo na mídia, ele ainda não havia sido incorporado à vida prática desse grupo. Uma das formas citadas pelos participantes para definir qualidade de vida é levar-se em conta o componente social e o prazer em fazer o que gosta. O'Boyle (1992) encontrou resultados semelhantes. Na avaliação da qualidade de vida, as atividades sociais, o lazer e a família foram nomeados com maior frequência, por serem considerados importantes, para este autor em questão.

Na presente pesquisa, nenhum paciente englobou todos os aspectos da vida humana (biopsicossocial) na conceituação. Os pacientes citaram fatores de acordo com sua história de vida e com aquele momento, sendo bastante próximos do mencionado pelo autor acima. Os pacientes não tinham como expectativa melhora da qualidade de vida. Eles, porém, desmembravam-na em diferentes aspectos, como redução da dor e minimização das seqüelas como a marcha.

Na avaliação inicial, a dimensão saúde aparece com a maior frequência. Isso mostra o objetivo imediato do paciente e reflete o momento que ele atravessa. No pós-operatório, os pacientes relatam, nas respostas ao roteiro de entrevista, melhora em todos os aspectos, mas não mencionam claramente a recuperação da sua qualidade de vida.

Há coerência entre a caracterização de qualidade de vida no pré e pós-operatório. Portanto, a amostra estudada percebe as modificações que ocorrem em todos os aspectos da sua vida, apesar de não associar esse conjunto de fatores à qualidade de vida, sendo o fator primordial para a avaliação positiva o alívio da dor e o retorno às atividades sociais. No

entanto, o não-retorno a esta última atividade foi fundamental para avaliação negativa feita por um paciente.

5.3 Vantagens e Limites da Avaliação Adotada

Para os pesquisadores, a dificuldade reside na procura e na seleção do instrumento mais adequado à avaliação englobando o maior número de domínios que permitam conhecer as conseqüências da doença ou do tratamento em questão, a fim de possibilitar uma avaliação completa.

A abordagem por mais de um instrumento (como o utilizado por esta pesquisa) possibilita a melhor caracterização dos pacientes; pois, por mais que os instrumentos sejam amplos em sua avaliação, não conseguem por meio dos seus itens captar todos os aspectos da vida do paciente, porque acabam diluindo a compreensão; e, por serem generalistas, podem não aprofundar sobre as necessidades do paciente.

Na escolha dos instrumentos, optamos por um de avaliação global de qualidade de vida ao invés de um instrumento específico, pois este capta somente as especificidades da doença, não permite conhecer as repercussões globais da patologia ou do tratamento na vida do indivíduo. Uma alternativa ainda pouco utilizada nesta área voltada para as alterações degenerativas, mas muito eficaz para prover informações valiosas sobre a qualidade de vida do indivíduo, são os estudos qualitativos. O objetivo da entrevista qualitativa é ver o tópico pesquisado na perspectiva do entrevistado, bem como entender por que motivo ele tem essa perspectiva particular. Em acordo com Patrick e Deyo (1989), optamos pelo uso de um instrumento geral, complementando as informações com um instrumento específico (o roteiro de entrevista semi-estruturada) que foi elaborado com esse objetivo. Com a opção adotada, podemos conhecer as repercussões da doença na vida do paciente, sem ficarmos limitados exclusivamente às repercussões físicas.

Quando se utiliza metodologia basicamente quantitativa, a grande maioria dos artigos selecionados para a presente pesquisa usa preferencialmente um instrumento genérico de avaliação, que varia entre o SF-36 e o NHP (ambos com tradução para a língua portuguesa). Também são citados SIP, AIMS, e WOMAC, pela sua aplicação direta em pacientes que apresentam osteoartrose de quadril e de joelho, sendo o instrumento específico mais utilizado para o estudo dessa patologia. Outros instrumentos são relatados na literatura, mas os mencionados acima representam a maioria (Garrat & cols., 2002).

Lendo a literatura referente ao tema, encontramos poucos artigos (Cleary & cols., 1993; Fujita, Makimoto & Hotokebuchi, 2006; Mancuso & cols., 1997; O'Boyle & cols.,

1992; Pacault-Legendere & Courpied, 1999; Wright, 1994) que utilizam metodologia qualitativa para a avaliação de resultados após artroplastia do quadril.

O tema qualidade de vida para pacientes submetidos à artroplastia total do quadril não é inédito na literatura mundial; pelo contrário, há um grande número de publicações sobre o assunto com diferentes focos de pesquisa e de objetivos nas bases de dados; contudo, para a população brasileira o tema ainda é pouco explorado, assim como o uso dessa associação metodológica. Na literatura internacional, o foco das pesquisas se concentra em estudos quantitativos e em menor número, em estudos qualitativos. Portanto, não encontramos nas bases de dados, artigos com a metodologia aqui empregada, ou mesmo nenhum artigo sobre tal assunto na literatura de língua brasileira até o primeiro semestre de 2006.

De acordo com o exposto no Capítulo II, podemos verificar as características do SF-36 na aplicação prática. É amplo na sua avaliação, de fácil e rápida aplicação, contudo exige treinamento prévio dos profissionais a fim de uniformizar as informações prestadas aos pacientes. Aborda as diferentes dimensões da qualidade de vida do indivíduo, mas não esgota essa avaliação, um dos pontos fracos desse instrumento. Por ser instrumento genérico, pode não apresentar detalhes necessários para caracterizar o impacto das intervenções ortopédicas na função (McGuigan, Hozack, Moriarty, Eng & Rothman, 1995). Qualidade de vida, como um conceito multidimensional, deve ser avaliada também no contexto familiar do paciente, nas suas dificuldades na prática sexual e alterações no sono conseqüentes a patologia, o que esse instrumento não leva em conta. Os aspectos sociais poderiam ser mais explorados, com maior detalhamento de atividades como recreação e prática de esportes. A substituição de alguns termos principalmente relacionados à forma de locomover-se torná-la-ia mais aplicável a pessoas com dificuldades crônicas ou permanentes para deambular. Interessa-nos a maneira como os pacientes alcançam os objetivos e como influenciam a independência e a qualidade de vida.

A avaliação da alteração da marcha para pacientes que constituem a amostra de estudo desta pesquisa pelo SF-36 precisou ser complementada. Só foi possível conhecer as principais mudanças provocadas tanto pela patologia quanto pela cirurgia, por meio do estudo qualitativo. Pela importância que a marcha representa para pacientes com patologias ortopédicas, esse instrumento não é o mais indicado para essa avaliação. Por outro lado, o SF-36 é um instrumento genérico que avalia também pacientes com diabetes e com alterações cardíacas e para tais patologias esta avaliação é suficiente. Nesta pesquisa a complementação se fez necessária, pois a dificuldade para marcha é uma seqüela decorrente da osteoartrose de quadril.

Dependendo dos objetivos da pesquisa, recomenda-se que o SF-36 deva ser utilizado em associação com outros instrumentos; por exemplo, um instrumento específico para a patologia, quando se quer avaliar os efeitos do tratamento ou da própria condição do paciente. É importante lembrar que quando a dor é o alvo principal, temos instrumentos validados para a língua portuguesa que podem ser utilizados ou associação de metodologias como foi a desta pesquisa.

Só foi possível compreender melhor os pacientes desta amostra com o uso dos dois instrumentos. Conquanto o SF-36 não forneça um escore global do que é qualidade de vida, é possível uma análise de cada domínio separadamente e a intervenção, para cada patologia, na dimensão específica de cada paciente. Na condição aqui estudada, por exemplo, foram de maior ocorrência os baixos escores para o domínio capacidade funcional e aspectos físicos em consequência da osteoartrose no quadril.

Além da avaliação do SF-36 por cada domínio separadamente, geramos também um escore global para o pré e para o pós-operatório, conforme citado no Capítulo III, com o intuito de obter melhor clareza quanto às mudanças ocorridas na percepção do paciente, nestes dois momentos. Constata-se que, após a cirurgia, há melhora na avaliação da qualidade de vida feita por meio do SF-36, corroborando o que relata a vasta literatura sobre o assunto, citada ao longo do texto.

Em relação aos roteiros de entrevistas utilizados, julgamos que as perguntas foram adequadas e abrangentes o suficiente para captar as principais alterações resultantes dessa patologia. No entanto, pontos importantes como a estigmatização, a valorização da estética, os possíveis preconceitos vivenciados no dia-a-dia e a modificação na auto-imagem não apareceram de forma evidente, até mesmo o pudor de falar sobre o relacionamento entre o casal, fez com que esse item fosse relatado pelos pacientes de modo reticente, com poucas exceções.

Os pontos enumerados acima foram citados por alguns pacientes, mas não pela maioria. Pode ser que não tenham vivenciado essas situações ou tenham optado por não verbalizar, embora as perguntas não tenham sido elaboradas de forma a abordar claramente tais pontos, exceção feita à referente ao relacionamento do casal.

De um modo geral, perguntas desta entrevista poderão ser utilizadas pela equipe no dia-a-dia a fim de explorar com maior profundidade questões relacionadas ao paciente e melhorar o relacionamento com este e com sua família após o procedimento cirúrgico. Dentre as categorias citadas nesta pesquisa, a que poderia ser mais explorada é a que se relaciona aos

aspectos emocionais, pois por meio dela provavelmente mais informações poderiam ser obtidas.

Quando se comparam as respostas aos dois instrumentos utilizados nesta pesquisa, observa-se que as queixas dos pacientes com a condição do quadril, cujos principais componentes são a dor e a limitação funcional, são coerentes. Os aspectos sociais também aparecem em conformidade nas duas avaliações, o que demonstra a relação que há entre a condição do quadril e a tendência ao isolamento social, pouco relatado nos artigos de metodologia qualitativa consultados.

Um item também concorde nas avaliações é o que diz respeito ao estado geral de saúde, avaliado de forma positiva pela maioria dos pacientes na entrevista e com uma das médias mais altas no SF-36.

No formulário de avaliação do SF-36, itens como mudanças na rotina diária em função da doença e relacionamento com familiares e com o (a) parceiro (a) não aparecem, mas são contemplados com riqueza de detalhes, por meio de entrevistas. Não observamos, entretanto, avaliações distorcidas pelos dois instrumentos, tendo eles complementado informações.

Houve melhora em todos os escores do SF-36, o que evidencia melhora na qualidade de vida da população estudada. Por outro lado, nas entrevistas, percebemos que os pacientes ainda esperam conseguir ganhos futuros com a cirurgia, o que pode implicar em melhora na qualidade de vida após o atendimento dessas expectativas. Os pacientes esperam retornar de forma mais efetiva ao meio social e às atividades laborativas, realizar marcha sem auxílio-locomoção, contudo valorizam a independência e os ganhos que obtiveram até aquele momento.

5.4 Principais Indicadores de Qualidade de Vida

5.4.1 Dor

Por ser a dor uma sensação subjetiva, a avaliação do momento ideal para indicar-se a cirurgia é um ponto controvertido na literatura. Os cirurgiões devem considerar o momento ideal de realizar o procedimento em pacientes com pouca dor e restrição no pré-operatório, porquanto são estes que devem apresentar pouca melhora (Nilsdotter & cols., 2003). Com base no relato da paciente P2, de 38 anos de idade, que declarou: *“Estou pronta para viver”*, podemos observar que ela mudou sua perspectiva a partir da realização da cirurgia.

Na amostra da presente pesquisa, a dor no quadril é avaliada como grave pelos integrantes da amostra estudada no SF-36 e interfere nas atividades de trabalho. Pelas entrevistas, a dor apresentou a mais alta ocorrência dentre todas as categorias no pré-

operatório e no pós-operatório, os pacientes pontuam o seu alívio. Isso indica ser esse o maior ganho percebido após a cirurgia, visto corresponder à maior queixa dos pacientes no pré-operatório. Quando o processo doloroso torna-se crônico, a dor persiste além do tempo esperado e transforma-se em uma complexa incorporação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Loduca, 1999).

Algumas mudanças são observadas no comportamento do paciente que sente dor por um tempo prolongado tais como: consumo de muita medicação, alterações de humor diante do sofrimento prolongado, perda da gratificação nas interações sociais, dificuldade de obter prazer na vida, conflitos interpessoais envolvendo pessoas afetivamente significativas, desesperança, auto-estima em baixa, interrupção de atividades diárias, excesso de descanso, aparecimento de incapacidades físicas secundárias por receio de que os movimentos possam intensificar a dor (Loduca, 1999). Estas modificações comportamentais também constatadas por esta pesquisa. Tais mudanças são confirmadas pelo relato dos pacientes. Para eles a dor é o principal fator que contribuía para as dificuldades apresentadas, mais que a limitação de movimentos.

O alívio da dor por si só já é um dos motivos para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, pois interfere de forma positiva nos demais domínios desse instrumento.

Pontuações mais altas para a capacidade funcional, aspectos emocionais, aspectos físicos e sociais foram alcançadas após a diminuição da dor, que pode interferir na avaliação final da satisfação, uma vez que o paciente que, na verificação inicial da dor, pontuou com maior escore (sentia pouca dor) foi o mesmo que se mostrou mais insatisfeito com o resultado da cirurgia, visto que esperava muito mais do ato cirúrgico.

Os efeitos da dor foram enumerados nas entrevistas de várias formas, como fator limitante para atividades de locomoção e para o trabalho e como influência negativa no estado emocional, e que leva ao isolamento. Bayley e cols. (1995) relatam que a cirurgia tem mais sucesso por proporcionar o alívio da dor do que permitir o retorno dos pacientes às atividades diárias normais.

As respostas dos pacientes nas entrevistas realizadas para esta pesquisa, são semelhantes às dos pacientes no estudo de Wright e cols. (1994). Nesses dois estudos, a dor é a de maior ocorrência, seguida pela dificuldade funcional para marcha e vestir-se, pela limitação para as atividades sociais (recreacionais). Os dois estudos utilizaram-se de uma metodologia qualitativa, nos quais as queixas dos pacientes são bastante coincidentes antes do procedimento cirúrgico. Esses autores sustentam que a amplitude de movimento e os aspectos radiológicos têm importância mínima na seleção dos pacientes para a cirurgia e pouca

correlação com os resultados. São medidas de valor que devem ser efetuadas e avaliadas separadamente.

Os resultados de Fortin e cols. (1999) sugerem que os melhores preditores de dor e de função no pós-operatório são as características basais desses domínios. Perda avançada da função pela doença está associada a piores resultados após seis meses; e pacientes com pior função permanecem significativamente pior no pós-operatório. Esse dado justifica a escolha do melhor momento para se realizar a cirurgia. Contudo, enquanto os pacientes aguardam o procedimento, pode haver piora considerável da dor e da função, o que pode comprometer sua recuperação, impedindo-o de alcançar a independência no pós-operatório.

Juntamente com a dor, a capacidade funcional e o aspecto físico apresentaram os piores resultados no pré-operatório. São essas as razões para se indicar a artroplastia do quadril (dor e limitação funcional). Com a cirurgia, houve melhora nesses três domínios, mas a capacidade funcional e o aspecto físico mantiveram avaliações com escores baixos (média 57,6 e 36,7, respectivamente); sendo que, no último, a graduação zero do pré manteve-se para alguns pacientes, para os quais, ainda havia restrições para atividades de peso e de impacto, o que se reflete na baixa pontuação.

Apesar do procedimento cirúrgico, cinco pacientes não apresentaram melhora na capacidade de realizar trabalho, o que coincide com a literatura, que relata o alívio da dor inicialmente e a melhora dos aspectos físicos seis meses após a cirurgia (Bayley & cols., 1995; Jones & cols., 2005). Na avaliação de pacientes com dor crônica, o domínio mais afetado pela doença foi o aspecto físico, corroborando os dados da pesquisa aqui apresentada (Dysvik, Lindstrom, Eikeland & Natvig, 2004). Esses autores afirmam que os pacientes, frequentemente, perdem a motivação para desempenhar suas atividades pelo medo de que a dor se torne pior.

5.4.2 Capacidade funcional

Quanto à capacidade funcional, os pacientes são treinados e orientados a realizar as atividades de autocuidado de modo independente, inicialmente no ambiente hospitalar e posteriormente no doméstico. Com o treino de marcha em ambientes externos, melhoram sua capacidade de marcha, avaliando melhor esse aspecto.

Há formas alternativas de desempenhar uma mesma função. Os pacientes são estimulados a adotá-las, visando a tornarem-se independentes. E os que desenvolvem essa habilidade destacam-se positivamente quanto à independência e à capacidade funcional, em relação aos pacientes dependentes e limitados, apesar das dificuldades.

No pós-operatório, as maiores alterações observadas ocorrem nos domínios da dor, do aspecto emocional e da capacidade funcional, embora o aspecto emocional esteja entre as mudanças que ocorreram de forma moderada para Jones e cols. (2000), enquanto para Chiu e cols. (2001) este domínio apresentou a melhora mais significativa. Jones e cols. (2000) asseveram que, a despeito da redução da dor e da melhoria da função, esses valores ainda estão abaixo dos da população normal.

Os ganhos funcionais ocorrem mais tardiamente do que o alívio da dor (Jones & cols., 2005). Tal retardo faz com que se tenha mais cuidado com o paciente quando ele retorna, um mês depois da cirurgia, já que pode haver uma regressão do nível de função em relação ao período em que estava internado. Os dados desta presente pesquisa mostram ter havido, na avaliação feita três meses após a cirurgia, melhora da capacidade funcional.

Apesar dos resultados encorajadores, de 15 a 30% dos pacientes informam pouca ou nenhuma melhora após a cirurgia ou manifestam insatisfação com os resultados depois de alguns meses, mas as causas da insatisfação não são discutidas pelos autores (Jones & cols., 2005).

Nilsdotter e cols. (2003) reportaram melhora para todos os domínios do SF-36 após artroplastia do quadril, exceto para o estado geral de saúde, que se encontrava pouco alterado. Só incluíram o SF-36 e WOMAC, numa pesquisa que busca fatores preditivos para resultados inexpressivos. Deve-se considerar que não só causas físicas (dor, limitação funcional, comorbidades) podem alterar resultados. Fatores emocionais, suporte social, entre outros, podem ser responsáveis por essa avaliação.

5.4.3 Aspecto emocional

O aspecto emocional, que também apresentou baixos valores no SF-36. Pelas entrevistas há relatos de estados mais depressivos ou aflitivos, irritabilidade, nervosismo, principalmente quando se relaciona com a dependência, com a limitação para atividades rotineiras, para o autocuidado ou para a capacidade de trabalho como fonte de renda. O estado emocional é avaliado de forma inespecífica no instrumento quantitativo, cujas questões se referem à interferência do estado emocional nas tarefas e na dedicação ao desempenho destas. Na entrevista, os pacientes fazem referências às emoções que são desencadeadas pela doença, pela limitação e pela dependência. Preocupam-se com as emoções dos familiares e com as reações que sua doença provoca nestes. Deixam claro (pelos dois instrumentos) a interferência da patologia no estado emocional. No SF-36, entretanto, outros fatores podem ser avaliados e não só o quadril.

Turke e Burwinkle (2005) fazem a mesma associação, pois este estado permanente de dor está ligado ao estresse psicológico, como depressão, ansiedade, raiva e irritabilidade. A melhora observada nesse domínio pode estar relacionada, também, com a alteração percebida pelo paciente quanto a sua função e a sua independência. Petrie e cols. (1994) discutem esse ponto. Afirmam que a melhora na habilidade funcional e a redução da dor após a artroplastia do quadril produzem substanciais benefícios psicológicos ao paciente, melhorando a satisfação e aumentando a sua avaliação de saúde. Borstlap e cols. (1994) consideram que a ansiedade é substituída por humor, que deixa o paciente mais alegre e satisfeito, diminuindo os escores de depressão. O impacto da doença em diversas áreas da vida do paciente é reduzido substancialmente após a cirurgia, constatando-se a diminuição da interferência da enfermidade no trabalho, no estudo, nas atividades domésticas e de lazer.

Corroborando os dados da literatura, 10 pacientes da presente pesquisa relataram tendência ao isolamento (um com quadro depressivo). Dentro dessa categoria, a depressão conta com o maior número de ocorrências em consequência de uma vida restrita em acordo com o relato de Charmaz (1983). Dekker e cols. (1992) apontam que as características esperadas para o paciente com osteoartrose são a ansiedade e possível depressão. Experiências emocionais ativam as experiências dos sintomas e vice-versa. Já Mancuso e cols. (1997) concluem que um dos benefícios esperados é a melhora do estado psicológico, fruto da independência, da remoção do estigma da doença, do viver e do prazer de viver, do sentimento de ser uma pessoa normal e de outros fatores.

5.4.4 Sexualidade

Nas entrevistas, os pacientes com parceiro fixo manifestaram insegurança para manter relação sexual após a cirurgia, o que pode ser considerado uma perda, pois antes do procedimento, mesmo com dor, mantinham tal atividade.

Esses pacientes, durante a internação e próximos a alta hospitalar, foram orientados, na enfermagem, individualmente ou em grupos de dois a três pacientes, quanto aos cuidados que deveriam ter ao praticarem sexo. Essa orientação é feita na presença do(a) parceiro(a), quando os pacientes a solicitam, o que não é uma prática freqüente.

Com base nesse estudo, modificações deverão ser implementadas nessas orientações a fim de proporcionar ao paciente e ao(a) companheiro(a), mais confiança, segurança, conforto e promover, assim, a melhora da sua qualidade de vida em todos os sentidos, após a cirurgia.

A grande maioria dos artigos avalia os resultados dessa intervenção por questionários fechados, que não levantam questões sobre a vida sexual do paciente, falha também existente

no SF-36, na avaliação de resultados após artroplastia do quadril, pois esse é um importante aspecto a ser avaliado e medido. Para Mancuso e cols., (1997), a atividade sexual faz parte do grupo de atividades essenciais, mas os autores não dão mais detalhes sobre os relatos dos pacientes sobre esta atividade. Stern, Fuchs, Ganz, Sculco e Salvati (1991) relatam que, no pré-operatório, 46% dos pacientes da amostra apresentavam, por causa do quadril, dificuldades com a função sexual; e, no pós-operatório, somente 1% mencionaram o mesmo fato, sendo que os homens referem retorno mais precoce do que as mulheres. Em dois meses, a grande maioria destes pacientes (55%) foi capaz de retomar a atividade sexual; e 98% deles desejavam mais informações, de preferência no formato de livretos.

Em levantamento realizado com membros da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, 80% dos cirurgiões relataram que nunca ou raramente conversam sobre esse assunto com seus pacientes, e os que discutem não gastam mais do que cinco minutos (Dahm, Jacofsky & Lewallen, 2004).

5.4.5 Marcha

A remissão da dor no pós-operatório permite ao paciente deambular por distâncias maiores, retornar às atividades sociais e às interações pessoais, ou seja, vivenciar o caminho contrário ao que faziam quando sentiam dor.

Pacientes que não experimentaram tal modificação, sofreram influências de fatores ligados ao quadril ou à cirurgia, como, por exemplo, os que tinham limitações para executar a marcha, seja na sua capacidade, seja pela necessidade de uso de algum auxílio-locomoção. Esses ainda se vêem circunscritos a uma vida domiciliar. Estudos relatam que insatisfação em relação à cirurgia depende da persistência da dor e da pouca capacidade de marcha (Liang & cols., 1991).

Nesta pesquisa, a avaliação pelo SF-36 trouxe dados relativos à marcha que é realizada dentro do domínio de capacidade funcional, que se relacionam a capacidade de percorrer determinada distância. Outros instrumentos, como o Harris Hip Score (HHS), fazem essa avaliação mais detalhadamente, observando do ponto de vista de episódios de claudicação e de necessidade ou não de auxílio-locomoção. O HHS possui um item exclusivo para avaliar a subida e a descida de escadas, assim como para o uso de transporte público, ou seja, para apreciar as atividades funcionais do dia-a-dia do paciente relacionadas à locomoção.

A marcha, no pré-operatório, mostrava-se bastante restrita e após, a cirurgia, a avaliação pelo SF-36, todavia, registrou uma melhora neste aspecto. Ao analisar-se, porém, as entrevistas; percebe-se uma contradição, pois os pacientes ainda referem restrições para

deambular por distâncias maiores e declaram o uso do auxílio-locomção de forma negativa para a avaliação deste aspecto. Nas entrevistas, os pacientes ainda têm expectativas de melhora na marcha, pois desejam deambular de forma independente, sem restrição, grande expectativa quando se pensa em artroplastia do quadril. Esses pontos só puderam ser observados graças à entrevista realizada e amplia a nossa compreensão sobre as expectativas em relação á marcha.

5.4.6 Satisfação e expectativas

Avaliação quanto à satisfação (avaliação positiva ou negativa do paciente quanto ao prazer alcançado com os resultados da cirurgia), está relacionada, neste trabalho, de acordo com os relatos dos pacientes pelas entrevistas, principalmente ao alívio da dor, ao retorno às atividades sociais, recreacionais e funcionais. Como o alívio da dor foi obtido, o resultado esperado é o retorno às funções exercidas antes da moléstia no quadril ou a obtenção de condições mínimas para a realização das mesmas.

Pacientes, com expectativas mais altas com a cirurgia ou não adequadas, foram os que se mostraram frustrados com o resultado, ou porque não retornaram ao trabalho, função considerada importante. Expectativas inadequadas referem-se à realização de atividades de impacto ou que comprometam a estabilidade da prótese, uma vez que o paciente é amplamente orientado em relação à adesão aos cuidados no pós-operatório a fim de proteger o quadril operado. A avaliação de satisfação nesse grupo de estudo para esta pesquisa, está relacionada com o atendimento dos desejos dos pacientes em relação ao procedimento cirúrgico, corroborando as conclusões de Mancuso e cols. (1997), quando citam que a satisfação dos pacientes se relaciona ao atendimento de suas expectativas.

A satisfação também pôde ser observada quando os pacientes se referiam ao atendimento recebido da equipe, de uma forma geral e ampla, enquanto estavam internados. Considerando que o atendimento ao paciente e o acesso aos serviços de saúde interferem na adesão ao tratamento e no bem - estar emocional, deve-se levar em conta estes fatores na avaliação de satisfação com os resultados. Mas, tal perspectiva foge aos objetivos da presente pesquisa.

Mas existe uma relação entre a satisfação demonstrada pelo paciente e sua percepção de qualidade de vida; pois, a partir do momento em que ele percebe o atendimento das suas expectativas em relação ao procedimento cirúrgico, a satisfação com o resultado é imediata.

Liang e cols. (1991) relatam que conhecer as expectativas do paciente com o procedimento cirúrgico é um ponto chave no processo de reabilitação. Por meio das

entrevistas, pudemos alcançar este objetivo. O resultado encontrado por esta pesquisa aproxima-se dos que foram apresentados no trabalho publicado por Mancuso e cols. (1997); mas, dentre as categorias citadas por eles, aparecem, além do alívio da dor e da melhora da marcha, os benefícios psicológicos, relacionados à estigmatização provocada pela doença e à melhora em atividades essenciais e não-essenciais. Os pacientes esperam, com a cirurgia, obter alívio da dor e da função, fatores considerados na indicação para realizar artroplastia do quadril.

A estigmatização relacionada à doença, não citada claramente pela nossa população, pode ser analisada, nas entrevistas, sob diferentes aspectos: expectativa de melhora do padrão de marcha (sem claudicação), resistência ao uso de auxílio-locomção (relatado por vários pacientes) ou mesmo dependência de outras pessoas para o exercício das funções do dia-a-dia e das atividades recreacionais. A estigmatização pode também estar presente quando referem “*Não sou inteiro (pois tenho uma prótese no quadril)*”, ou mesmo quando relatam “*não terem vergonha de nada, pela cirurgia*”, o que também seria uma forma de verbalizar e adaptar-se à modificação na auto-imagem.

5.4.7 Outros domínios

No que se refere ao domínio aspectos sociais, dois pacientes (P3 e P15) chegaram à conclusão de que houve piora no pós-operatório. Acredita-se, entretanto, que a expectativa deles quanto ao procedimento cirúrgico em quadril contralateral, também comprometido, fosse maior em relação a sua recuperação e a sua participação mais efetiva nas atividades sociais.

De acordo com a literatura, o *suporte social* e especialmente o suporte emocional se relacionam positivamente com qualidade de vida, pois a rede social aumentada faz com que o paciente lide melhor com as adversidades relacionadas à sua patologia (Helgeson, 2003). Somente P9 não relatou o suporte, trata-se de uma senhora solteira dedicada a prestar cuidados a padres de uma paróquia, onde vive há anos. Essa paciente foi a que apresentou a maior frequência para a dor.

Para os domínios saúde geral e saúde mental que se apresentaram pouco alterados no pré-operatório da pesquisa aqui descrita, Jones e cols. (2000); Chiu e cols. (2001) e Bayley e cols. (1995) discutem que as pequenas melhoras, obtidas na saúde geral e na mental após a cirurgia, são comparáveis a dados da população. Os pacientes que se submetem a artroplastia do quadril não necessariamente apresentam alterações em seu estado mental. Na avaliação

longitudinal, são poucas as modificações relatadas, mas provavelmente elas não são afetadas pela cirurgia ou atribuídas a ela.

O sucesso do procedimento cirúrgico, avaliado pelos pacientes, refletem as mudanças ocorridas não somente nas escalas de dor e de função, mas também em áreas como o funcionamento social e a vitalidade. Apesar dos resultados da avaliação da dor, da limitação física e dos aspectos emocionais terem sido inexpressivos, o estado geral de saúde é bem avaliado pelos pacientes. Referem que *“tirando esta dor no quadril, sou muito saudável”*. Com essa fala, confirmam a avaliação positiva que fazem do seu estado geral de saúde, mesmo com a ocorrência da doença e da limitação da função do quadril.

Pode-se inferir, então, que, apesar da limitação apresentada em decorrência da patologia do quadril, os pacientes têm expectativa de melhora com a cirurgia, o que os leva a tal avaliação positiva. Mesmo assim, outros estudos devem ser feitos com este objetivo.

5.5 Qualidade de Vida e Programa de Reabilitação

Conforme discutido acima e no Capítulo II, qualidade de vida é um constructo multidimensional, e especialmente na área da saúde, exige uma abordagem interdisciplinar, com implicações principalmente para as intervenções clínicas (Costa Neto & Araujo, 2001), no atendimento ao paciente.

A experiência em um programa de reabilitação auxilia o desencadear de mudanças nos hábitos de vida do paciente, favorecendo perspectivas mais gratificantes, viabilizando a obtenção de conhecimentos e controle sobre a situação e contribuindo para a melhora da qualidade de vida (Pereira & Araujo, 2006).

A partir de uma abordagem em equipe, o paciente é visto em sua totalidade. Diversos profissionais, no contato diário com o paciente enquanto internado ou no retorno deste ao ambulatório após a alta hospitalar, podem identificar diferentes demandas. Portanto, o paciente pode não dar a importância devida a determinados aspectos na sua recuperação e na sua reabilitação, mas isto não quer dizer que a equipe não esteja preocupada com todas as etapas desse processo. Através da experiência adquirida ao longo do tempo, ela consegue antecipar algumas questões e dificuldades que os pacientes poderão encontrar, e tenta saná-las a fim de favorecer o retorno ao lar, a sua independência, a reabilitação e, conseqüentemente, a melhora da sua qualidade de vida.

As evidências aqui encontradas mostram a relevância da atuação em equipe para a reabilitação do paciente. Cada profissional desempenha a sua função em contato direto com o

profissional de outra área, possibilitando assim a maior integração no tratamento do paciente, com objetivos comuns na orientação, no treinamento e na independência.

Só foi possível avaliar e conhecer resultados como a questão sexual do paciente que realiza a artroplastia total do quadril, graças à metodologia qualitativa utilizada e à orientação sistemática na unidade Sarah-Centro por meio de uma abordagem em equipe, quando pudemos aquilatar sua efetividade.

É importante considerar que, após o procedimento, os pacientes vivenciam os ganhos proporcionados pela cirurgia, como o alívio da dor e a melhora da função. Nesse momento, são capazes de perceber mais claramente as perdas em consequência da doença no quadril e passam a querer mais, o que gera novos objetivos e novas expectativas (como ser independente, não citado no pré-operatório e que aparece nas entrevistas de pós-operatório). E esse fato tem implicações para a definição e a percepção da qualidade de vida, o que pode gerar consequências e frustrações para a equipe que o acompanha; pois, por mais que ocorra uma melhora em todos os domínios da vida com a artroplastia (conforme demonstrado pelos instrumentos), o paciente quer mais; quer a sua independência; quer melhora no padrão de marcha, com maior autonomia, e sem auxílio-locomoção; quer maior contato social.

Para os profissionais interessados em compreender as mudanças na qualidade de vida dos seus pacientes em consequência da doença ou do tratamento, é difícil essa compreensão, uma vez que instrumentos de avaliação não estão incorporados de forma rotineira na abordagem diária.

Uma possível solução para essa questão é a avaliação da qualidade de vida feita pelos integrantes da equipe de *per si*. Essa avaliação torna-se importante visto que pontos de conflito, ou seja, avaliação positiva do profissional e negativa do paciente, ou vice-versa, poderão ser discutidos e reinterpretados. A equipe poderá valorizar os ganhos que, após a cirurgia, o paciente pode não perceber e que, na avaliação conjunta da equipe, são relevantes e devem ser explicados claramente aos pacientes. Sobre isso, Costa Neto e Araújo (2003) relatam que desta forma, na avaliação, pode-se somar outras dimensões de qualidade de vida observadas pelos profissionais. O que caracteriza um registro de mão dupla, uma vez que contém informações num discurso de dentro para fora, do paciente e de fora para dentro, o do profissional, caracterizando uma avaliação centrífuga e centrípeta, respectivamente.

Se o paciente não sabe exatamente o que é e como avaliar a sua qualidade de vida, essa avaliação dos profissionais poderá auxiliá-lo nessa identificação. A discussão das áreas de conflito pode auxiliar o paciente na identificação de pontos importantes da sua recuperação, como também os próprios profissionais que podem estar negligenciando

importantes aspectos que interferem na percepção da qualidade de vida e que devem ser considerados na reabilitação do paciente.

A alta adesão aos cuidados com a prótese no pós-operatório foi observada na análise das entrevistas e é um importante fator a se considerar, visto que dele depende a estabilidade do procedimento e a satisfação do paciente. Por adesão, entende-se a extensão na qual os pacientes aderem a regimes de tratamentos propostos. A qualidade da relação da equipe com o paciente e a natureza da comunicação entre eles afetam a adesão (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000). Segundo Pereira e Araujo (2006), as informações repassadas durante um programa de reabilitação, são fundamentais para o que o paciente compreenda o que se passa com seu organismo e tenha meios para definir um novo estilo de vida com a incorporação dos cuidados em seu cotidiano.

Uma importante contribuição é a orientação no pré-operatório, que rotineiramente ocorre em nosso atendimento, o que pode justificar esse achado. Prover informação sobre o procedimento cirúrgico e as diversas fases da reabilitação tem um efeito positivo nos resultados e no envolvimento ativo dos pacientes no seu próprio cuidado, pois dá-lhes a consciência de que tem de controlar sua recuperação, trazendo benefícios psicológicos positivos (Gammon & Mulholland, 1996).

Orientações claras, recebidas no pré-operatório, auxiliam os pacientes a aceitar as limitações necessárias para a boa evolução do processo de recuperação após a cirurgia, mesmo não sendo alcançadas todas as expectativas.

Percebe-se a intenção do paciente em abrir mão de determinadas atividades com o intuito de manter o cuidado após a artroplastia, caracterizando um modelo comportamental de adesão, que se relaciona com a adoção de comportamentos de saúde (Marks & cols., 2000). Isso nos faz concluir que os pacientes estão sendo orientados de forma adequada quanto à cirurgia e quanto ao pós-operatório, acarretando, dessa maneira, alto índice de adesão ao programa instituído.

Na avaliação do programa de reabilitação para os pacientes que se submetem a artroplastia total do quadril na Unidade Sarah-Centro, da Rede Sarah de Hospitais, o protocolo pode ser considerado adequado, uma vez que objetiva a retirada precoce do paciente do leito e a sua independência ao retornar ao lar. Experiências como essa devem ser seguidas por outras equipes em função do paciente.

5.6 Qualidade de Vida, Independência e Reabilitação

Entre os pacientes que participaram deste estudo, a referência à independência e, conseqüentemente, à reabilitação influenciou enormemente a avaliação de satisfação com os resultados e a qualidade de vida em especial.

Há, contudo, uma diferença entre qualidade de vida e reabilitação. A reabilitação objetiva capacitar a pessoa a reassumir uma vida ativa e satisfatória, minimizando as limitações que podem acarretar prejuízo físico (Tam, 1998). Visa a facilitar a participação do indivíduo nas atividades que podem promover sua independência funcional e alcançar como resultado final melhor qualidade de vida.

A independência do paciente proporcionada pela cirurgia, ou seja, a sua reabilitação, sem dor e sem limitações funcionais, propiciou uma avaliação muito positiva da sua qualidade de vida no pós-operatório. A reabilitação está a serviço da qualidade de vida e, como tal, deve ser considerada em avaliações cujo objetivo final é a melhora da qualidade de vida do indivíduo no seu contexto e a minimização das suas limitações.

Conforme relata Tam (1998), é essencial que se identifiquem os fatores que contribuem para a qualidade de vida do indivíduo; e, nesta pesquisa, a independência foi considerada um fator primordial para a avaliação positiva.

Em relação ao treinamento com os equipamentos, objetivando a independência dos pacientes, os artigos lidos não fazem referência a esses itens. Mas o que se observa com esta pesquisa, é que os pacientes, no pós-operatório, fazem uso dos equipamentos em algum momento, com mais freqüência no primeiro mês; iniciando, posteriormente, um processo de independência sem a necessidade de tais equipamentos, mesmo com o uso irregular dos mesmos.

5.7 Comentários, Perspectivas e Sugestões

Os pacientes participantes deste estudo foram acompanhados durante três meses após a cirurgia. Porém, após esse período, outras mudanças podem ocorrer, e de uma forma ou de outra, com interferência na reabilitação e na avaliação da qualidade de vida desses pacientes. Considerando o número de cirurgias realizadas na Unidade Sarah-Centro de Brasília e o tamanho da amostra deste estudo, essas conclusões devem ser levadas em consideração na abordagem aos pacientes atendidos nesta unidade, mas não para toda a população.

A maior dificuldade encontrada para a realização da pesquisa residiu em separar a ação do terapeuta funcional do olhar do pesquisador. Muitas vezes a crítica da pesquisadora, no que se refere a questões mais pessoais da entrevista realizada, esteve presente durante o

atendimento da fisioterapeuta a pacientes que se submeteram a artroplastia total do quadril. Mas vale deixar claro que a pesquisadora não realizou atendimentos aos pacientes que compunham esta amostra, porém como fisioterapeuta não deixou de realizar suas atividades com os demais pacientes que se submeteram a esta cirurgia.

Este trabalho sugere a realização, no futuro, de uma pesquisa para produção de dados normativos da população brasileira com o SF-36.

Como relatado anteriormente, esses dados normativos da população brasileira ainda não existem; no entanto, se existissem poderiam auxiliar a comparação em diversas pesquisas, nas variadas patologias e nos resultados de tratamento quando o alvo principal é a avaliação de qualidade de vida por um instrumento genérico, sob a perspectiva do paciente.

A avaliação de qualidade de vida através da percepção do paciente, torna-se importante para se avaliar a consequência das doenças e os resultados de tratamentos a fim de melhor caracterizar e compreender a população atendida.

Sugerimos o uso desses instrumentos nos pacientes como seqüência a este trabalho, a fim de se manter uma observação clínica das mudanças que ocorrem nos pacientes.

Com um acompanhamento mais prolongado dos pacientes depois da artroplastia do quadril, poderíamos obter outras informações, principalmente relacionadas ao retorno ao trabalho, à melhora da capacidade funcional, especialmente a marcha, e aos aspectos físicos e sociais, que foram apontados pelos pacientes como expectativa para os próximos meses. Vai ao encontro da literatura, que relata alterações maiores para esses aspectos entre três e seis meses do período pós-operatório.

A relação entre os aspectos psicológicos e a qualidade de vida dos indivíduos submetidos à artroplastia do quadril ou mesmo em condições ortopédicas, tem sido pouco estudada na literatura. Essa relação deve ser explorada em estudos futuros, e como os aspectos psicossociais podem influenciar em relação ao alívio da dor e da melhora da função e, dessa forma, afetar a sua independência e a sua reabilitação. A participação da família é de fundamental importância. Contudo, não abordamos a questão do suporte familiar e social na recuperação desses pacientes, o que pode ser motivo de outros estudos.

Um ponto interessante de se avaliar é como se comportam pacientes de diferentes regiões e culturas, frente a essa patologia; quais os mecanismos de compensação que desenvolvem; mantêm-se eles independentes e quais os domínios mais afetados. Um estudo multicêntrico torna bastante desafiadora a tarefa dos pesquisadores envolvidos; mas, com certeza, será bastante revelador.

Considerações Finais

Certamente o conceito de qualidade de vida, amplamente divulgado na mídia, não se encontra estagnado. De um lado, ele recebe permanentemente as influências das crenças e valores coletivos que evoluem continuamente. Por outro lado, a realização de investigações sobre o tema também gera novas compreensões, enriquecendo a discussão teórico-conceitual e metodológica. Nesse sentido, acreditamos que seus fundamentos ainda serão ajustados, apesar do consenso em torno de alguns elementos em comum: subjetividade, multidimensionalidade e dinamismo.

Cabe insistir que, no presente trabalho, consideramos a qualidade de vida como a resultante da convergência e da interação de diversos componentes na esfera subjetiva. Em outras palavras, reconhecemos que, o valor atribuído pelo sujeito a uma dimensão da sua qualidade de vida depende, em parte, do seu contexto mais imediato e se modifica ao longo do desenvolvimento.

São vários os instrumentos existentes para a avaliação de qualidade de vida. Contudo consideramos, a partir desta pesquisa, que a combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos parece ser a abordagem mais adequada, pois nos permite uma comparação entre os dados produzidos e a aplicação das informações geradas durante o tratamento do paciente. Um instrumento gera informações complementares ao outro. Assim, a avaliação pelo SF-36 captou as mudanças que ocorrem na qualidade de vida do paciente após a intervenção e também forneceu indicadores objetivos que subsidiaram a análise pelas entrevistas. Já o estudo qualitativo revelou-nos, em maior profundidade, as múltiplas repercussões da doença e da cirurgia sobre a vida do paciente.

Do ponto de vista assistencial, defendemos a inclusão da avaliação de qualidade de vida na rotina de atendimento da fase diagnóstica, passando pelas diferentes etapas de intervenção e mesmo após a alta (como uma modalidade de acompanhamento longitudinal).

Quanto à eficácia terapêutica da artroplastia total do quadril, ao que parece trata-se de um procedimento recomendável para alívio da dor e melhora da função. Apesar das dificuldades técnicas envolvidas, é pertinente considerar tal indicação para pacientes mais jovens, a fim de minimizar o sofrimento causado pela doença ao longo dos anos seguintes, justamente quando as exigências da vida ativa ainda não podem ser adiadas.

De acordo com os dados obtidos, domínios avaliados como mais comprometidos no pré-operatório – como dor, aspectos físicos e capacidade funcional – são justamente aqueles que sofreram as maiores alterações no pós-operatório. Por outro lado, saúde mental e estado

geral de saúde pouco se modificaram entre as duas avaliações, indicando, portanto, que são domínios pouco afetados pela doença degenerativa articular.

Pelas entrevistas, verificou-se que isolamento social e depressão são os principais transtornos da esfera emocional relatados no pré-operatório e que, após a cirurgia, são minimizados.

No que se refere à faixa etária, foi possível notar que pacientes mais idosos (entre 56-75 anos de idade) apresentaram mais ganhos da capacidade funcional, quando comparados aos mais jovens (entre 35-55 anos).

De modo geral, os participantes encontraram dificuldade para conceituar qualidade de vida. Mas, conseguiram mencionar alguns fatores como saúde, família e participação em atividades sociais como componentes essenciais de uma melhor qualidade de vida.

Segundo nossa amostra, a independência alcançada com a cirurgia traduz-se em qualidade de vida positiva, ao passo que a frustração está relacionada com o não atendimento às expectativas iniciais, que, nesta pesquisa, evidenciamos tratarem-se de expectativas que não estavam previstas para o procedimento cirúrgico.

Em relação ao programa de reabilitação, acreditamos ser efetivo para promover a reabilitação do paciente após artroplastia total do quadril. Contudo, os dados levantados alertam quanto à necessidade de aprimoramento da orientação sexual, no intuito de proporcionar maior segurança e conforto aos pacientes e a (o) parceiro (a).

Considerando a metodologia adotada, um período de acompanhamento mais longo poderá fornecer-nos outros dados importantes para a caracterização desses pacientes e avaliação da qualidade de vida.

A discussão quanto ao melhor momento de se realizar a cirurgia persiste, uma vez que questões relacionadas aos aspectos técnicos se mantêm. Quanto mais limitado funcionalmente estiver o paciente no pré-operatório, menor poderá ser a sua recuperação funcional após a realização da cirurgia.

Sugere-se que futuras investigações, voltadas para a produção de dados normativos da população brasileira, adotem escalas de avaliação, tais como aquelas repertoriadas na primeira parte do presente trabalho e, em particular o SF-36.

Tendo como parâmetro a população brasileira, a amostra deste estudo poderia ser considerada limitada. No entanto, as informações aqui geradas nos parecem pertinentes para produzir dados relevantes para as equipes de reabilitação da Rede Sarah, em especial a Unidade Sarah-Centro, ou para outras equipes que lidam com essa clientela específica ou com patologias clinicamente semelhantes.

Em síntese, uma vez mais constatamos que estudar qualidade de vida é essencial para se oferecer um atendimento de qualidade que assegure a reabilitação do paciente.

A esse respeito, gostaríamos de citar a frase da paciente P9: *“Antes eu fazia porque eu via que precisava fazer, mas com dor. Hoje não, hoje eu faço bem tranqüila. Graças a Deus que tem isto. Porque já viu se não tivesse esse ‘concerto’, cirurgia, o que eu ia fazer?”* Da nossa parte, esperamos – enquanto terapeuta funcional, membro de uma equipe de reabilitação – que os recursos terapêuticos disponibilizados continuem sendo aperfeiçoados em prol da qualidade de vida daqueles que cuidamos e acompanhamos.

Referências

Abello-Banfi, M., Cardiel, M. H., Ruiz-Mercado, R. & Alarcón-Segovia, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis: Validation of a spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish- AIMS). *The Journal of Rheumatology*, 21(7), 1250-1255.

Aaronson, N. K. (1998). Quality of life assessment in clinical trials: Methodologic issues. *Controlled Clinical Trials*, 10, 195S-208S.

Bayley, K. B., London, M. R., Grunkemeier, G. L. & Lansky, D. J. (1995). Measuring the success of treatment in patient terms. *Medical Care*, 33(4), AS226-AS235.

Bertani, I. F., Rezende, R. M., Parzewski, C. C. F. & Lourenço, E. A . S. (2005). Instrumentos e métodos para medir qualidade de vida. *Revistaoces.com.br*, 15(5). Retirado em 04/11/2005 da World Wide Web: [http:// http://www.revistasoces.com.br/](http://www.revistasoces.com.br/)

Bombardier, C., Melfi, C. A., Paul, J., Green, R., Hawker, G., Wright, J. & Coyte, P. (1995). Comparison of a generic and disease-specific measure of pain and physical function after knee replacement surgery. *Medical Care*, 33(4), AS131- AS144.

Borstlap, M., Zant, J. L., Van Soesbergen, M. & Van Der Korst, J. K. (1994). Effects of total hip replacement on quality of life in patients with osteoarthritis and in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 13(1), 45-50.

Brandão, L., Ferraz, M. B. & Zerbini, C. A. F. (1998). Health status in rheumatoid arthritis: Cross cultural evaluation of portuguese version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (Brasil- AIMS2). *The Journal of Rheumatology*, 25, 1499-1501.

Brooks, P. (2002). Impact of osteoarthritis on individuals and society: How much disability? Social consequences and health economic implications. *Current Opinion in Rheumatology*, 14, 573-577.

Buckwalter, J. & Mankin, H. J. (1998). Tissue design and chondrocyte-matrix interactions. *Journal of Bone and Joint Surgery (Am)*, 79-A, 600-611.

Buckwalter, J., Saltzman, C. & Brown, T. (2004). The impact of osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 427S, S6-S15.

Callahan, C. D., Young, P. L. & Barisa, M. T. (2005). Using the SF-36 for longitudinal outcomes measurement in rehabilitation. *Rehabilitation Psychology* 50(1), 65-70.

Cella, D. & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(suppl. 2), 510-517.

Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the cronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168-195.

Chiu, H., Mau, L., Hsu, Y. & Chang, J. (2001). Postoperative 6 month and 1-year evaluation of health-related quality of life in total hip replacement patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 100(7), 461-465.

Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B.; Santos, W.; Meinão, I. & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.

Ciconelli, R. M. (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43(2), 9-13.

Cleary, P. D., Reilly, D. T., Greenfield, S., Mulley, A. G., Wexler, L., Frankel, F. & McNeil, B. J. (1993). Using patients reports to assess health-related quality of life after total hip replacement. *Quality of Life Research*, 2, 3-11.

Corti, C. M. & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: Prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(5), 359-363.

Costa Neto, S. B. & Araujo, T. C. C. F. (2001). Tomada de decisão em equipe de saúde: Estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante. Retirado em 28/11/2005 da World Wide Web: <http://www.nemeton.com.br>

Costa Neto, S. B. (2002). *Qualidade de Vida dos portadores de neoplasia de cabeça e de pescoço: O Bem - Ser, o Bem - Ter e o Bem - Viver*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Costa Neto, S. B. & Araujo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. *Estudos*, 30(1), 165-179.

Dahm, D. L., Jacofsky, D. & Lewallen, D. G. (2004). Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: A survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 428, 237-240.

Dantas, R. A. S., Sawada, N. O. & Malerbo, M. B (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 11 (4). Retirado em 07/07/05 da World Wide Web:<http://www.scielo.php?script=sciarttext&pid>.

Dauphinee, W. S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *Epidemiology*, 52(4), 355-363.

Dedhiya, S. & Kong, S. X. (1995). Quality of life: An overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science*, 17(5), 141-148.

Dekker, J., Boot, B., Van der Woude, L. H. V. & Bijlsma, J. W. J. (1992). Pain and disability in osteoarthritis: A review of biobehavioral mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 189-214.

Dijkers, M. P. (2003). Individualization in quality of life measurement: Instruments and approaches. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84 (Suppl 2), S3-14.

Dysvik, E., Lindstrom, T. C., Eikeland, O. J. & Natvig, G. K. (2004). Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5(2), 66-74.

Eiser, C. & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4), 1-100.

Etghen, O., Bruyère, O., Richey, F., Dardennes, C. & Reginster, J. Y. (2004). Health-Related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 86-A(5), 963-973.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Society Scientific Medicine*, 41(10), 1439-1446.

Ferraz, M. B., Oliveira, L. M., Araújo, P. M. P., Atra, E. & Tugwell, P. (1990). Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire. *The Journal of Rheumatology*, 17, 813-817.

Fitzgerald, J. D., Orav, J., Lee, T. H., Marcantomio, E. R., Poss, R., Goldman, L. & Mangione, C. M. (2004). Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51(1), 100-109.

Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). *Revista de Saúde Pública*, 3(2), 198-205.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL - bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Fleck, M. P. A. (2001). Avaliação de qualidade de vida. Em R. F. Junior, & J. A. J. Figueiró (Orgs.), *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas – depressões secundárias* (pp. 33 - 43). São Paulo: Atheneu.

Fortin, P. R., Clarke, A. E., Joseph, L., Liang, M. H., Tanzer, M., Ferland, D., Phillips, C., Partridge, A. J., Bélisle, P., Fossel, A. H., Mahomed, N., Sledge, C. B. & Katz, J. N. (1999). Outcomes of total hip and knee replacement. Preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis & Rheumatism*, 42(8), 1722-1728.

Fujita, K., Makimoto, K. & Hotokebuchi, T. (2006). Qualitative study of osteoarthritis patients' experience before and after total hip arthroplasty in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 8(2), 81-87.

Gammon, J. & Mulholland, C. W. (1996). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 33(6), 589-604.

Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1-5.

Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A Critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *The Journal of the American Medical Association*, 272(8), 24-31.

Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.

Haas, H. B. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Westerns Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.

Hays, R. D., Hahn, H. & Marshall, G. (2002). Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 4-9.

Harkess, J. W. (1996). Artroplastia do quadril. Em A. H. Crenshaw (Org), *Cirurgia ortopédica de Campbell I* (pp. 467 – 666). São Paulo: Manole.

Harris, W. H. & Sledge, C. B. (1990). Total hip and total knee replacement (first of two parts). *The New England Journal of Medicine*, 323, 725-731.

Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(suppl. 1), 25-31.

Holtzman, J., Saleh, K., & Kane, R. (2002). Gender differences in functional status and pain in a Medicare population undergoing elective total hip arthroplasty. *Medical Care*, 40(6), 461-470.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). *Relatórios Técnicos do Perfil da população Brasileira*. São Paulo: IBGE.

Jackson, D. W., Simon, T. M. & Aberman, H. M. (2001). Symptomatic articular cartilage degeneration the impact in the new millennium. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, 391S, S14-S25.

Jones A. C., Voaklander, D. C., Johnston, C. W. & Suarez-Almazor, M. E. (2000). Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *Journal of Rheumatology*, 27, 1745-1752.

Jones, C. A., Beaupre, L. A., Johnston, D. W. C. & Suarez-Almazor, M. E. (2005). Total joint arthroplasties: Current concepts of patient outcomes after surgery. *Clinical in Geriatric Medicine*, 21, 527-541.

Kee, C. C. (2000). Osteoarthritis manageable scourge of aging. *Nursing Clinics of North America*, 35(1), 199-208.

Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howard, N. (2004). Chronic illness self-mangement: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259-267.

Kurlowicz, L. H. (1998). Perceived self-efficacy, functional ability, and depressive symptoms in older elective surgery patients. *Nursing Research*, 47(4), 219-226.

Laupacis, A., Bourne R., Rorabeck, C., Feeny, D., Wong, C., Tugwell, P., Leslie, K. & Bullas, R. (1993). The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 75-A(11), 1619-1626.

Liang, H. M., Cullen, K. E. & Poss, R. (1982). Primary total hip or knee replacement: Evaluation of patients. *Annals Of Internal Medicine*, 97, 735-739.

Liang, H. M., Katz, J. N., Phillips, C., Sledge, C. & Cats-Baril, W. (1991). The total hip arthroplasty outcome evaluation form of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 73-A(5), 639-646.

Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M. & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: Um estudo descritivo baseado na Pesquisa por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 735-743.

Lipp, M. E. N. & Rocha, J. C. (1994). Stress, hipertensão e qualidade de vida. Campinas: Papyrus.

Loduca, A. (1999). Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento da dor crônica: Experiência da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em M. M. Carvalho (Org.). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. SP: Summus.

Mancuso, C. A., Salvati, E. A., Johanson, N. A., Peterson, M. G. E. & Charlson, M. E. (1997). Patients's expectations and satisfaction with total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 12(4), 387-396.

Mapi Research Trust (2004). PROQOLID, The Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database, (www.proqolid.org/).

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health psychology*. London: Sage Publications.

McGuigan, F. X., Hozack, W. J., Moriarty, L., Eng, K. & Rothman, R. H. (1995). Predicting quality-of-life outcomes following total joint arthroplasty. Limitations of the SF-36 health status questionnaire. *The Journal of Arthroplasty*, 10 (6), 742-747.

Moran, M., Khan, A., Sochart, D. H. & Andrew, G. (2003). Expect the best, prepare for the worst: Surgeon and patient expectation of the outcome of primary total hip and knee replacement. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 85, 204-206.

Moskowitz, R. W., Howell, D. S., Altman, R. D., Buckwalter, J. A. & Goldberg, V. M. (2001). *Osteoarthritis diagnosis and medical/surgical management*. Pennsylvania: W.B. Saunders Company.

Naughton, J. M. & Shumaker, S. A. (1997). Assessment of health-related quality of life in orthopaedic outcomes studies. *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 13(1), 107-113.

National Institute of Health (1995). Consensus conference of total hip replacement. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 1950-1956.

Nilsdotter, A-K., Peterson, I. F., Roos, E. M. & Lohmander, L. S. (2003). Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for Osteoarthritis a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 923-930.

O'Boyle, C. A. (1992). Assessment of quality of life in surgery. *The British Journal of Surgery*, 79, 395-398.

Orbell, S., Espley, A., Johnston, M. & Rowley, D. (1998). Health benefits of joint replacement surgery for patients with osteoarthritis: Prospective evaluation using independent assessments in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 564-570.

Ostendorf, M., Van Stel, H. F., Buskens, E., Schrijvers, A. J. P., Marting, L. N., Verbout, A. J. & Dhert, W. J. A. (2004). Patient-reported outcome in total hip replacement. A comparison of five instruments of health status. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 86-B(6), 801-808.

Pacault-Legendre, V. & Courpied, J. P. (1999). Survey of patient satisfaction after total surgery of the hip. *International Orthopaedics*, 23, 23-30.

Patrick, D. L. & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medicine and Care*, 27(3), 217- 232.

Pereira, M. E. M. S. M. & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular. *Psico*, 37(1), 37-45. Retirado em 26/08/2006 da World Wide Web: [http:// www.pucrs.br/psico/revistapsico/volume37/P37-1p37-45.pdf](http://www.pucrs.br/psico/revistapsico/volume37/P37-1p37-45.pdf).

Petrie, K., Chamberlain, K. & Azariah, R. (1994). The psychological impact of hip arthroplasty. *Australian and New Zealand Journal Surgery*, 64,115-117.

Pitson, D., Bhaskaran, V., Bond, H., Yarnold, R. & Drewett, R. (1994). Effectiveness of knee replacement surgery in arthritis. *International Journal Of Nursing Studies*, 49-56.

Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: Uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Raimundo, C. R. R., (2002). *Avaliação da qualidade de vida após acidente vascular cerebral*. Monografia de Especialização, Universidade Sarah em Ciências da Reabilitação, Brasília.

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2005). *Relatório técnico de atividades cirúrgicas*. Brasília: Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede Sarah.

Resnick, B., Orwig, D., Wehren, L., Hawkes, W., Hebel, R., Zimmerman, S. & Magaziner, J. (2005). Health-related quality of life: Is it a good indicator of function post THR. *Rehabilitation Nursing*, 30(2), 46-54.

Rissanen, P., Aro, S., Sintonen, H., Slatis, P. & Paavolainen, P. (1996). Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: A prospective study. *Quality of Life Research*, 5, 56-64.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.

Salaffi, F., Carotti, M. & Grassi, W. (2005). Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: Comparison of generic and disease-specific instruments. *Clinical of Rheumatology*, 24, 29-37.

Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowel, J., Engberg, S., Sereika, S. M., Rohay, J. M. & Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65.

Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(2/3), 171-185.

Scott, D. L. & Garrod, T. (2000). Quality of life measures: Use and abuse. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14(4), 663-687.

Seidl, E. M. F. (2001). *Pessoas que vivem com HIV/AIDS: Configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

SF-36 Organization. <http://www.sf-36.org/>. Retirado em 02/2004 e 07/2005.

Sjöling, M., Agren, Y., Olofsson, N., Hellzén, O. & Asplund, K. (2005). Waiting for surgery; living a life on hold-a continuous struggle against a faceless system. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 539-547.

State University of New York at Buffalo (1993). *Guide for the uniform data set for medical rehabilitation (Adult FIM), Version 4.0*. Buffalo, NY: The Center for Functional Assessment Research Uniform Data System for Medical Rehabilitation.

Stern, S. H., Fuchs, M. D., Ganz, S. B., Sculco T. P. & Salvati, E. A. (2004). Sexual function after total hip arthroplasty. *Clinical orthopaedics and related research*, 269, 228-235.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tam, S. F. (1998). Quality of Life: Theory and methodology in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21, 365-374.

Teixeira-Salmela, L. F., Magalhães, L. C., Souza, A. C., Lima, R. C. M. & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: Um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 905-914.

Testa, A. M. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.

The Australian Centre on Quality of Life (2004). *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, (<http://www.deakin.edu.au>).

Towheed, T. E. & Hochberg, M. C. (1996). Health-related quality of life after total hip replacement. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26(1), 483-491.

Turk, D. C. & Burwinkle, T. M. (2005). Assessment of chronic pain in rehabilitation: Outcomes measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), 56-64.

Trujillo, S. Tovar, C. & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universidade Psicologia Bogotá*, 3(1), 89-98.

Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medicine and Care*, 30(6), 473- 483.

Weinberger, M., Tierney, W. M., Booher, P. & Hiner, S. L. (1990). Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis. *Social Science & Medicine*, 30(4) 503-508.

Wiklund, I. & Romanus, B. (1991). A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of hip joint. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 73A(5), 765-769.

Wright, J. G., Rudicel, S. & Feinstein, A. R. (1994). Ask patients what they want. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 76-B(2), 229-234.

Wrosch, C. & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(suppl. 1), 59-72.

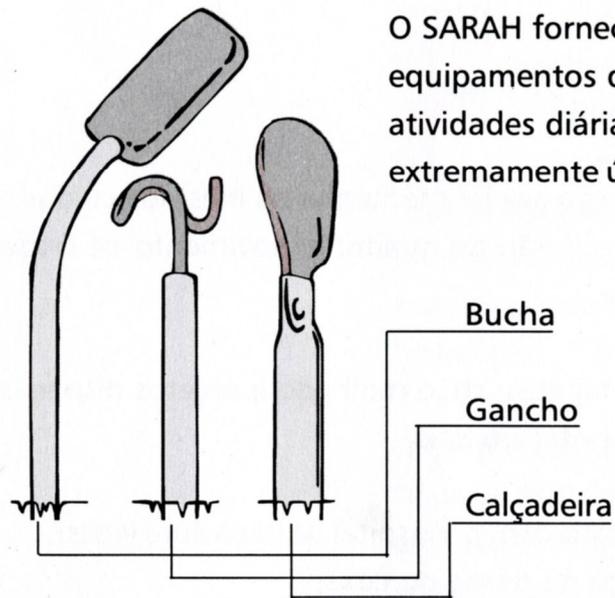
Anexos

Anexo 1

Equipamentos Utilizados para Favorecer a

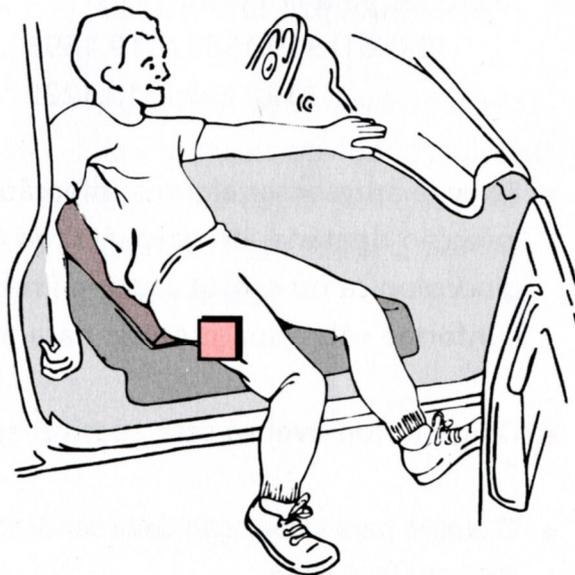
Independência dos Pacientes

O SARAH fornece alguns equipamentos de auxílio às atividades diárias que serão extremamente úteis



Ao entrar no carro, o banco deve estar totalmente afastado para trás. Sente-se com as pernas para fora, apoiando-se no carro. O encosto do banco deve estar semi-reclinado. Gire o corpo e as pernas para dentro evitando fechar a perna operada.

Se necessário, solicite auxílio para posicionar o membro operado.

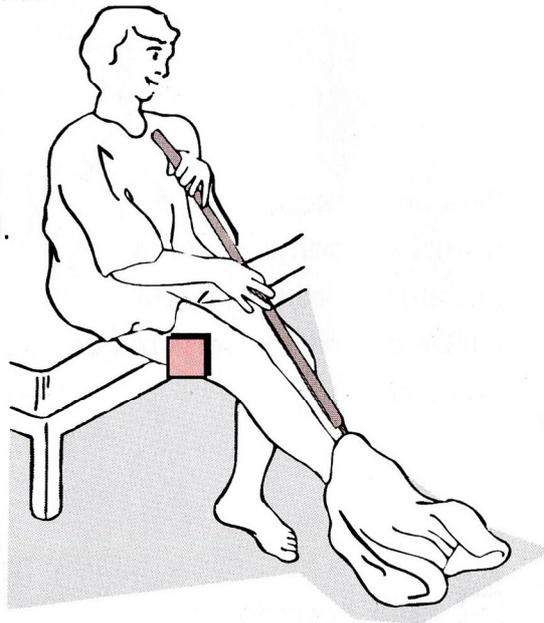


 Lado operado.



O banho pode ser feito na posição sentada ou de pé apoiando-se em um suporte. Use tapetes antiderrapantes no box do banheiro. O uso da bucha de cabo longo evita a flexão excessiva do quadril.

Procure manter-se ativo todos os dias e realizar suas atividades diárias (alimentação, cuidados pessoais e outras) de forma mais independente possível. Você é capaz de executá-las sem auxílio de terceiros.



■ Lado operado.

Anexo 2

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

SF-36

SF – 36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- Excelente1
- Muito Boa2
- Boa3
- Ruim4
- Muito Ruim5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás2
- Quase a mesma de um ano atrás3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás4
- Muito pior agora do que há um ano atrás5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. dificulta modo algum	Não de
Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3	
Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3	
Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3	
Subir vários lances de escadas	1	2	3	
Subir um lance de escada	1	2	3	
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3	
Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3	
Andar vários quarteirões	1	2	3	
Andar um quarteirão	1	2	3	
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3	

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- . De forma nenhuma1
- . Ligeiramente2
- . Moderadamente3
- . Bastante4
- . Extremamente5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas **4 semanas**? (circule uma)

- . Nenhuma1
- . Muito Leve2
- . Leve3
- . Moderada4
- . Grave5
- . Muito grave6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma).

- . De maneira alguma1
- . Um pouco2
- . Moderadamente3
- . Bastante4
- . Extremamente5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo1
- . Maior parte do tempo2
- . Alguma parte do tempo3
- . Uma pequena parte do tempo4
- . Nenhuma parte do tempo5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 3

Autorização do Comitê de Ética da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação



Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais

CERTIDÃO

Declaramos que o Projeto de Pesquisa, intitulado **Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes submetidos à Prótese Total de Quadril**, de **Denise Regina Matos**, cargo **Terapeuta Funcional**, foi apreciado e considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação na reunião de 29 de Outubro de 2004.

Brasília-DF, 04 de março de 2005

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renato Angelo Saraiva', is written over a faint, illegible stamp.

Renato Angelo Saraiva
Coordenador do CEP da Associação das Pioneiras Sociais

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisador responsável: Denise Regina Matos

Crefito-11: 7556-F

Estou desenvolvendo uma pesquisa de Mestrado, na Universidade de Brasília (UnB), que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes que se submetem à prótese total de quadril, que é a cirurgia proposta para você.

Para desenvolver este estudo, é necessário realizarmos uma entrevista a qual deverá ser gravada e também preencher uma escala de avaliação de qualidade de vida, conhecida como SF-36.

Estes encontros para o preenchimento destas escalas, se darão em dois momentos. O primeiro será no pré-operatório, quando você estiver internado e o segundo será três meses após o procedimento cirúrgico. Esta data coincide com o seu retorno ao médico para revisão.

A sua participação é voluntária, podendo se retirar do estudo no momento em que desejar e, seja qual for a sua decisão, não haverá qualquer prejuízo para o seu tratamento.

Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo sobre as informações que possam identificá-lo.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: (61) 3191015.

Eu _____, concordo em participar da pesquisa 'Avaliação de Qualidade de Vida em pacientes submetidos à Prótese total de quadril'.

Brasília _____ de _____ de 200 ____

Ass: paciente/Responsável

Ass: Denise Regina Matos

Anexo 5

Roteiro de Entrevista Semi – Estruturada (etapa pré e pós-operatório)

Roteiro de entrevista semi-estruturada (Etapa Pré-operatória)

Data:

Registro:

Introdução: o objetivo desta entrevista é saber como você tem avaliado alguns aspectos da sua vida e do seu estado de saúde. Nos interessa saber o que você pensa sobre as perguntas que lhe serão feitas. Não há respostas certas ou erradas. E sempre que tiver alguma dúvida, por favor, peça esclarecimentos.

Obrigada!

Social

- Como você passa a maior parte do tempo?
- Você mantém o mesmo contato com seus amigos/parentes desde o início dos sintomas?
- Mantém as mesmas atividades sociais que realizava anteriormente como de lazer e religiosas?
- Você tem tido vontade de participar mais das atividades sociais? Por que?

Familiar

- Ocorreram modificações no seu ambiente familiar em função do seu estado de saúde? Se sim, quais?
- Como você tem resolvido esta questão?
- Como reagem à sua doença?
- Que tipo de apoio você tem recebido de sua família?
- Eles o auxiliam a desempenhar suas atividades do cotidiano? – quem e quais?
- Você percebe que alguém se afastou ou se aproximou de você pela sua situação?

Parceiro (a)

- Você mantém o mesmo relacionamento com seu parceiro atualmente?
- **Se sim:** Seu problema interferiu para limitar sua atividade sexual?
- **Se Não:**
- Atualmente, você mantém o mesmo padrão sexual com o seu parceiro (a)?
- No relacionamento com o seu parceiro (a) vocês apresentam alguma dificuldade?
- Como resolveram esta questão?

Psicológico/emocional

- Como você se avalia ou se define do ponto de vista emocional?
- Como tem sido seu estado emocional no último ano?
- De alguma forma a dor em seu quadril afetou o seu humor? Como estar mais irritado ou mais alegre.
- De alguma forma as dificuldades para realizar determinadas atividades afetam o seu humor? Como?
- Você acredita ter perdido ou ter ganhado algo a partir da apresentação dos sintomas?

Trabalho

Se Sim:

- Considera que a sua capacidade de trabalho está igual a antes?
- Você tem apresentado dificuldades para o seu trabalho? Em quais tarefas?
- O que mais tem dificuldade para realizar?
- Você já se adaptou? Como?
- De alguma forma você se sente tratado de forma diferente no seu trabalho?

Se Não:

- Quais os motivos que o (a) fizeram se afastar desta atividade?
- Quanto tempo você se manteve no trabalho após iniciar os sintomas?
- Você buscou se adaptar? Como?
- De alguma forma você se sentia diferenciada/ discriminada no seu trabalho?

Físico

- Como você avalia o seu estado de saúde hoje?
- Você tem alguma limitação funcional (**física**) no seu dia-a-dia?
- Como é para você esta limitação?
- Você precisa de ajuda para realizar suas atividades pessoais, como banho, vestir, ou outras atividades? Se sim quem o auxilia?
- Como você se adaptou a elas ou as resolveu?
- O que mudou desde o início dos sintomas até hoje em relação ao aspecto físico?
- O que mais o (a) incomoda na sua situação atual (relacionado com os sintomas da sua doença e com a qualidade de vida)?

- Qual a sua maior dificuldade atualmente?
- O quanto a dor limita para as suas funções?
- O que mais a incomoda, a dor ou a limitação de movimentos?

Geral

- como esta o seu estado de saúde hoje?
- O que é qualidade de vida para você?
- Como você vê o procedimento cirúrgico a que se submeterá?
- Qual a sua expectativa com a cirurgia?
- Quais as preocupações ou o que te preocupa no procedimento cirúrgico?
- Que mudanças você acredita que poderão ocorrer a partir do procedimento cirúrgico?
- O que você considera importante para ter boa qualidade de vida?

Roteiro de entrevista semi-estruturada (Etapa Pós-operatória)

Data:

Registro:

Introdução: o objetivo desta entrevista é saber como você tem avaliado alguns aspectos da sua vida e do seu estado de saúde após o procedimento cirúrgico realizado. Nos interessa saber o que você pensa sobre as perguntas que lhe serão feitas. Não há respostas certas ou erradas. E sempre que tiver alguma dúvida, por favor, peça esclarecimentos.

Obrigada!

Social

- Como você passa a maior parte do tempo?
- Você mantém o mesmo contato com seus amigos/parentes desde a cirurgia?
- Mantém as mesmas atividades sociais como de lazer e religiosas que anteriormente você realizava?
- Houve alguma mudança nos seus hábitos sociais em função da cirurgia?
- Ocorreram ganhos ou perdas com a cirurgia?
- A sua vida social hoje corresponde ao que você pretendia? Quais as mudanças que gostaria de realizar?
- Das atividades que você gostaria de realizar, você já as realizou? Se Sim, quais e se não porque? E quais ainda pretende realizar?

Familiar

- Ocorreram modificações no seu ambiente familiar em função da cirurgia? Se sim, quais?
- Como a família reagiu a estas mudanças?
- Como você tem resolvido esta questão?
- Que tipo de apoio você tem recebido de sua família?
- Eles o auxiliam a desempenhar suas atividades do cotidiano? – quem e quais?
- Para quais atividades precisa de ajuda?
- Como reagem a necessidade de auxílio ou à sua independência?

Parceiro (a)

- Ocorreram modificações no relacionamento com o seu parceiro (a) após a cirurgia?

- Se Sim, como você avalia esta mudança? E em que aspectos?

Psicológico/emocional

- Como você se caracteriza do ponto de vista emocional?
- Com tem sido seu estado emocional nos últimos 3 meses?
- De alguma forma o procedimento cirúrgico afetou o seu humor? Como você avalia?
- Como você lida com estas alterações?
- Qual o grau de preocupação que você tem com a cirurgia?
- O que você espera alcançar/ modificar em sua vida a partir deste momento?

Trabalho

- Considera que a sua capacidade de trabalho está igual a antes? Da doença e da cirurgia?
- Você tem apresentado dificuldades para o seu trabalho?
- O que mais tem dificuldade para realizar?
- Você já se adaptou ? como?
- De alguma forma você se sente discriminado no seu trabalho?

Físico

- O que mais o incomoda no momento?
- Quanto a dor te incomoda hoje? Como você a gradua hoje de zero a dez?
- Você tem alguma limitação funcional no seu dia-a-dia?
- Como você percebe estas limitações?
- Você precisa de ajuda para realizar suas atividades pessoais, como banho, vestir, ou outras atividades?
- Como você se adaptou a elas ou as resolveu?
- O que mudou desde a realização da cirurgia até hoje?
- O que mais o incomoda na sua situação atual (relacionado com os sintomas da sua doença e/ou procedimento cirúrgico e com a qualidade de vida)?
- Você se sente depende das adaptações ou do auxílio locomoção recebidos?
- Quais as modificações que ocorreram após a cirurgia no seu auto cuidado e nas suas atividades laborativas?

Geral

- A cirurgia atendeu suas expectativas até o momento? O que falta realizar?
- Como você avalia o seu estado de saúde hoje?

- O que é qualidade de vida para você?
- Ocorreram mudanças na sua Qualidade de Vida desde a cirurgia? Em que aspectos? E como você avalia?
- Você considera suficientes as orientações recebidas enquanto internado, você estava ciente de todos os cuidados que devem ser tomados?

Anexo 6

Resumo com as Características dos Pacientes da Amostra

P1

Tem 51 anos de idade, aposentado por invalidez, casado, seis filhos. Procedente do DF. O seu comprometimento é unilateral. No pré-operatório deambulava com auxílio de uma bengala em T, e manteve este auxílio no pós-operatório. Caracteriza-se pela sua vaidade, deixou de fazer uso de sapatos fechados e meia por não conseguir vesti-los com independência, usa basicamente chinelos. Sua rotina diária se restringiu ao lar, com restrição na sua vida social. No relacionamento familiar, houve uma maior aproximação uma vez que permanece mais tempo na companhia dos filhos, com aumento do suporte familiar às necessidades do paciente. O que mais o incomoda é a limitação sexual. Dentre os benefícios obtidos com a cirurgia o paciente enumera retorno às suas atividades sociais, o reencontro com os amigos, e voltar a dançar, mas se separou da esposa. A marcha é realizada sem restrições, mas pontua que não é uma pessoa normal em função da prótese no quadril. Mostra-se satisfeito com os resultados até aquele momento.

P2

A paciente é procedente de Formosa GO, 38 anos de idade, casada, um filho de 12 anos, do lar. Mora com o marido e o filho, que além de alguns amigos representam a sua rede de apoio. Faz uso de uma bengala em T, tanto no pré quanto no pós-operatório. Apresentava limitação funcional para as suas atividades rotineiras e de auto cuidado. Diminuíram as suas atividades sociais, e relação com amigos está na dependência deles a visitarem, porque não sai mais de casa. Com o marido é uma relação mais cautelosa, pois muitas vezes a dor a faz descontar no marido. Após a cirurgia a paciente não informa dor no quadril operado ou outras dores e também se encontra sem limitação funcional residual. Está independente para as atividades. Observou mudanças no relacionamento afetivo com o esposo, passou a ter uma relação mais carinhosa. Quanto ao relacionamento sexual é mais cuidadosa pelas limitações impostas após a cirurgia, mas manteve o contato. Tornou-se mais alegre e sociável.

P3

Tem o diagnóstico de artrite reumatóide, apesar do seu envolvimento ser de quadris. É divorciada, tem duas filhas, esta com 51 anos de idade, aposentada por invalidez. No pré-operatório, esta paciente se mostrava bastante chorosa, deprimida com o seu estado geral, pois se mantinha restrita ao lar, dependia das filhas para sair de casa, o que dificultava mais o relacionamento entre elas. Era usuária de cadeira de rodas em ambientes externos e em casa alternava com um par de muletas axilares. Necessitava de auxílio para as avds. Qualidade de vida se relacionava a ter saúde e relacionamento social. E a paciente esperava com a cirurgia poder melhorar a marcha. No pós-operatório, a paciente passou a desempenhar as suas atividades com independência, apesar de manter alguma dificuldade pelo envolvimento bilateral. Deambulava com auxílio de um par de bengalas canadenses somente para marcha comunitária. Naquele momento desejava viajar e se possível retornar a alguma atividade de trabalho. Aguardava o procedimento cirúrgico no outro quadril, mas já se mostrava bastante satisfeita com o resultado da cirurgia, pela melhora da dor e da função. Mostrava-se mais alegre, comunicativa, não mais relatava a tristeza anterior.

P4

Paciente com 61 anos de idade, solteira, mora com a mãe a quem presta os cuidados, e com os irmãos. Aposentada por tempo de serviço. Tem como diagnóstico osteoartrose de quadril bilateral. A paciente fazia uso de cadeira de rodas por apresentar restrição severa para a marcha e nos movimentos do quadril. Era independente para as Avds, mas fazia uso de um pequeno banco que a ajudava a se deslocar dentro de casa e para o seu auto cuidado. É dependente de terceiros para sair de casa, por este motivo prefere manter-se no ambiente domiciliar, diminuiu o contato com amigos e parentes e as atividades religiosas. Caracteriza-se mais emotiva, com tendência ao isolamento. Qualidade de vida não poderia deixar de incluir a ajuda a outras pessoas, especialmente aos membros da família, religião, e socialização em família. No pós-operatório passou a deambular com auxílio de uma bengala em T, e as atividades de vestuário e higiene eram realizadas com as adaptações. Retornou às suas atividades do lar e aos cuidados com a mãe. Sente-se mais disposta para o convívio social, não demonstra mais a tendência ao isolamento, e sim a disposição para se relacionar e satisfação em receber.

P5

Paciente com 55 anos é procedente de MG, do lar. É viúva, mora com uma filha e a neta. Apresenta osteoartrose unilateral. No pré-operatório a paciente não fazia uso de auxílio locomoção, mas apresentava limitação funcional e articular. Pela limitação progressiva e dor imposta pela doença em quadril, restringiu as suas atividades sociais e religiosas, permaneceu mais tempo no ambiente domiciliar e passou a depender dos familiares para sair de casa. A sua principal queixa é em relação à claudicação durante a marcha, e sua prioridade é a melhora para deambular. No PO a paciente manteve o andador para marcha, com insegurança e com restrição na sua capacidade, mas está independente para o vestuário, higiene e para certas atividades relacionadas ao lar (preparo alimentação, lavar e passar roupa...). Progressivamente retornou as atividades no grupo que freqüentava. O seu

estado emocional ainda é influenciado pela dor, apesar de ter ocorrido uma melhora considerável. A paciente encontrava-se satisfeita com os resultados e espera deambular com independência, viajar e retornar às suas atividades sociais.

P6

Paciente procedente de Brasília, 68 anos, casado, com filhos, esta aposentado. Seu envolvimento é unilateral e praticava caminhada e ciclismo. Gosta de dançar, acampar e caminhar. Não fazia uso de auxílio locomoção e tinha restrição articular no quadril. Era independente para as Avds. Percebe-se que o desejo do paciente era 'aproveitar' a sua aposentadoria com viagens, atividades físicas. Para se manter na prática de exercícios, promoveu algumas modificações no pedal de sua bicicleta, para não sobrecarregar o quadril, e substituiu as caminhadas que não conseguia mais realizar, pelo ciclismo. Qualidade de vida é considerada a saúde, poder fazer o que gosta, e acrescentou em relação aos demais participantes a parte financeira. No pós-operatório mantém uma bengala em T para marcha comunitária, apesar de já ter iniciado progressivamente esta última atividade. Teve suas expectativas alcançadas e refere melhora na sua qualidade de vida, uma vez que pôde retornar as suas atividades prévias.

P7

Paciente tem 62 anos de idade é procedente de Alexânia GO, casado com filhos adultos, mora somente com a esposa, é aposentado. Hoje tem uma vida restrita ao lar, e gostava de pescaria e viajar. Os filhos moram próximos e lhe dá o apoio necessário. Seu comprometimento é unilateral. Tem queixas álgicas significativas em quadril esquerdo o que compromete as relações sociais, o desempenho das suas atividades de rotina, e leva a limitações funcionais. Acredita ter se aproximado mais da esposa. No relacionamento sexual, necessitaram se adaptar de forma a não prejudicar o paciente, mas no PO não tiveram mais o contato, por medo e insegurança. Qualidade de vida acredita ser a tranquilidade, amor dentro de casa, religião e ausência de dor, porque assim outras mudanças podem ocorrer. No PO, o paciente se sente mais dependente pelos cuidados da esposa, mas esta independente para as Avds. Mantém a rotina diária de permanecer mais tempo em casa. Mantém a marcha com bengala em T. E observa-se a influência que a dor exercia no seu estado emocional, pois hoje refere estar mais alegre, e sem nada para chateá-lo, satisfeito com o resultado.

P8

Paciente com 56 anos, procedente do MS. Trabalhava como mecânico de automóveis e máquinas pesadas, se afastou da sua atividade por dificuldade após acidente que sofreu, evolui com artrose de quadril, motivo da artroplastia. É casado mora com a esposa e filhos, com boa rede social. Tem uma vida basicamente domiciliar, com as atividades sociais realizadas em família, por este motivo não aponta modificações sociais e familiares em nenhum momento, pré ou pós-operatório. E como perdas, enumera basicamente não poder trabalhar. Demonstra satisfação com o resultado obtido pelo alívio da dor, mas também certa frustração quanto ao não retorno ao trabalho, ainda mantém esta expectativa na avaliação de pós-operatório.

P9

Paciente com 74 anos de idade, solteira. Dedicava-se ao cuidado da casa onde moram padres de uma Paróquia. Tem o diagnóstico de osteoartrose. Em BSB a sua rede de apoio é escassa, conta basicamente com os padres. Fazia uso esporádico de uma bengala em T como auxílio locomoção, e apresentava restrição articular somente em quadril esquerdo. Não fazia uso de adaptações para as AVDs. É uma senhora bastante ativa, de bom "astral". O que mais chamou atenção na entrevista inicial desta senhora é a expectativa que tem com o procedimento cirúrgico de voltar a todas as atividades, manter uma rede social e caminhar. Adaptou as atividades para se manter independente. Sua vida social era restrita, com tendência ao isolamento em função da dor. No pós-operatório, a paciente deixou o auxílio locomoção com duas semanas e retornou a todas as suas atividades prévias, somente com os devidos cuidados. Inclusive com mais participação social. Mostra-se bastante satisfeita com o resultado obtido até aquele momento

P10

Paciente tem 35 anos de idade, o mais jovem deste estudo. Casado, dois filhos menores, com boa rede social de apoio, é técnico em enfermagem, esta deslocado para função administrativa. O comprometimento é bilateral. Apresentava restrição de movimentos, com limitação funcional importante, mas tentava se manter independente. A sua principal queixa está relacionada à limitação para marcha, e ao estado emocional mais irritado em família. Gostava de caminhar, praticar esportes, acampar e progressivamente deixou de realizar estas atividades. No pós-operatório o paciente deambula com auxílio de uma bengala em T e utiliza transporte coletivo. Esta retornando as atividades sociais com a família e se mantém independente. Ainda não retornou ao trabalho.

P11

57 anos de idade, casado, com quatro filhos adultos. Tem ensino médio completo, bancário aposentado. Artrose unilateral. No pré-operatório, apresentava limitação articular em quadril, fazia uso de uma bengala em T, mas se mantinha independente para as AVDs, e dirigir. Passa a maior parte do tempo em casa, diminuíram as atividades que desenvolve no sítio e também as relações sociais, em especial o dançar, que é uma fonte de prazer. Qualidade de vida para o paciente relaciona-se a lazer, fazer o que gosta, ter saúde e a família. Apesar de fazer uso regular de bengala em T, o paciente se mostra constrangido com o uso da mesma para as atividades sociais, se restringindo. No pós-operatório, observa-se a satisfação com o resultado do procedimento cirúrgico, pelo alívio da dor, diminuição da medicação analgésica, mais liberdade para viajar, e retorno parcial as atividades sociais. A melhora na sua autonomia na marcha é outro ponto que considera relevante. O relacionamento com a esposa é confuso, não houve mais o contato sexual entre ambos.

P12

Paciente tem 57 anos, é procedente de GO, viúva, do lar, mora com uma neta. Foi submetida em 08/04 a cirurgia para redução de estômago, diminuiu seu peso até aquele momento, em 40 quilos. Tem comprometimento unilateral por artrose de quadril esquerdo, fazia uso regular de um par de muletas axilares. No pré-operatório apresentava limitação para vestuário, higiene e para as atividades cotidianas, sendo dependente da ajuda de um familiar para realizá-las. Atividade social era bastante restrita. Fazer o que gosta, ter uma rede social, amigos e família, lazer, saúde e aspecto financeiro estão na definição de qualidade de vida pela paciente. No pós-operatório, a satisfação é evidente e principalmente relacionada a dois fatores: alívio da dor e ser independente. Faz uso de uma par de bengalas canadenses para marcha comunitária e somente uma em casa. Ser independente é um ponto fundamental para se ter boa qualidade de vida, o que conseguiu.

P13

Paciente com 56 anos, procedente de Ouro Preto, MG. Casado, dois filhos, é eletricitista aposentado aos 42 anos por tempo de serviço, com boa rede social de apoio. Após a aposentadoria se dedicou a atividades junto a grupos da terceira idade e praticava diversas atividades, como: voleibol, natação, futebol e direção de um centro comunitário. Tem artrose de quadril unilateral. Deambulava com uma bengala em T e tinha restrição articular importante em quadril esquerdo. Era independente para as Avds. A sua maior limitação no pré-operatório relacionada à marcha e para a prática de esportes, o que restringiu sua vida social. Cita pouco a dor em relação aos demais pacientes. No pós-operatório, apesar do discurso de satisfação com a cirurgia pela melhora da dor, percebe-se na fala do paciente uma certa frustração por não poder retornar às suas atividades anteriores. Houve um afastamento ainda maior das atividades sociais e entre as suas relações pessoais. Mantinha no pós-operatório as mesmas expectativas do pré, “andar normal”.

P14

Paciente com 53 anos de idade, procedente de MG, onde mora só, é solteiro. Aposentou-se em função da artrose em quadris. No pré-operatório fazia uso de uma bengala em T, e apresentava restrição articular bilateral e era independente através de posturas que o favoreciam para o vestuário e higiene. O que mais nos chama a atenção é em relação ao seu estado emocional, apresentou inclusive momentos de choro. Considera-se uma pessoa tímida, introvertido e muito reservado. Sente-se inferiorizado, deprimido, com tendências ao isolamento em função da doença. O seu hobby (a música) o mantém ativo e funciona como uma fonte de alívio do estresse. A dor o incomoda e refere serem constantes, passa a maior parte do tempo deitado. O paciente avalia o seu estado de saúde como ruim/péssimo, uma vez que tem uma capacidade para realizar, produzir, mas pelas limitações físicas não consegue fazê-las. Qualidade de vida é ter saúde, boa alimentação, manter relações sociais, fazer o que gosta e amor. No PO, manteve marcha com auxílio de uma bengala em T, para a proteção do quadril não operado, mas sem restrição, esta independente para as AVDs. Voltou a encontrar os amigos, sempre com o violão e frequentar feiras e exposições. A expectativa que relata neste momento, curiosamente se relaciona à espera pela cirurgia em quadril contralateral, não demonstra nenhuma ação a ser desenvolvida em curto prazo, apesar de estar mais motivado para a vida social e também para o retorno progressivo às atividades esportivas. Um ponto interessante na avaliação de pós-operatório é quando o paciente faz uma análise dos seus relacionamentos. Explica o afastamento das namoradas por ele próprio, numa tentativa de oferecer a elas algo mais que ele não poderia. E hoje ele tem outras perspectivas.

P15

Paciente com 52 anos, procedente do DF, afastado da profissão de carpinteiro desde 03/2005 pela doença em quadril, osteoartrose bilateral. Relatava limitação para as atividades cotidianas e também para o trabalho, o que o mantinha restrito ao lar, em atividades com horta. Relata diminuição das suas atividades sociais, mora atualmente com a companheira, que conheceu após a condição em quadril. Conta com o suporte da família e tinha como expectativa o retorno ao trabalho. No pós-operatório, o paciente relata independência para a marcha,

mas ainda deambula com restrição pelo envolvimento bilateral, se mostra satisfeito com o resultado da cirurgia. Houve uma melhora no relacionamento familiar e com a parceira. Mantém a expectativa de retorno ao trabalho, mas pensa em mudar as suas atividades em função da adesão aos cuidados e aguarda o procedimento em quadril contralateral.

P16

Paciente com 55 anos de idade, procedente de MG, viúva, mora com um filho. Trabalhava como salgadeira, atualmente encontra-se aposentada. Cirurgia por osteoartrose secundária a fratura que sofreu no passado. Fazia uso de uma bengala em T, e com restrição importante da mobilidade do quadril e funcional. Passava grande parte do tempo no leito, com dificuldade para manter as atividades diárias. Fez uso de antidepressivo pela alteração em seu estado emocional relacionado a dor e também pelas limitações impostas. Deixou de trabalhar, de sair e participar de socializações com os amigos. Qualidade de vida esta relacionada a ter saúde. No pós-operatório aumentou a socialização com os filhos e com as amigas, o que lhe dá muito prazer. E assim o estado emocional se alterou em função destes ganhos, tornou-se mais alegre e tolerante. Ainda apresenta marcha com restrição na sua capacidade, e com insegurança. A saúde permanece com o principal fator para se ter uma boa qualidade de vida, associado ao social, e fazer o que gosta.

P17

Paciente de 75 anos, procedente do DF, é aposentada mora com os filhos, é viúva. Apresentava limitação para as avds, cuidados com a casa, com diminuição das atividades sociais, se mantinha restrita ao lar, além de informar um estado mais freqüente de tristeza, com tendência ao isolamento. Tinha como expectativa o retorno às atividades sociais e as caminhadas que realizava anteriormente ao envolvimento em quadril. No pós-operatório a paciente se mostrava mais alegre e mais comunicativa, e relatava maior independência para as suas atividades. A marcha ainda era realizada de forma insegura mais com maior autonomia, mas ainda era a sua expectativa, a melhora na marcha.

Anexo 7

Transcrições das Entrevistas (etapa pré e pós-operatório)

Entrevista pré-operatória P(9)

D. Há quanto tempo a senhora tem o diagnóstico da artrose em quadril?

E. Faz 14 anos que começou essa dor. Eu fui a vários médicos e eles diziam que eu não tinha nada, que era osteoartrose, uns diziam que era o ciático, outros diziam que era reumatismo generalizado, mas nunca me fez um tratamento, até eu vir aqui no Sarah.

D. Quando foi a 1ª vez que a senhora veio aqui? Acho que tem 1 ano.

E. Não, tem mais de 1 ano. Eu fui operada do câncer há 14 anos. Porque, antes de operar do câncer eu tinha essa dor. Eles diziam que depois que a gente faz quimioterapia e radioterapia vai passar sua dor. Então eu dizia, “será que eu tenho câncer também nos ossos”? “Pode ser” - eles diziam, mas com a quimioterapia e radioterapia vai passar.

Eu fiz quimioterapia e radioterapia aqui e não adiantou nada, para mim. Não passou. Daí a médica que realizou a quimioterapia, disse assim: “diz para o médico reumatologista te arrumar outra doença”, porque o câncer não é nos ossos. Então eu fui lá e disse: “olha a Drª. disse para o senhor me arrumar outra doença, pois câncer não é”. Daí ele fez um “esqueleto” para mim...

Quando ficou pronto ele disse: “de fato, você não tem câncer nos ossos, você tem um reumatismo generalizado”.

Daí ele me receitou um remédio para eu mandar manipular. Após tomar a medicação senti uma melhora importante. Quando terminei de tomar o medicamento eu disse a ele que o remédio havia me feito bem, mas não te tudo. Então ele disse que não podia me dar mais, pois era muito forte. Ele me receitou um outro que era muito fraquinho e não adiantou nada.

Procurei novamente e eles me encaminharam para o hospital.

Me fizeram um “esqueleto”, tudo né! Também achavam que era câncer, mas depois do “esqueleto” disseram que não encontraram nada.

O médico me disse que eu não tinha nada. Eu estava na frente do médico, ele estava me examinando, eu tinha a perna inchada, e ele disse: “você não tem nada”, e eu disse, “então, o que é essa dor e o que é minha perna inchada?”

Ela disse: “Que dor é que a senhora sente?” “Mas eu quero saber a dor que a senhora tem” Eu disse: “Dra. a dor tem cor? Se tivesse cor eu diria a cor da minha dor”, porém ela não entendia.

Depois ela ficou meio assim...

Daí o Dr. disse: “ela tem Drª. Olha a perna dela!

Ela disse: “então a senhora tem saber que a senhora tem idade e a senhora vai tomar um antiinflamatório. Me receitou Cataflam. Há 14 anos eu tomo Cataflam. Chegava a tomar 6 por dia para passar a dor, pois era uma dor forte.

D. Pelo que eu vi, a senhora veio no ano passado, ocasião em que o médico avaliou a senhora?

E. É, no fim, conseguiram uma consulta. Ai, ele mandou fazer todos os exames, e no começo ele me aconselhou: “A senhora pensa que é fácil essa operação?” “usa uma bengala, e só no último caso você faz a cirurgia.”.

D. Opera?

E. É. Eu disse: “Bengala não tira dor!”. Daí foi que marcou um RX, e quando eu voltei para o resultado, ele disse: “de fato a sua cartilagem aqui está toda gasta. Tem que operar”. Eu fiquei na espera quando me chamaram para fazer.

D. Então, a senhora tem o diagnóstico há 14 anos, só para entendermos bem?

E. há 14 anos, sofrendo.

D. De quanto tempo para cá a senhora acha que se tornaram piores os sintomas?

E. Depois que os antiinflamatórios não faziam mais efeito.

D. Isso tem o que, uns 2 anos, ou tem mais tempo?

E. Não! Não! Menos de 2 anos, porque eu tomava mais Cataflam, alguém me ensinava a mudar e aí eu tinha uma pequena melhora, quando voltava de novo para o Cataflam, pois o outro dava dor no estômago.

D. O que mais lhe incomoda hoje, Senhora.?

E. A dor é constante, direto. Tu deita na cama, tu não sabe que lado dormir, doe o osso (daqui?) até o fim do pé. Em toda posição eu tenho dor, se deita reta, dói, se deita de lado, dói. Não tem posição.

D. A dor da senhora é o dia todo, é uma constante?

E. O dia todo. Principalmente quando “tu” levanta pela manhã, dói muito. Parece que a gente vai dizer: “hoje eu não caminho”. Depois a gente faz força e vai.

D. A senhora mora sozinha?

E. Moro na Paróquia, sou cozinheira dos padres há 53 anos, trabalhei no Seminário em Erechim, sempre nessa congregação, depois me chamaram para cá e eu vim.

D. Desculpa a pergunta, mas a senhora não é freira, a senhora Trabalha lá?

E. Não, eu não sou freira. Trabalho lá como se fosse freira.

D. A senhora mora com eles?

E. Moro lá na casa paroquial.

D. A senhora acha que a sua capacidade de trabalho hoje, é igual a que a senhora tinha antes?

E. antes dessa dor? Nem pensar...

D. o que mudou mais? Detalha um pouquinho...

E. Mudou muita coisa, porque quando você sente dor você não faz tudo, embora eu fiz, até pouco tempo, tudo, fazia limpeza de casa, arrumava a cama, a casa é de 2 andares, a gente sobe e desce, faço comida, atendo a porta, atendo o telefone é o tempo todo.

D. Essas atividades a senhora está fazendo ainda?

E. ainda, porém há 2 meses eu estou utilizando uma bengala, só assim eu consigo fazer essas atividades.

D. Quais são as maiores dificuldades que a senhora tem lá no trabalho? O que a senhora deixou de fazer lá em função da dor?

E. Há 3 meses, deixei de fazer limpeza, pois eu acho difícil, pelo fato de ter que abaixar, levantar. Pois quando vou abaixar dói muito.

D. A senhora tem ajudante?

E. Agora sim, eles colocaram uma pessoa para a limpeza.

D. Até então a senhora não tinha, era a Senhora. Sozinha?

E. Sozinha, lavava a roupa. Continuo lavando roupa, tem máquina, passo ferro. Ela vem somente para fazer a limpeza da casa.

D. Que é o que a senhora não está conseguindo fazer, no momento?

E. É difícil fazer, porque se abaixar é difícil.

D. A senhora. Teve que adaptar alguma coisa para conseguir realizar as atividades?

E. Não! Adaptei nada, continuo do mesmo jeito. Faço tudo do mesmo jeito, porém agora é com muito sofrimento.

D. Ótimo.

D. Em relação às atividades sociais como a senhora passa a maior parte do tempo, hoje, é lá trabalhando?

E. Como?

D. Assim, no seu dia-a-dia, né? De segunda a sexta a senhora trabalha, sábado e domingo também?

E. trabalho.

D. A Senhora. Mora lá e fica lá o tempo todo?

E. Moro, é a mesma coisa como se fosse a minha casa, né. Cuido da casa, deixei de sair, por exemplo, eu ia na cidade, pegava ônibus, e ultimamente não consegui mais.

D. Isso pela limitação do quadril?

E. Sim, pelo quadril.

D. o que mais a senhora deixou de fazer de atividades sociais em função do seu quadril, visitar parente? Visitar alguém?

E. Não, não, faz uns 6 anos que eu não vou até os parentes que moram no Sul, não vou porque é difícil andar de ônibus, ficar sentada muito tempo. Eu tenho parentes no Sul, tenho parentes em diversos lugares. Só tenho contato com eles por telefone.

D. A senhora não vai por causa do quadril?

E. É Pela dificuldade, né!

D. Então, com as pessoas aqui de Brasília a senhora mantém os mesmos contatos?

E. Mesmo, porque a gente mora numa igreja, e tem 33 anos que eu moro lá. Era Escola Paulo VI, então a gente tem contato fácil com eles, porque eles estão lá sempre, né. Agora, sair de casa eu não saio não.

D. Isso a senhora não faz?

E. não.

D. fazia antes?

E. Aqui em Brasília a gente não faz isso (rsrs).

D. E a senhora tem vontade de modificar isso. Fazer alguma atividade diferente ou acha que não?

E. Não! Eu gostaria de sair, “volta e meia”, assim para o centro ver alguma coisa, sair um pouco mais, isso eu deixei de fazer.

D. A senhora tem dificuldade para realizar atividades do seu autocuidado, como tomar banho, vestir roupa?

E. Vestir, por exemplo, vestido não, saia também não, porém para vestir calça sim.

D. Calcinha?

E. para vestir a calcinha eu faço assim: o pé bom eu coloco antes e sento na cama, porque ela é baixa, e esse pé bom ajuda o outro. Quando sobe até um “pedacinho” eu puxo para cima. Daí sempre consegui me vestir sozinha, mas com dificuldade. Calça, calcinha, sendo mais fácil vestir saia e vestido.

D. E o banho, a senhora toma de pé?

E. Sim, ainda consigo tomar banho de pé.

D. tem alguma adaptação para a senhora se segurar, não?

E. Não. Eu uso chinelo de borracha e fico de pé debaixo de chuveiro, eu me lavo, não tem problema. Tem dor, mas dá para fazer.

D. E eles participaram desse processo da doença da senhora?

E. Quem?

D. Os padres, lá aonde a será mora?

E. O que eles fazem né? O que eles podem fazer? As pessoas também de fora, mas eu tinha que ser operada. Não tem outra solução. Eu tentei de tudo para não ser operada, porque operação é ruim, né? Mas não outro jeito.

D. E eles ajudam a senhora? Qual foi a reação deles?

E. Eles ficam com dó de mim, mas eu sempre trabalhei e continuei trabalhando. Eles dizem: “faz o que pode, a gente compra comida, a gente faz isso, faz aquilo”, mas não precisou até hoje. Agora tem uma menina lá. Eu ensinei para ela como faz.

D. A senhora se casou?

E. Não, nunca fui casada.

D. Como a senhora se avalia do ponto de vista emocional? A senhora acha que é uma pessoa mais tranqüila, mais agitada, mais calma?

E. Bom, de uns 2 a 3 meses para cá, quando eu vi que a dor aumentava, a gente fica mais triste, um pouco mais nervosa, né, porque eu sempre fui uma pessoa calma... Aquela pessoa que tratava bem as pessoas, com paciência, mas quando a dor é forte a gente não tem mais paciência. Quanto menos as pessoas conversam com a gente é melhor. Parece que até atrapalha, né. Quando você sente uma dor você não quer ficar quietinha? (rsrs...)

D. Deseja que o remédio faça efeito logo, né?

E. É, é duro de agüentar essa dor. Não é uma dorzinha qualquer. Eu fui operada de câncer, com 8 dias que eu sai do Hospital eu já comecei a trabalhar em casa, lavar roupa, estender, o que eles tinha me proibido, mas eu tenho Deus acima de tudo e fiquei sozinha trabalhando quando cheguei em casa. Fiquei só 8 dias no Hospital, tiraram todo o seio e tirou um nódulo um sebáceo em baixo, e o médico disse: “não!! essa aqui vai ficar uns 20 dias no Hospital”, mas comigo eu pensava, ...ele vai ver como eu vou sair antes!. E com 8 dias eu já estava em casa, trabalhando.

D. Olha só que boa recuperação, né?

E. É.

D. Então a Senhora. Acha que nos últimos 2 ou 3 meses o seu humor mudou um pouquinho?

E. Sim, muda por causa da dor. A gente não tem aquela paciência quando se tem uma dor assim. A gente pensa: “ah, se todo mundo ficasse quieto”. A gente faz o trabalho com dificuldade, faz o mesmo trabalho, mas se a pessoa pode ficar assim, até em silêncio é melhor.

D. A Senhora, acha que a dor é que mais leva a essa alteração e não a limitação para fazer as atividades?

E. Não, porque eu não tive muita limitação. A única coisa é o problema da limpeza. Limpeza comum eu mesmo fazia, mas a limpeza geral era difícil, pois tem que limpar as janelas, se abaixar. O resto eu fazia tudo. Faço bolo, pizza, pão, macarrão, lasanha, tudo como eu fazia antes a única limitação que eu tive é fazer estes trabalhos de me abaixar e levantar.

D. Pelo jeito a Senhora. É uma excelente cozinheira?

E. Dizem que sim, mas eu acho que não.

D. A Senhora faz uso de alguma adaptação para vestir roupa. A Senhora chegou a ganhar alguma adaptação aqui, para usar em casa?

E. Nada. A única coisa que eu mudei foi para vestir a calcinha, onde eu visto a perna direita, antes para depois ela ajudar a outra e quando chega a um certo nível eu puxo para cima. Não mais usei sapato de amarrar, pois não consigo. Não corto as unhas dos pés e não pinto, coisa que antes eu fazia, agora eu peço para uma moça fazer. Aquilo é difícil, por exemplo, passar gilete nas pernas não consigo, pois eu não consigo me abaixar.

....(Aqui?) não dobro nada. A outra sim, mas essa aqui fica sem. Aquilo não dá mais para fazer.

D. E como a senhora se adaptou a essas atividades, passar a gilete nas pernas, alguém faz isso para a senhora?

E. Eu faço um sacrifício enorme, uma dor enorme.

D. Aí a senhora consegue fazer, se adaptar?

E. Faço.

D. Só a unha do pé, passar esmalte, que a senhora não consegue fazer?

E. É isso não tem mais jeito.

D. precisa de alguém estar fazendo?

E. A menina que vem fazer limpeza, faz para mim.

D. Então a senhora se adaptou.

D. Como a senhora reage em relação a essas limitações?

E. É certo, sempre a gente sente, mas eu peço a Deus para eu ser útil a mim e aos outros, mas se Deus quer a gente tem que aceitar.

E. Era para eu operar há 2 anos, mas eu tenho uma irmã que ficou doente, teve câncer, no “centro cervical”, até ela trabalhava no hospital de base, de repente ela ficou doente, e eu já tinha feito todos os exames, e eu ia operar lá no Hospital de Base.Então, tu vê que não era. Daí eu cuidei de minha irmã por 1 ano, dessa doença. Os médicos diziam que ia operar, depois diziam que não podia. Foi uma doença terrível! Ainda fiquei cuidando dela 1 ano, depois disso ela morreu no hospital, que recebe as pessoas já no fim?

D. Hospital de Apoio?

E. É isso mesmo, Hospital de Apoio. Ela ficou internada 25 dias, em coma. Ela sempre dizia para mim: “quando eu ficar boa, eu vou te ajudar”. Ela pensava que ia ficar boa. Mas câncer no centro cervical não tem cura.

D. É uma área muito nobre, né?

E. Eles não conseguiam tirar nem amostra para poder saber que câncer era. Não podia chegar até lá.

D. Qual a maior dificuldade que a senhora tem hoje, nas suas atividades?

E. Minhas atividades?

D. Seria como a senhora falou: hoje a senhora faz com dificuldade.....

E. Isso, com dificuldade, mas eu faço, com muita dificuldade.. A coisa que eu te disse, por exemplo, é se abaixar para passar pano em baixo dos armários, em baixo de camas, para isso a gente fica limitada, né? Mas o resto eu faço tudo, porém com dificuldade.

D. A senhora falou – “Ah, eu adiei ao máximo a cirurgia. Né”? Qual a expectativa que a senhora tem com a cirurgia?

E. Eu pensava uma coisa, mas me disseram que é outra. Eu pensava... Ah! Que bom eu vou operar e depois vou poder fazer tudo. Mas me disseram que não!

D. Mas, antes de falarmos sobre isso. Qual expectativa que a senhora tinha em relação à cirurgia?

E. Sim.

D. Qual a expectativa que a senhora tinha com a cirurgia.

E. Poder fazer tudo.

D. Voltar a fazer todas as atividades normalmente?

E. Sim normalmente.

D. E como a senhora avalia, hoje, o seu estado de saúde?

E. Eu não tenho outra doença. Tenho saúde, sou boa, se eu não tivesse isso – Nossa Senhora! Para mim, não tinha dificuldade em nada. Eu não tenho outra doença, para dizer: “Ah, eu tenho dor aqui, tenho dor ali!” fora dessa, ou senão - “não estou boa do estômago, não estou boa do fígado!” Nada disso, me incomoda. Está tudo bem. O que me atrapalha é só essa doença. Pensei em contar a perna, né...(rsrs) para ver se não atrapalha....

D. Se a senhora cortar vai ficar um pouco mais difícil.

E. colocar uma de pau, de madeira, talvez não doa. Mas disseram que não dá.

D. Acho que vai ficar um pouquinho mais difícil do que com a prótese.

D. E o que é qualidade de vida para a senhora?

E. Ter saúde. Isso é qualidade de vida, se tu tens saúde tu tens tudo.

D. A senhora tem alguma preocupação em relação á cirurgia em si?

E. Eu tenho medo da anestesia e não da operação. Da volta da anestesia.

D. O anestesista já veio conversar com a senhora?

E. Conversou, ele disse que eles ficam atentos. Mas quando eu fui operada do câncer eu pedir para o anestesista vir conversar comigo, “pelo amor de Deus não me deixa dormir, me acorde. Eu não quero morrer dormindo”.

Rrsrs.

D. (rsrs)

E. É isso, mesmo eu tenho medo, porque eu já vi, eu tenho uma irmã que trabalhou 40, ou mais ano como anestesista. Ela é freira, né. Lá no hospital das irmãs. Então ela me contou cada coisa. Disse que por causa do anestesista tem muita gente que more, se ele não fica muito atento pode ter uma parada e na parada não...

D. O que eu posso falar com a senhora é que aqui no hospital o anestesista não sai da sala.

E. Mas eles ficam conversando lá...

D. Aqui o médico faz cirurgia, com a senhora deitada aqui... e o anestesista está como se fosse na sua cabeça.

E. Sim, dizem que eles têm ficar medindo o pulso...

D. A senhora fica monitorizada (aqui) e no pulso, e fica fechado. É fechado com panos, tipo campo cirúrgico, né?

E. Ah, é?

D. Aqui atrás fica o anestesista e aqui na frente fica o seu médico, operando a senhora, tá?

E. Sim.

D. E ele tem que estar controlando tudo que acontece, e ele fica controlando tudo que acontece.

E. Eles não bate papo e esquecem da gente?

D. Normalmente ficam de 1 a 2 anestesistas na sala, normalmente, né. Quando a cirurgia é menor, uma cirurgia de meia hora ou 40 minutos fica um anestesista, mas quando é uma cirurgia maior, e a sua cirurgia é uma cirurgia que dura em média de 2 a 3 horas, ficam normalmente 2. Mas, isso depois a senhora pode confirmar com ele, pois ele poderá dar informação melhor que eu.

E. Ah, eu pedi para ele – “É o senhor que vai ficar comigo, me cuida, me lembra...”

D. Certo.

E. Porque eu não quero dormir, não.

D. Acabou a cirurgia, eles acordam a senhora. O médico falou: “acabei” aí eles acordam. Pelo menos, todas que eu assisti foram assim.
E. Esta bem!
D. E que alterações a senhora gostaria que ocorressem no seu dia-a-dia, depois da cirurgia?
E. Que eu pudesse fazer tudo.
D. Só isso (rsrs)
E. Só isso (rsrs). Me disseram que eu tenho limitação, no sentar, no andar, no deitar, no andar... mas quero voltar a fazer tudo
D. obrigada

Entrevista pós-operatório P(9)

D- Com vai.. O que ainda está ruim? O que está faltando melhorar?
E- Estou bem, estou andando, estou bem. Eu sinto, depois quando eu levanto pra caminhar até que começo a caminhar novamente é dolorido e depois passa.
D- Os primeiros passos?
E- É. Os primeiros passos doem e depois fica bem.
D- Que coisa boa.
E- Teve dias, uns dias passados que deu muita dor, mas quando foi assim na parte da tarde, é o dia que eu me esforço pra trabalhar demais porque eu trabalho das 5 até ... não sinto nem pra almoçar.
D- Cuidando dos padres.
E- Cuidando dos padres que são que nem crianças. São doentes, um tem câncer, outro também tem doença então a gente tem que trabalhar o dia todo, né. Não é trabalho muito esforçado, eu lavo, passo, cozinho, faço a limpeza, faço tudo.
D- A senhora já voltou a fazer estas coisas todas?
E- Desde o começo. Desde a primeira semana que eu voltei para casa.
D- É mesmo. Por que uma das dificuldades que a senhora tinha era exatamente relacionado que a senhora não estava conseguindo fazer este tipo de trabalho não era?
E- Fazia com muita dor, agora não.
D- Como está hoje?
E- Hoje é uma coisa maravilhosa. Tirou toda a dor. A dor que eu tinha antes não sinto mais nada. A dor na perna, por exemplo aqui parecia até podre a perna. No tornozelo ainda sinto um pouquinho de dor, que ainda está um pouco inchado, mas como antes, o pé estava inchado, ali tinha uma dor que não podia nem tocar, agora não.
D- como está a sua capacidade de trabalho hoje, modificou em relação a antes da cirurgia?
E- Modificou. Hoje eu posso fazer bem mais, sem dor.
D- O que a senhora está fazendo hoje?
E- Tudo. Tudo dentro de uma casa. Lavo, passo, cozinho, faço limpeza, levanto às 5 da manhã e vou deitar quando eles terminam a janta deles, 8 horas. Às vezes, passo o dia das 5 da manhã sem sentar, de pé.
D- A senhora está tendo alguma restrição? Tem alguma coisa que a senhora vai fazer que a senhora está evitando fazer?
E- Eu não me abaixo, não lavo os pés, cortar unha, não posso. E quando cai alguma coisa no chão eu tenho um jeito de me abaixar, eu estico a perna pra trás e não me abaixo assim, aqui, porque já foi avisado de não fazer isto.
D- E no seu trabalho, tem alguma coisa assim que a senhora vê que está por fazer e que a senhora ainda não está dando conta?
E- Não, eu faço tudo.
D- Por que a senhora tem uma lida diária bem pesada?
E- Todo o dia. Por isso o dia que tem menos trabalho, eu cozinho, faço tudo, pão, tudo é feito em casa, então o dia que tem menos trabalho daí eu sinto menos a perna de noite. Quando é na parte da tarde ela fica um pouco dolorida, mas é por causa do cansaço.
D- Até é um cansaço muscular, também né?
E- É, mas não é a dor de antes. Não é aquela dor que eu sentia antes.
D- A senhora já recuperou então toda a sua capacidade de trabalho?
E- Recuperei. Eu sinto ainda por exemplo, quando eu vou fazer a feira, compras, coisas assim que é meio descida. No subir na rampa, tu sente a perna um pouco pesada e eu sinto a diferença, mas sem dor. Só a perna um pouco pesada e tem que cuidar porque às vezes ela parece que não é firme, assim. Tem uma pequena, que a pessoa tem que sempre que cuidar porque às vezes parece que ela falha um pouquinho, assim, então tu prestando sempre atenção não tem perigo de cair porque eu nunca usei muletas pelo motivo que eu tenho problema neste

braço que foi operado, então começou a inchar a mão e dolorir então eu deixei de usar a muleta. Andei devagar no começo.

D- Quanto tempo a senhora ficou de muleta ainda, depois da cirurgia?

E- No máximo duas semanas, uma muleta porque começou a me doer demais e eu disse vou começar a inchar o braço que eu não posso, né. Por causa do problema do câncer, então o dedo começou a entortar, inchar e dolorir. Agora mesmo se eu esforço demais a mão também me dá isto.

D- E assim, a senhora precisou de se adaptar para o trabalho não é isto? Na forma de se abaixar, na forma de pegar peso, não é isso? Ou é só pra se abaixar?

E- É só pra me abaixar, porque eu faço tudo, troco botijão de gás, faço tudo. Eu agradeço a Deus que eu não sinto mais aquela dor.

D- O que incomoda a senhora hoje?

E- Eu gostaria de correr (risos) eu sempre andava correndo. Ali eu tenho medo porque me avisaram que não pode correr e não pode pular. Agora eu queria saber se eu posso fazer hidroginástica, natação.

D- Pode.

E- Posso?

D- Pode. Hidroginástica. Depois a gente conversa e eu vou orientar a senhora direitinho, tá?

E- Tá. Mas assim de melhorar minha vida, ela melhorou 100%.

D- A senhora está querendo fazer uma atividade física, é isto?

E- Eu fazia antes.

D- A senhora fazia o que?

E- Eu fazia natação e Hidroginástica.

D- Tem algumas restrições quanto a descer e subir escadas da hidro.

E- Descer eu não sinto nada, mas subir a perna é um pouquinho pesada.

D- É porque força um pouco a prótese, exatamente, esta é a restrição da hidro, que talvez a gente tem que encaminhar a senhora aqui pra hidro, fazer umas 2 a 3 sessões, aprender com eles pra depois a senhora dar seqüência.

E- Ah, porque lá tem uma piscina que eles fazem, bem pertinho, mas eu não me arrisco ir sem saber o que eu posso fazer.

D- A gente vê isto hoje ainda.

E- Porque faz bem a água. Eu sinto falta disto. Fazia 6 anos que eu fazia.

D- Em relação à parte social, né. A senhora acha que hoje apresentou alguma modificação em relação às atividades sociais em relação a antes da cirurgia pra agora? De sair, visitar alguma pessoa...?

E- Antes eu não saía mais, eu não conseguia sair antes de dor. Acho que mais de ano sem vir para o centro, assim, às vezes ficava com uma vontade, sempre presa dentro de casa e eu tentava mas dava aquela dor violenta na perna, atrás, a perna parecia aqui toda podre. Agora eu saio, vou de ônibus, vou para o shopping, não tem problema mais.

D- Quer dizer, a senhora acha que já teve uma modificação neste sentido? Passou a sair mais?

E- É. Muito, muito, muito pra melhor. Antes eu não tinha vontade de nada, porque com a dor a pessoa não sente vontade de nada. Pegava e ficava só mesmo. Assim, até me incomodava quando as pessoas conversavam. Eu só conversava o necessário porque eu não agüentava a dor. E hoje não. Hoje eu não sinto dor. Não sinto nada, a única coisa que eu noto é que quando me levanto e dou os primeiros passos ela fica dura e meio dolorida, mas depois que eu ando aí passa.

D- Tem alguma em relação a sua atividade social que a senhora ainda não realizou e que gostaria de fazer? Alguma expectativa que a senhora ainda tenha? Viajar, passear, alguma coisa assim?

E- Ainda não fui passear longe. Eu não sinto nada quando vou de ônibus, mas fazer uma viagem longe, por exemplo, meus parentes estão lá no Sul eu não tive coragem ainda de ir de ônibus, porque ali são duas noites e dois dias de viagem, só dá pra ir de avião, né.

D- Tem muito tempo que a senhora não vai lá?

E- 5 anos. Antes era por causa da dor e agora eu fiquei com um pouquinho de medo de fazer esta viagem, ficar muito sentada, né.

D- Mas só tem 3 meses da cirurgia, né?

E- Três pra quatro eu acho. Foi na páscoa, né.

D- Então a senhora acha, assim, que essa parte social já teve alguma modificação? Que a senhora já passou a botar o pé na estrada?

E- Teve, antes não dava nem pra conversar porque a dor era demais.

D- E a senhora está pretendendo viajar agora?

E- Eu queria fazer uma viagem para o Sul, mas só depois que tiver certeza que eu posso ficar sentada muito tempo. Eu não sinto nada quando vou de ônibus, assim, sento e pra mim não tem nada, mas pode acontecer.

D- Hoje já dá pra viajar melhor, não é?

E- Melhor do que antes sim. Agora é só um pouco de medo pra ficar muito tempo sentada, vai que acontece alguma coisa e sai do lugar, não sei o que.

D- E no local onde a senhora mora, junto com os padres, eles perceberam esta modificação toda?

E- Ih, parece outra, agora sim que mudou.

D- Eles já comentaram isto?

E- Sim, mas antes não dava a gente não tinha vontade de nada. A dor é terrível.

D- E hoje a reação deles foi essa?

E- Eles dizem, nem parece a mesma pessoa. Mas tá bem mesmo? como é que passou assim? As outras pessoas dizem que é um milagre. As pessoas que me conhecem de fora que freqüenta lá; mas tirou as muletas e tem gente que faz mais de ano que anda com muleta, como é que tu tira assim? Eu tirei de fato, até rápido demais, mas é por causa que eu quis salvar também o braço e não sabia o que ia acontecer.

D- A senhora quis evitar alguma complicação maior, né?

E- Eles dizem pra não fazer esforço com o braço, não levantar mais do que 1Kg. Com a muleta a gente esforça mais este braço. Este aqui não adianta porque a perna está daqui, né, então eu sentia que não tava bem do braço usando a muleta e eu tirei.

D- Fique sem culpa.

E- É, muitos dizem tu tem coragem de fazer isso, mas eu não estou sentindo nada.

D- Tem casos que a gente libera da enfermaria só com uma bengalinha.

E- É.

D- É. Por isso que eu estou falando com a senhora fique tranqüila, fique sem culpa.

E- Por aqui me disseram não tire as muletas antes de 3 meses e eu fiquei assim. Começou a me doer demais e eu disse, eu vou tirar mesmo.

D- E lá eles dão algum tipo de apoio pra senhora, ajudam a senhora em alguma coisa ou não?

E- Ele me deixou uma menina 3 meses me ajudando. Eles pediram se precisava ainda eu disse não, só serviço de casa eu faço. Eu não faço que nem antes, lá tem um terreno eu tinha uma horta plantava verdura, cavava, virava terra, ali eu não me arrisco a fazer.

D- Isto a senhora parou?

E- Aquilo parei, acho que tem que ter um pouquinho de cabeça no lugar porque.

D- Pretende voltar?

E- Não, revirar terra acho que não, né. Pode fazer isso?

D- Não é bom porque pra senhora fazer isso a senhora vai ter que ou se abaixar muito.....

E- Seria bom pra saúde.

D- Mas essa prótese é sua saúde também, né?

E- É. Agora isso ali eu fico pensando não, não vou fazer. Eu teria vontade de fazer isso, mas eu digo eu não vou fazer isso mais.

D- Então no dia-a-dia da senhora hoje a senhora não está mais precisando de ajuda no seu serviço? A senhora é que apóia eles, né? A senhora é que a mãe, lá, né?

E- É. Coitadinhos.

D- Do seu ponto de vista emocional, como tem sido ele nos últimos 3 meses, a senhora acha que teve alguma modificação neste período quando a senhora compara antes da cirurgia?

E- Bom humor, paciência. A gente tem mais paciência quando não sente dor, porque precisam, a gente que vai, a gente que vem, atende telefone, atende porta e faz todo o serviço e precisa ter saúde pra fazer isso. Antes aquilo lá me irritava por causa da dor. Agora não, agora é normal.

D- Como a senhora se caracteriza hoje? Do ponto de vista emocional mesmo?

E- Uma pessoal normal.

D- A senhora acha que está mais calma? Menos irritável?

E- Mais calma. Menos, menos, nem se compara. Já experimentou sentir dor e atender as pessoas?

D- Não.

E- Quando tu tens dor numa parte só, parece que todo o teu corpo está dolorido. Pra cima, pra baixo do corpo, parece que você está moída. Deita na cama, dói, vira pra um lado te dói, vira pra outro te dói, deita assim reto, dói, então eu não sabia mais como ficar. E hoje não eu deito normal, viro pra um lado, viro pro outro, está tudo bem.

D- E o bom humor, né?

E- É o bom humor, a paciência. A gente tem mais calma, mais paciente, cansa bem menos. Não, nem se compara.

D- E isto ajuda no seu dia-a-dia? Ajudou, mudou no relacionamento com as pessoas?

E- Mudou. Todas as pessoas dizem, antes tu eras uma pessoa triste, mal humorada, nossa, agora mudou. E muda né, quando a pessoa sente dor...

D- Até a pele a gente muda.

E- Risos.

D- Do ponto de vista, assim, a senhora já falou que a senhora não consegue ainda cortar unha, não é isso?
E- Não. Me proibiram de abaixar e eu fico com medo de descer lá.
D- Mas é melhor que não corte mesmo.
E- Não. Por exemplo vestir calcinha eles deram um gancho, porque eu tenho medo descer.
D- A senhora está usando aquelas adaptações?
E- Uso.
D- A senhora usa todos os dias ou de vez em quando esquece?
E- Não, todo o dia. Eu tomo banho, pra trocar de roupa por exemplo calcinha eu não desço lá em baixo, eu uso aquele gancho. Pra calçar o sapato, por exemplo eu uso a calçadeira. Eles deram aquela calçadeira. Eu não vou até lá em baixo.
D- No seu autocuidado. Porque do trabalho a gente já falou, né? No seu autocuidado, no seu dia-a-dia, na sua rotina assim, pessoal mesmo, além de unha, de cortar unha, tem mais alguma coisa que a senhora está tendo dificuldade pra fazer ou que a senhora não está fazendo?
E- Não, só calço o sapato com a calçadeira e visto a calça, calcinha com o gancho, só. O resto eu faço tudo.
D- Ok. Hoje nenhuma dor, só naqueles momentos que a senhora colocou?
E- Só. Outras dores, não.
D- Tem alguma coisa que incomoda a senhora ainda? Tem alguma coisa que a senhora ainda pensa assim, que acende uma luz de preocupação? Tem alguma coisa que preocupa a senhora em relação à prótese?
E- A única coisa que eu tenho é fazer essas coisas que eles dizem que não é pra fazer, que pode acontece dela sair do lugar. É só isso ali.
D- A senhora se preocupa com isto no dia-a-dia?
E- Com isso ali. Durmo com os travesseiros no meio das pernas, porque dizem que não pode encostar uma perna na outra. Isso aí eu faço.
D- Isso, e é pra manter estes cuidados ainda, tá. Realmente não pode cortar ainda não, hoje a senhora acha que a cirurgia atendeu as suas expectativas?
E- Atendeu, nossa.
D- Por que assim, lembra que eu falei com a senhora, eu quero muito ouvir a senhora daqui a três meses? Lembra?
E- Disse isso sim. Lembro.
D- Por que a senhora falava pra mim assim, eu quero tudo.
E- Pois é eu quero tudo mesmo e deu tudo. Tudo fora estas coisinhas pequenas, mas a gente vive normal. Eu não posso chegar lá em baixo, esfregar os pés, eu não dobro porque a dor era insuportável, não conseguia mais viver, acho que já estaria em cima de uma cadeira de rodas e ainda sofrendo dor, porque mesmo sentada, mesmo deitada, dava dor. Não tinha uma posição, assim não me dá dor.
D- Por mais que a senhora fala que já atendeu a expectativa toda, né. O que falta ainda? Tem alguma coisa ainda que a senhora quer?
E- Não, nada.
D- E hoje como a senhora avalia o seu estado de saúde?
E- Fora estas coisinhas que eu disse que é subir que a gente sente um pouco de peso na perna. Fora isso eu tenho saúde. Não tenho mais nada. Eu não tomo nenhum remédio. Só o remédio da pressão, que eu continuo a tomar como tomava antes, né. Mais nada. Antes era 6, 7 antiinflamatório por dia e não me faziam mais efeito. Isto ali faz um mal a saúde.
D- Muito.
E- Cai cabelo que é um negócio sério.
D- Alteração renal.
E- É, tudo. Hoje eu não tomo nada, além da minha pressão.
D- O que é qualidade de vida hoje pra senhora? Como a senhora classifica, conceitua isto?
E- Boa.
D- E o que é qualidade de vida? O que a senhora acha que é importante pra se ter uma boa qualidade de vida?
E- Você ser útil a você e aos outros. É o suficiente com minha idade, é suficiente. Eu sou útil a mim e aos outros porque eu tenho saúde, não sinto dor de cabeça, não sinto nada. Antes era esta dor que eu sentia.
D- E quando a senhora compara então a sua qualidade de vida hoje com antes da cirurgia, a senhora acha que teve alguma modificação?
E- Muita modificação. É uma vida sem dor.
D- E isto proporcionou a senhora a ser mais útil as pessoas?
E- Ser mais útil a mim e aos outros, né. Porque antes não dava mais pra mim agüentar, não tinha jeito mais, era uma dor muito forte.
D- Quer dizer a senhora antes, baseado no que a senhora conceitua como qualidade de vida, né? A senhora não estava ajudando muito, sendo útil?

E- Lá não. Eu porque sou uma pessoa esforçada, tenho uma força, uma vontade de fazer, eu fazia, mas não fazia como hoje eu faço, bem feito, porque a gente perde a vontade de fazer quando tem muita dor e hoje eu faço tudo direitinho, faço com gosto. Antes eu fazia porque eu via que precisava fazer, mas com dor. Hoje não, hoje eu faço bem tranqüila. Graças a Deus que tem isto. Porque já viu se não tivesse esse “concerto”, cirurgia, o que eu ia fazer? Quantas vezes eu fico pensando, meu Deus, quem inventou isto ali é um gênio.

D- Foi um médico que realmente revolucionou na época dele. A senhora acha que as orientações que a senhora recebeu enquanto estava internada foram suficientes pra senhora ir embora pra casa com segurança?

E- Sim, tem o livrinho, as enfermeiras me diziam você não pode fazer isso, você tem que cuidar aquilo, porque você não sente a dor você vai fazer. Eu sempre lembro, às vezes eu posso fazer mais porque eu não sinto a dor, porque antes eu fazia porque sentia a dor e hoje eu não faço muitas coisas porque eu digo não posso fazer, não porque eu sinto dor, mas porque eu não posso, eu tenho que me cuidar. Então elas me orientaram muito bem, em tudo.

D- Tem alguma dúvida ainda, em relação a prótese?

E- Não, nada, nada, eu tinha um pouco de medo quando me falaram desta prótese lá do Sul, disse será que aqui também compraram isso ali. Daqui uns dois, três anos vou ter que operar de novo e eu fiquei meio assim, né. Mas eu acho que aqui não.

D- Não, fique tranqüila.

E- Me disseram que aqui é o melhor hospital até do mundo, disseram.

D- Não, isto é muito. Não é assim do mundo não.

E- Tem coisa melhor? Melhor do que isto?

D- Tem, né, algumas coisas.

E- Não, mas sobre isto?

D- Eu não conheço realmente pra falar pra senhora ao nível de hospital público, que tem que considerar que é um hospital público.

E- Este aqui?

Anexo 8

Sistema de Categorias das Entrevistas

da Etapa Pré-Operatória

Categoria	Item	Definição	Exemplos
Dor	Caracterização da dor, impacto, presença.	Caracterização da dor dos participantes e da sua intensidade, assim como sua interferência nas atividades cotidianas, contribuindo para a limitação funcional do paciente.	<i>“Há 14 anos eu tomo Cataflan®. Chegava a tomar seis por dia para passar a dor, pois era uma dor forte”. P9</i>
Limitação Funcional	Vestuário, higiene, andar, esporte, dependência, ativ. cotidianas, lazer, p/trabalho, s/ limitação, dirigir, abaixar/pegar peso/escda, dependente.	Caracteriza-se pela dificuldade ou incapacidade de realizar atividades relacionadas ao autocuidado, à limitação para marcha, ao lazer, à prática de esportes, às ações de subir escadas, de abaixar-se, de pegar peso e de ir para o trabalho, seja em casa ou nas atividades profissionais. Mostra também a dependência dos pacientes a outros membros da família.	<i>“Caminhar, forrar uma cama eu não dou conta mais, limpar um móvel eu não dou conta. Eu não consigo chegar à beira do fogão para fazer um café...”. P4</i>
Relações Sociais	Relação intrap.:aumentou/Diminuiu. Ativ.sociais: aumentou/diminuiu Ativ. religiosas: aumentou/diminuiu	Envolvem as alterações que ocorrem nas atividades sociais, religiosas e também no relacionamento interpessoal do paciente, excluindo os membros da família nuclear (pai, mãe, filhos, companheiro (a), sogro (a)).	<i>“Não, também não tinha como sair, né... Por que você vai em algum evento social e está todo mundo se divertindo e você se contraindo de dor, por isso não tem como (sair)”. P14</i>
Aspectos familiares	Suporte familiar, relação interpessoais, suscitar emoções, social c/ família, s/ modificações, cobrança da família.	Abrange o conjunto de eventos relacionados à convivência do paciente no seu ambiente familiar/nuclear. Busca-se conhecer as relações interpessoais, as reações que a doença provoca nos familiares, as atividades de socialização entre a família e as alterações no comportamento do paciente.	<i>“Houve uma inversão do que havia com as pessoas externas. Os meus filhos passaram a me ouvir mais a me perguntar as coisas...Eu passei a participar mais da vida deles mesmo, porque eu passei a ficar mais tempo em casa”. P1</i>
Estado emocional	Deprimido, ansioso, labilidade emocional, nervoso, ideação suicida, angústia, tristeza, isolamento,influenciado pela doença, tranqüilo.	Abrange o conjunto das reações emocionais considerados comuns ou não, percebidas ou sentidas pelo paciente no curso de sua patologia.	<i>“...eles vão acabar trabalhando dobrado em função de eu não poder e isso traz transtornos e até para eu mesmo me sinto inferiorizado”. P10</i>
Rotina dos pacientes	Aumento, diminuição e modificação das atividades, trabalho domiciliar, restrito ao lar, deitado.	Caracteriza-se pelas modificações que ocorrem no dia-a-dia do paciente, tanto no ambiente domiciliar quanto no profissional (se for o caso), em função da sua patologia.	<i>“Eu não tava dando conta de sair de dentro de casa,...quando eu ficava dentro de casa, porque eu não dou conta de ficar quieta não, eu gosto de fazer minhas coisas mesmo, eu levantava, fazia alguma coisa e deitava, levantava fazia mais uma coisa e deitava. Ultimamente eu só deitava”. P16</i>

Prioridade	Andar, trabalhar, sem dor	Refere-se ao que o paciente estabeleceu como prioridade a ser alcançada com o procedimento cirúrgico.	<i>“...poder ajudar a minha mãe e mesmo a minha família, porque eu sou muito apegada à família. Então eu me sinto muito ruim por não ter condições de ajudar a quem está ao meu redor”</i> . P4
Trabalho	Discriminação ausente ou presente, proteção, mudança de função, parou pela doença.	Refere-se às atividades de trabalho como fonte de renda. Busca conhecer a capacidade de trabalho do paciente, as dificuldades que tem para realizá-lo, sua adaptação e sua percepção em relação a alguma discriminação em função da patologia.	<i>“Quando trabalhava, era de subir escadas, qualquer coisinha, eu não podia ficar em pé. Eu tomava remédio de dor e não valia mais não, já não fazia efeito. Eu falei com os médicos, falei com os meus patrões e disse: não agüento mais...”</i> P16
Enfrentamento	Emocional, focado no problema, religioso.	É o conjunto de respostas emocionais, cognitivas, comportamentais, religiosas que o paciente utiliza para lidar com as demandas internas e / ou externas que sobrecarreguem sua capacidade de adaptação.	<i>“Já to aceitando mais as coisas, já aceito, pelo quadril. Deus ta me ajudando nisso também”</i> . P5
Qualidade de vida	Andar, exercícios, sem dor, lazer/social, alimentação, fazer o que gosta, saúde, amor, dinheiro, família, trabalho.	Abrange os itens que os pacientes referem como importantes para se ter qualidade de vida, e as noções ou crenças que os participantes apresentam sobre esse assunto	<i>“Qualidade vida tem várias maneiras, vários pensamentos que cada pessoa tem. Pra mim a pessoa tem que ta são, normal, fisicamente bem, com saúde e poder fazer o que quiser, né?.....”</i> .P6
Uso de acessórios para facilitar as AVDs	Cadeira de rodas, bengala, muleta axilar, adaptação, vestuário sentado, casa adaptada, não uso, desenvolvida pelo pte.	Modificações que o paciente promove no seu domicílio, uso de auxílio-locomção e/ou adaptações para AVD's (gancho, bucha com cabo alongado, elevação de vaso sanitário), a fim de proporcionar independência ou diminuir suas dificuldades nas tarefas do dia-a-dia	<i>“...Quando eu estive aqui eles me deram todos os aparelhos...Então é assim, isso me ajuda muito”</i> . P15
Relacionamento com o parceiro	Afetivo e sexual: aumentou/diminuiu S/ alteração, c/ modificações sexo, c/ dificuldades.	Inclui as alterações observadas pelo participante, tanto afetiva quanto sexualmente, a partir do comprometimento em quadril. Inclui neste item as adaptações realizadas a fim de manter o relacionamento sexual.	<i>“Até com meu esposo, no dia-a-dia, quando a gente está tendo relação tudo fica mais difícil, pela limitação”</i> . P2
Estado de saúde	Bom, ruim/péssimo, limitado, dor, só o quadril.	Como o paciente avalia o seu estado de saúde naquele momento, considerando a sua saúde como um todo, incluindo o quadril.	<i>“Mal, muito ruim, muita dor, limitação em muitas coisas”</i> . P3

Expectativa com a cirurgia	Ansiedade, boa, má, lazer, dançar, social, andar, fazer tudo, retorno trabalho, s/dor, cuidados c/prótese, retorno atividades cotidianas.	Refere-se à expectativa, aos desejos que o paciente tem, ao que espera alcançar a partir do procedimento cirúrgico e à motivação para realizá-la.	<i>“Voltar a andar, fazer as minhas caminhadas normais, poder andar no meio do pasto da fazenda....Eu poder ter a liberdade de ir e vir....”</i> .P11
Suporte social	Familiar e amigos: emocional e instrumental. S/ suporte	Considera-se o conjunto dos recursos material (instrumental), humano (relacional), afetivo, social que o paciente dispõe ou de que poderá beneficiar-se após o procedimento cirúrgico.	<i>“...eles ficam preocupados, pois eles se empenharam bastante para eu conseguir chegar a essa cirurgia. Me ajudaram bastante”</i> . P8 <i>“Tenho muitos amigos lá que me ajudam e sempre me pegam (para sair)”</i> P5
Sofrimento	Dor, limitação, ambos, estética.	Dentre as características da doença no quadril, dor e limitação, o paciente elege a que mais o prejudica no seu dia-a-dia. Ele também faz referência estética como claudicação.	<i>“...Pra mim, no caso é os dois né, a dor que dá que corresponde também a dor no joelho e não ter movimento nenhum”</i> . P6

Anexo 9

Sistema de Categorias das Entrevistas da Etapa Pós-Operatória

Categoria	Item	Definição	Exemplos
Limitação funcional residual	Abaixar, pegar peso, subir escadas, vestuário, higiene, atividade cotidiana, lazer, marcha, dirigir, trabalho, dependência, ortostatismo, bengala pela	Refere-se às limitações percebidas pelos pacientes após a cirurgia, para a realização de determinadas tarefas, como vestir-se, abaixar-se, pegar peso, praticar esportes e executar atividades cotidianas.	<i>“É apanhar as coisas no chão que eu não dou conta. Às vezes cai alguma coisa no chão, então eu pego uma pá de cabo pra poder pegar. Às vezes eu pego com o pé”</i> . P16
Adesão	Agachar, posicionamento, cuidados/lentidão, luxação, desgaste, sente-se limitado.	Avalia o seguimento das orientações fornecidas pela equipe enquanto o paciente esteve internado, com o objetivo de proteger o quadril operado, a fim de evitar possíveis complicações. Engloba também as preocupações que o paciente tem com a artroplastia no quadril, inclui luxação, desgaste.	<i>“Eu só tomo muito cuidado quando eu vou deitar na cama, pois tem que ter muito cuidado. Não posso deitar desse lado. Eu gostava de dormir muito do lado da cirurgia, agora não posso dormir, né”</i> . P5
Dor	Sim, Não, outras dores articulares, dor como influencia negativa.	Neste item busca-se avaliar a presença ou ausência da dor na articulação operada, e também se há relato de dor em outras articulações, que possa interferir nas atividades cotidianas e contribuir para a limitação funcional do paciente. Busca-se caracterizar a dor dos participantes neste momento do pós-operatório.	<i>“Hoje é uma coisa maravilhosa. Tirou toda a dor. A dor que eu tinha antes não sinto mais nada. A dor na perna, por exemplo, aqui parecia até podre a perna....Hoje eu posso fazer bem mais (trabalho), sem dor”</i> . P9
Relações sociais	Relação intrapessoal: aumentou/diminuiu, atividades sociais: aumentou/diminuiu, atividades religiosas:aumentou/diminuiu. S?modificação.	Envolvem as alterações que ocorrem nas atividades sociais, nas religiosas e no relacionamento interpessoal do paciente, excluindo os membros da família nuclear (pai, mãe, filhos, companheiro(a), sogro(a), após a cirurgia.	<i>“Agora eu saio mais. Antes às vezes minhas meninas chamavam pra sair e eu não saia por causa que eu não tava dando conta de andar e agora já estou saindo”</i> . P16
Estado emocional	Ansioso, alegre/animado/disposto, ansioso, mais comunicativo, calma, tristeza, emotivo, preocupação.	Abrange o conjunto das reações emocionais consideradas comuns ou não, percebidas ou experimentadas pelo paciente após realizar a cirurgia no quadril.	<i>“É eu chorava direto, noite e dia. Passava noite inteirinha chorando na cama.A dor é insuportável. Aí eles acham, assim, que agora eu estou mais animada”</i> . P4

Independência	Entrar/sair carro, preparo refeições, vestuário, higiene, atividades cotidianas, dirigir, total.	Demonstra a melhora no desempenho para a realização das suas atividades adquirida, pelo paciente após a cirurgia, avaliam os diferentes aspectos da rotina, como: entrar e sair do carro, vestir-se, cuidar da higiene, executar atividades cotidianas.	<i>“Vestir roupa primeiro eu não dava conta nem de vestir uma calcinha e agora eu dou conta. Tomar banho eu agora consigo sozinha, eu aprendi aqui com vocês”.</i> P12
Uso de acessórios para facilitar as AVDs	Bengala, muleta axilar, andador, adaptações esporádicas, dependência das adaptações, desenvolvida pelo paciente.	Refere-se às modificações que o paciente promove no seu ambiente domiciliar, o uso de auxílio-locomção e/ou adaptações para AVD's (gancho, bucha com cabo alongado, elevação de vaso sanitário), ou com adaptações próprias que lhe proporcionem independência ou diminuam suas dificuldades nas tarefas do dia-a-dia.	<i>“As meias eu calço com calçadeira. Sapato é conforme. Este aqui eu consigo porque ele é folgado, mas se for novo eu não consigo me dobrar, então dependo da calçadeira....”</i> P8
Marcha	Insegurança, c/auxílio locomoção, c/ restrição, independente, mais autonomia.	Avalia como o paciente a realiza no pós-operatório, se utiliza ou não algum tipo de auxílio-locomção, se tem segurança para deambular e se apresenta alguma restrição.	<i>“Eu acho que dá mais ou menos isso (4 a 5 Kms), ou mais..... Eu vou lá, dou uma olhadinha..., tomo água e volto”.</i> P14
Estado de saúde	Bom, regular, outras patologias, melhorou após cirurgia.	Como o paciente avalia o seu estado de saúde naquele momento, considerando a sua saúde como um todo, incluindo o quadril.	<i>“Hoje eu tenho 100%, acabou, não tem mais nada mesmo”.</i> P12
Avaliação de resultado do procedimento cirúrgico	Satisfação, frustração. Ter aceitar.	Abrange os relatos quanto ao alcance das expectativas pré-operatórias, satisfação e frustração em função de não serem alcançados os objetivos.	<i>“O ritmo que eu gostaria eu tenho certeza que eu não vou voltar nunca mais na vida....Eu não estou achando ruim assim, a adaptação não, tem hora que é meio difícil, mas a gente vai passando por cima”.</i> P11
Qualidade de vida	Marcha, independência, família, amigos/social, fazer o que gosta, saúde, dinheiro, relacionada a dor, boa/melhorou	Abrange os itens que os pacientes referem consideram importantes para sua se ter qualidade de vida, e as noções ou que os crenças que os participantes apresentam sobre o assunto. Busca-se saber se o paciente percebe mudanças na sua qualidade de vida após a cirurgia.	<i>“Eu pra mim viver bem está com saúde e poder alimentar, fazer minhas necessidades, aquilo que eu gosto de fazer, né....Ela paralisou, porque eu não pude fazer aquilo que eu queria, não é isto?”.</i> P13

Retorno às atividades prévias	Lazer, atividades cotidianas, n/ retornou, insegurança após a alta, mais em casa, sente-se melhor. Retorno ao trabalho com ou sem restrição	Busca-se conhecer a modificação na rotina diária dos pacientes e as atividades, como as de lazer e as cotidianas, para quais retornaram após a cirurgia; ou ainda se não o fizeram, mantendo atividade somente domiciliar, e se há insegurança na execução das atividades.	<i>“Não, eu não tive tempo para verificar isso aí (modificação), porque logo eu fiquei mais quieto.... então eu fiquei repousando, né”. P14</i>
Aspectos familiares	Relação intrapessoal: aumentou/diminuiu, suporte familiar: aumentou/diminuiu. S/ modificação.	Abrange o conjunto de eventos relacionados à convivência do paciente no seu ambiente familiar/nuclear.	<i>“...sempre estão dando mais atenção, porque eu ficava pra lá, ficava sem com quem falar, né. Mas agora, de vez em quando vai um lá, diz:” Oi, vim aqui te ver.”Então ta bom”.P7</i>
Relação com o parceiro	Afetivo e sexual: aumentou/diminuiu, sem modificação.	Inclui as alterações observadas pelo casal tanto afetiva quanto sexualmente, a partir do procedimento cirúrgico no quadril. Inclui neste item as adaptações realizadas a fim de manter o relacionamento sexual e a observância das orientações recebidas enquanto internado.	<i>“Até o relacionamento com meu marido, né. Melhorou, porque antes estava tudo difícil....Eu também estou retribuindo para ele mais carinho”. P2</i>
Expectativa	Trabalhar, viajar, marchas/ auxílio, social, dançar, esporte, atividade física, melhora mais, atendeu as expectativas, outra cirurgia.	Refere-se à expectativa e aos desejos que o paciente tem após a cirurgia, e o que ainda espera alcançar neste momento de pós-operatório. Busca-se saber também se a expectativa que o paciente tinha no pré-operatório foi alcançada até aquele momento.	<i>“É voltar à atividade social na diretoria lá da cooperativa. Se puder praticar alguns esportes, praticar mais calmo, né e viver a vida normal, mais normal ainda”. P13</i>