



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Aparecida Bezerra de Lima

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO
QUADRIL ANTES E APÓS A CIRURGIA.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campos de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu

2015

Aparecida Bezerra de Lima

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO
QUADRIL ANTES E APÓS A CIRURGIA

Tese apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” Campos de Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas.

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Lima, Aparecida Bezerra de.

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos
à artroplastia total primária do quadril antes e após a
cirurgia / Aparecida Bezerra de Lima. - Botucatu, 2015

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Paulo José Fortes Villas Boas
Capes: 40602001

1. Qualidade de vida. 2. Artroplastia. 3. Quadril -
Cirurgia. 4. Osteoartrite. 5. Idosos.

Palavras-chave: Artroplastia de quadril ; Idoso ;
Osteoartrite do quadril ; Qualidade de vida .

DEDICATÓRIA

A DEUS,

*TODA HONRA E TODA A GLÓRIA POR ME CAPACITAR, ORIENTAR, DAR
FORÇAS PARA ESTA CAMINHADA, FAZER-ME ACREDITAR EM MEU
POTENCIAL E ME PERMITIR MAIS ESTA VITÓRIA.*

*“OS QUE ESPERAM NO SENHOR RENOVARÃO AS SUAS FORÇAS, SUBIRÃO
COM ASAS COMO ÁGUÍAS; CORRERÃO, E NÃO SE CANSARÃO,
CAMINHARÃO E NÃO SE FATIGARÃO”*

*“NÃO TEMAS, PORQUE EU SOU CONTIGO; NÃO TE ASSOMBRES, PORQUE
EU SOU TEU DEUS; EU TE ESFORÇO E TE AJUDO, E TE SUSTENTO COM A
DESTRÁ DA MINHA JUSTIÇA”*

ISAÍAS:40:31, 41:10

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A meus pais

A vocês, que me deram o dom mais precioso, a vida; ensinaram-me a viver com respeito, dignidade e amor, não bastaria um muito obrigado.

A vocês, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu os trilhasse sem medo e com muita esperança.

A vocês, que se sacrificaram, se dedicaram, se doaram e por muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que os meus pudessem ser realizados, dando-me a oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional e pessoal.

Tudo que sou devo a vocês, se sinto orgulho de mim e do lugar onde cheguei, é porque sei que estiveram segurando minhas mãos por toda esta caminhada.

Agradeço tudo que fizeram por mim, como agradeço pela vida que me deram, e por serem os meus pais.

O que sinto agora é uma emoção impossível de ser traduzida com palavras.

Dedico tudo isso especialmente a vocês.

Obrigada, Pai!

Obrigada, Mãe!

Sem vocês nada disso seria possível!!!!

Amo muito vocês!!!!

A meus familiares

*Ao meu irmão **Beto** meu muito obrigada por existir e fazer parte da minha vida, estar sempre presente, dividindo e compartilhando cada momento que podemos viver juntos.*

*Às minhas princesas, **Ana Roberta e Maria Fernanda**, agradeço-lhes por existirem e alegrarem a minha vida. Sempre falando “Tia, você ainda não acabou a sua tarefa? Quando vai acabar tudo isso? Vai demorar? Vamos brincar? Vem, vem logo.” **AMO MUITO VOCÊS!!!!!!***

*À minha cunhada **Eliane**, que sempre esteve presente, pelo apoio e carinho.*

*À minha irmã **Nilza**, pelo carinho e estímulos.*

Ao Rodney

Agradeço a você com quem tenho passado e sei que passarei por muitos momentos de felicidade, companheiro das horas boas e ruins.

Nos meus momentos de angústia, você, sempre tranquilo, dizendo “calma, vai dar tudo certo. Até aqui Deus te honrou, ele vai continuar te honrando. Primeiro vem as provas depois as vitórias”.

Meu muito obrigada por compreender meu cansaço nessa caminhada, as minhas ausências, a falta tempo para tudo, até para conversar....

Te amo muito!!!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A MEUS ORIENTADORES

A Dr^a Tania Ruiz, que me recebeu pela primeira vez no Departamento de Saúde Coletiva. Com sua voz mansa, olhar tranquilo, meigo e acolhedor, disse-me: “Vou lhe dar minha carta de aceite para o seu processo seletivo”. Nesse momento, você mudou a história da minha vida, abriu-me novas portas em direção a um futuro desconhecido, porém muito sonhado.

Ao Dr. Paulo José Fortes Villas Boas, que, na mudança de orientador, me recebeu de forma afetiva, humana e muito carinhosa. Sempre esteve presente, auxiliando-me nessa jornada que não foi nada fácil.

Quantas vezes veio o desânimo, o cansaço e a vontade de desistir. Quantos questionamentos! Será que tudo isso vai valer a pena? A cada momento dos nossos encontros, em suas orientações, em nossas conversas, sempre conseguia me mostrar algo diferente e que tudo VALE a pena.

A sua dedicação, afeto, profissionalismo e, acima de tudo, a pessoa humana e maravilhosa que é, ensinou-me muito além das pesquisas, das literaturas e das teses. Enfim, ensinou-me, que, embora a vida tenha muitos desafios, compete a nós seguir em frente, ser vencedor, ajustar os rumos para alcançar os nossos objetivos.

Hoje realizo um sonho, que não seria possível sem a participação especial de cada um de vocês!!!!

Agradeço-lhes por fazerem parte dessa história e da minha vida, por cada momento que se dedicaram a mim, ajudando-me a conquistar esta grande vitória, o DOUTORADO!!!!!!

Jamais vou esquecê-los!!!!

Faltam-me palavras de agradecimentos para cada um destes momentos.

Resta-me apenas o meu muito obrigada!!!!

MUITO OBRIGADA!!!!!!!!

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a execução desta tese e, em especial:

A Deise, Erivaldo e Susiley pelo carinho, incentivo e apoio nessa caminhada.

*À minha amiga **Talita**, não imaginei que este momento chegaria tão rápido. Parece que foi ontem que compartilhamos o resultado do processo seletivo. Quando lhe falei. “Você não acredita? Eu passei no doutorado!!!!” Ao longo desses anos foram muitos momentos; alguns de alegrias, outros nem tanto, mas cada um teve um significado especial em minha vida. Agradeço cada um deles, cada sorriso, cada abraço, cada bom dia, cada boa noite; algumas vezes foram lágrimas, mas todos especiais. Muito obrigada!!!*

Às minhas amigas e amigos, Lurdinha, Luna, Cristiane, Roseli, Gustavo e Brino, sempre presentes, apoiando, ajudando e incentivando, a cada momento dessa jornada. Tudo valeu a pena. Vocês marcaram a minha história. Com certeza, levarei cada um por toda a minha vida.

A toda direção do Hospital de Clínicas, por acreditar no meu potencial e me proporcionar a oportunidade de desenvolver pesquisa, permitindo-me as dispensas das atividades para a sua realização.

A toda equipe de enfermagem da ortopedia do Ambulatório Mario Covas e à secretária Isabel, pelo apoio, pelas orações, por entenderem o meu cansaço e compreenderem as minhas ausências durante todo esse tempo.

A todos da equipe médica da ortopedia, que, direta ou indiretamente, me apoiaram nesta pesquisa e a todos os demais colegas de trabalho do Ambulatório Mário Covas, que também me ajudaram durante toda esta etapa.

Ao Prof. de estatística, José Eduardo Corrente, pela atenção, paciência, dedicação, nas análises estatísticas desta pesquisa.

Ao Prof. Drº Alessandro pela disponibilidade, atenção e valiosas contribuições para esta tese.

À Prof.^a Dr^a Elza de Fátima Ribeiro Higa, pela amizade, por motivar-me a buscar o crescimento profissional e, acima de tudo pelo apoio em todos os momentos.

Ao Prof. Dr Júnior meu mestre, obrigada pelos ensinamentos, dedicação e atenção todos esses anos.

A todos os pacientes e familiares que, direta ou indiretamente, participaram da pesquisa, permitindo que pudesse realizá-la

*À bibliotecária da Famema, a **Helena**, que sempre me auxiliou.*

*Às bibliotecárias da Unesp, **Meire** que realizou a correção das referências e a **Rosângela** pela construção da ficha catalográfica deste estudo.*

*Ao Senac e à gerente **Rita de Cassia Holanda**, que permitiram minhas ausências para a realização do doutorado*

A todos os meus colegas de trabalho do Senac, em especial os docentes do curso de Enfermagem, que me apoiaram e incentivaram nessa jornada.

Aos docentes do programa de Saúde Coletiva pelo acolhimento e oportunidade de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional.

A toda minha família que, pacientemente entendeu minhas ausências, meu cansaço, as angústias, sempre orando por mim e, acima de tudo, acreditando no meu potencial.

*Ao pastor **Maurício dos Santos Costas**, pelo apoio, carinho, por ter-me escutado nos momentos de angústia, pela paciência e por suas orações em toda essa fase da minha vida, fazendo-me ter a certeza que Deus sempre está ao meu lado.*

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram, e que por ventura, tenha me esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos a todos vocês. Com certeza também fizeram parte da minha história.

Meu muito obrigada a todos!

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças crônicas degenerativas (DNC) que afetam a qualidade de vida dos idosos, podem-se destacar as doenças degenerativas articulares e, em especial, a osteoartrite (OA) do quadril, que acomete 33,6% da população com média de idade entre 65 anos ou mais, com impacto na qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ) devido à OA, antes e após seis meses da cirurgia e o impacto do tempo de espera para a realização da cirurgia na qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais. **Método:** foram avaliados 39 pacientes do Ambulatório de Especialidades Governador Mário Covas da Faculdade de Medicina de Marília. Fizeram parte da pesquisa pacientes que foram submetidos à ATPQ no período de dezembro de 2011 a junho de 2013. Foram coletados dados referentes às características sócio-demográficas; qualidade de vida relacionada à saúde (*The Medical Outcomes Study-36 item Short-Form Health Survey* (SF-36), avaliação funcional (Harris Hip Score (HHS) e aspectos físicos e funcionais (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC)). A coleta de dados ocorreu em dois momentos: no pré-operatório (antes da cirurgia) e no pós-operatório (seis meses após a cirurgia). Foi realizada análise estatística dos dados nos diferentes domínios dos instrumentos aplicados comparando momentos pré e pós operatório e tempo de espera para cirurgia ($<$ ou $\geq$ 18 meses) utilizando o teste “t” *student* pareado. **Resultados:** os idosos tinham média idade de 62,9 ($\pm 9,5$) anos, sendo 64,1% do sexo masculino. A comparação dos momentos pré e pós operatório identificou: melhora na avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde - SF 36 em todas as dimensões ($p < 0,05$); capacidade funcional, HHS no score total e nas subescalas: dor, Atividade de Vida Diária, marcha ($p < 0,05$) e também quanto aos aspectos físicos e funcionais, WOMAC todos os escores ($p < 0,05$). O tempo de espera para cirurgia foi, em média, de 18,6 ($\pm 9,9$) meses, sendo que, para 53,7%, maior que 18 meses. Na análise do tempo de espera para cirurgia, houve relevância estatística na capacidade funcional (WOMAC score total e dimensões da dor, rigidez e capacidade física) e na qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36 na dimensão do aspecto emocional). **Conclusão:** Os dados do estudo mostram diferença significativa na qualidade de vida relacionada à saúde e a aspectos da capacidade funcional

quando comparados os momentos pré e pós operatório de seis meses. O tempo de espera para cirurgia menor ou maior que 18 meses teve significância estatística na qualidade de vida (SF – 36) e na capacidade funcional (WOMAC) . A realização de ATPQ teve impacto relevante na melhoria da QV e aspectos físicos e funcionais dos idosos.

Palavras- chave: Qualidade de vida; Artroplastia de Quadril; Idoso; osteoartrite do quadril.

ABSTRACT

Among the chronic-degenerative diseases (DNC) that affect the elderly's quality of life, we can highlight the degenerative joint diseases, among them the osteoarthritis (OA) of the hip that affects 33.6% of the population in an average age of 65 years or more, with impact on the quality of life. Objective: It is to evaluate the quality of life of the patients who are undergoing Primary Total Hip Arthroplasty (ATQP) due to osteoarthritis before and after six months of surgery, moreover the impact of the waiting time for the surgery in the quality of life and functional and physical aspects. Method: We evaluated 39 patients at the Outpatient Clinic of Specialties Governor Mario Covas of the Medicine College of Marilia. Have taken part of the study all the patients that were submitted to ATPQ in the period of December 2011 to June 2013. Data were collected regarding the socio-demographic characteristics; quality of life related to health (The Medical Outcomes Study-36 item Short-Form Health Survey (SF-36); evaluation questionnaire of a functional evaluation of the hip Harris Hip Score (HHS); and instrument Western Ontario and McMaster *Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC). The data collection happened in two moments: preoperative (before surgery) and in the postoperative period, six months after the surgery. Have been made a description of variables collected and later statistical analysis of the data in the different areas of the instruments applied comparing the pre and postoperative moments and the waiting time for surgery ($<$ ou $\geq$ than 18 months) using the student's "t" test paired. Results: the patients had a mean age of 62.9 ± 9.5 years, and 64.1% were male. The comparison of preoperative and postoperative identified: an improvement in the evaluation of the quality of life related to health- the SF-36 in all dimensions ($p < 0.05$), functional capacity ; the HHS the total score and subscales: pain, Activities of Daily Living, gait ($p < 0.05$); and also the functional and physical aspects , WOMAC all scores with ($p < 0.05$). The waiting time for surgery was on average 18.6 (± 9.9) months, and 53.7% was greater than 18 months. In the analysis of the waiting time for surgery, it had statistical significance to the total score (WOMAC and the dimensions of pain, stiffness and physical capacity) and in the quality of life related to health (the SF-36 in the dimension of emotional aspect). Conclusion: The results of the study showed significant difference in the quality of life related to health and to functional capacity aspects when compared to pre and postoperative moments of 6 months. The

waiting time for surgery shorter or greater than 18 months had statistical significance in the quality of life (SF--36), and in the functional capacity (WOMAC). The completion of ATPQ had significant impact in improving the QOL and functional and physical aspects of the elderly.

Key Words: Quality of life; Hip Arthroplasty; Elderly; osteoarthritis of the hip.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sócio-demográficas de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.....	40
Tabela 2-	Tempo de espera em meses de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.	41
Tabela 3-	Diagnóstico etiológico da lesão do quadril e uso de medicação por pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.	41
Tabela 4-	Média dos escores de qualidade de vida nos momentos pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.	42
Tabela 5-	Média dos escores dos aspectos físicos e funcionais nos momentos pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.	43
Tabela 6-	Média dos domínios dos aspectos funcionais no momento pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015	44
Tabela 7-	Média dos escores totais dos aspectos físicos, funcionais e da qualidade de vida no momento pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.....	45
Tabela 8-	Média dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril com tempo espera para cirurgia menor ou maior de dezoito meses. Marília, Brasil. 2015.....	46

Tabela 9-	Média dos escores totais dos aspectos físicos e funcionais no pós operatório, dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril, com tempo de espera menor ou maior de dezoito meses. Marília, Brasil. 2015.	47
------------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM –	Amplitude de Movimento
AVDs -	Atividade de Vida Diária
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
ATQ -	Artroplastia Total do Quadril
ATPQ -	Artroplastia Total Primária do Quadril
AMC -	Ambulatório Mário Covas
CID -	Classificação Internacional de Doenças
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupação
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS -	Divisão Regional de Saúde
DNC -	Doenças Crônico-degenerativas
Famema-	Faculdade de Medicina de Marília
HHS -	Harris Hip Score
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS -	Instituto Nacional do Seguro Social
MEC -	Ministério Educação e Cultura
NTI -	Núcleo Técnico de Informações
OA -	Osteoartrite
QV -	Qualidade de Vida
QVRS -	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF- 36 -	The Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey
SAS –	Statistical Analytics Software
SBOT -	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SESTM –	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SUS -	Sistema Único de Saúde
WOMAC -	Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index
SM -	Salário Mínimo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	21
1.1. Envelhecimento.....	21
1.2. Doenças degenerativas articulares do quadril.....	22
1.3. Instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida e aspectos físicos e funcionais do quadril.....	24
1.4. Artroplastia do quadril.....	26
1.5. Justificativa do estudo.....	28
1.6. Hipóteses.....	28
2. Objetivos.....	29
2.1. Objetivos Geral.....	29
2.2. Objetivos Específicos.....	29
3. Método.....	30
3.1. Local do estudo.....	30
3.2. População do estudo.....	31
3.2.1. Critérios de inclusão.....	31
3.2.2. Critérios de exclusão.....	32
3.3. Instrumento de Coleta de dados.....	32
3.3.1. Instrumento de caracterização sócio-demográfica – Apêndice I.....	32
3.3.2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) – The Medical Outcomes study 36 – item Short – Form Health Survey (SF – 36) – Anexo I.....	32
3.3.3. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ⁴² Anexo II.....	34
3.3.4. Harris Hip Score (HHS) – Anexo III.....	35
3.4. Procedimento de coleta de dados.....	35
3.5. Análise dos dados.....	37
3.6. Aspectos éticos.....	38
4. Resultados.....	39

5. Discussão.....	48
5.1. Caracterização da população do estudo.....	48
5.2. Avaliação da qualidade de vida e dos aspectos físicos e funcionais antes e após a ATPQ.....	48
5.3. Impacto do tempo de espera na qualidade de vida e aspectos funcionais e físicos dos pacientes submetidos à ATPQ.....	50
5.4. Tempo de espera da cirurgia.....	52
6. Limitações.....	54
7. Proposta.....	55
8. Conclusão.....	56
Referências.....	57
ANEXOS.....	63
Anexo I – SF – 36.....	63
Anexo II – Western Ontario McMaster Universities – WOMAC.....	69
Anexo III – Harris Hip Score (HHS).....	71
APÊNDICES.....	73
Apêndice I – Instrumento de Caracterização Sócio-demográficas.....	73
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre no mundo todo, em ritmo cada vez mais acelerado na sociedade e, certamente, tomará dimensões expressivas no decorrer dos próximos anos. Estima-se que 10% da população do mundo sejam idosos, o que representa 705 milhões de indivíduos. As projeções para 2050 são de dois bilhões de idosos (32% da população mundial)¹.

No Brasil, em 2025, o número total de pessoas com idade de 60 anos ou mais será de aproximadamente 32 milhões, sendo que este número corresponderá a 13% da população². Estudo realizado para identificar o índice de envelhecimento no Brasil, no período de 1970 a 2010, identificou aumento de 268%, demonstrando o rápido processo de envelhecimento no país³. Esses dados causam preocupações, pois, de acordo com os indicadores sociais, o país não está preparado para promover condições de um envelhecimento saudável⁴.

O envelhecimento é um processo desencadeado por múltiplas causas e fatores; dentre eles, o biológico, o social e o funcional. Ainda que sejam muitas as alterações apresentadas pelos indivíduos ao envelhecerem, elas não podem ser consideradas como processo patológico, embora interfiram em seu modo de viver, devido às limitações progressivas que ocorrem nessa fase da vida⁵.

As doenças crônicas, na pessoa idosa, levam a dor, restrições funcionais e redução de capacidade física, acarretando limitações. No Brasil, hoje, há um número elevado de idosos com incapacidades parciais ou totais, causadas por doenças que levam à perda da autonomia e à dependência de cuidados por outras pessoas⁵.

O envelhecimento também leva ao declínio do sistema fisiológico, com alterações nos mecanismos moleculares e celulares; processo que resulta em mudanças fisiológicas da idade, incluindo, cutâneas, musculoesqueléticas, neurológicas, no sistema reprodutor, em órgãos sensoriais e outras⁶⁻⁷.

Anualmente, 650 mil novos idosos são inseridos na população brasileira, e a maioria apresenta doenças crônicas, alguns com limitações funcionais. Essa longevidade mudou a característica de mortalidade atual para um cenário de pacientes com doenças crônicas e múltiplas, com tratamentos prolongados. As doenças crônico-degenerativas (DCN) passaram a apresentar maior proporção na sociedade brasileira, acarretando piora na qualidade de vida, maior ocorrência de incapacidades, demanda de cuidados constantes, uso de medicamentos, necessidade de exames periódicos e maior procura pelos serviços de saúde⁸.

Entre as pessoas idosas com 65 anos ou mais, pelos menos 80% apresentam um problema crônico de saúde e 10% apresentam, no mínimo, cinco doenças que tendem a ser progressivas com o avanço da idade⁹.

Assim, o envelhecimento populacional é um novo desafio para a sociedade, em especial no que se refere aos cuidados dessa população¹⁰.

1.2. Doenças degenerativas articulares do quadril

Dentre as DCN que acometem a população idosa, podemos citar as doenças degenerativas articulares do quadril e, em especial a osteoartrite, também denominada artrose ou osteoartrose(OA)⁸.

OA é a forma mais comum de doença articular, acometendo quadris, joelhos, mãos e pés em idosos¹¹. É uma doença crônico degenerativa, que apresenta deterioração da cartilagem devido a uma neo-formação óssea em suas margens articulares e em suas superfícies. Essa doença manifesta-se com dor, rigidez articular, edema, deformidade, perda de função, o que compromete o indivíduo nas mais variadas dimensões, determinando incapacidades e piora da sua qualidade de vida. Outras terminologias também podem ser utilizadas para essa doença: osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa. Quando acomete o quadril, pode ser definida como coxartrose ou *malum coxae senilis*^{12-13-14-15,11}.

A prevalência da OA em indivíduos americanos é de 14%, sendo de 33,6% nos idosos com 65 ou mais¹⁶. Entre os adultos norte-americanos constatou-se o

aumento crescente da doença, passando de 21 milhões para cerca de 27 milhões, o que sugere que essas condições poderão gerar maior impacto sobre saúde pública¹¹.

Objetivando os cuidados relacionados à saúde no futuro, medidas precisam ser tomadas, a fim de proporcionar o diagnóstico precoce e as intervenções que possam ajudar a reduzir este impacto¹¹.

No Brasil, não existem dados precisos quanto à prevalência da OA, mas acredita-se que afete aproximadamente 15 milhões de pessoas¹⁷. A OA de quadril tem afetado, principalmente, mulheres na faixa etária acima de 55 anos, acometendo de 5 a 10% desse grupo¹⁸.

Como essa doença não tem cura e sim, controle, esforços estão sendo realizados mundialmente para identificação de biomarcadores da doença, o que facilitaria um controle mais eficaz do tratamento e da evolução da OA¹².

A OA causa impacto importante na perda da qualidade de vida, com piora do sono, diminuição da saúde mental e na função social. Interfere no trabalho, leva à incapacidade e gera altos custos para o sistema de saúde, sendo nos EUA a principal causa de incapacidades entre os adultos¹⁹⁻²⁰.

A OA pode ser primária ou secundária. A primária não está relacionada a nenhuma causa aparente e a secundária, a traumas mecânicos ou à doença articular inflamatória¹⁸.

Quanto à etiologia da coxartrose, apontam-se as doenças sistêmicas, como artrite reumatoide, espondilite anquilosante, diabetes mellitus, doença de Paget, alcaptonúria, hemacromatose, entre outras. A obesidade, situação comumente relacionada à OA, ainda não está comprovada como causa¹⁸.

O quadro clínico da OA do quadril caracteriza-se por presença de dor, redução da mobilidade articular e claudicação devido à neoformação óssea. O processo degenerativo da estrutura articular compromete a qualidade de vida dos pacientes acometidos, causa impacto significativo na vida econômica, no sistema de saúde e na previdência social. A queixa principal desses indivíduos está focada na dor, que apresenta caráter protocinético (piora aos movimentos), com

localização em região da virilha, podendo irradiar-se para a face anterior da coxa, joelho ou perna. Na coxartrose bilateral, a dor lombar baixa pode estar presente. A evolução da doença leva o paciente à limitação de movimentos, dificultando atividades básicas da vida, como calçar as meias, cortar as unhas, higienizar os pés, cruzar as pernas.¹⁸.

No tratamento da OA do quadril, a primeira opção é o conservador, sendo considerados alguns fatores, como idade, ocupação profissional, peso, intensidade de atividades físicas e etiologia da artrose. Essa fase da terapia inclui medicamentos, fisioterapia e redução de carga na articulação^{15,18}.

Na falha do tratamento conservador, o tratamento cirúrgico, com a artroplastia total primária do quadril (ATPQ) tem sido indicado para aproximadamente metade dos pacientes. Trata-se de um procedimento bem sucedido em todo o mundo, promove alto índice de satisfação, alívio da dor e melhora da função articular, com consequente melhora na qualidade de vida^{15,18}.

1.3. Instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida e aspectos físicos e funcionais do quadril

Em 1964, pela primeira vez, Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da época, utilizou o termo qualidade de vida, definindo que “os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Desde então, o tema qualidade de vida tem sido destaque, sendo amplamente discutido nas mais variadas instâncias relacionadas à saúde, ao trabalho, à educação e a outros²¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, definiu o conceito de Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995)²².

Quando se discute QV no âmbito da saúde, reforça-se a importância de um olhar mais abrangente com foco nas necessidades humanas básicas para sua

promoção. Ressalta-se que a qualidade de vida em saúde, é ser capaz de viver sem doença e de superar as condições de morbididades²³.

Com o crescente interesse pela área, foram desenvolvidos instrumentos genéricos para avaliar o impacto das doenças sobre a vida. Eles avaliam os aspectos relacionados a função, disfunção, alterações físicas e emocionais, que compreendem dois aspectos: o perfil da saúde e o estado da saúde²⁴⁻²⁵.

Assim, para a avaliação da qualidade de vida, há inúmeras escalas²². Entre os instrumentos genéricos mais utilizados para avaliar o impacto da doença sobre atividades pessoais está o The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey- SF 36(QVRS), já validado no Brasil²⁶⁻²⁷. Para a avaliação dos aspectos funcionais do quadril e função física são utilizados os instrumentos: Harris Hip Score (HHS)²⁸ e Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)²⁹.

Em 1999, o SF-36 foi traduzido e validado no Brasil, em pacientes portadores de artrite reumatóide. Os autores relataram que o SF-36 demonstrou ser adequado, considerando as condições socioeconômicas e culturais no Brasil e que esse instrumento pode ser utilizado para avaliar pacientes com artrite reumatoide ou outras doenças, seja para pesquisa ou para questões assistenciais²⁷.

O SF-36 é composto por 36 itens, constando de oito dimensões: aspectos funcionais, sociais, emocionais, mentais, limitação física, dor, estado geral de saúde e vitalidade. É de fácil compreensão, autoaplicável e multidimensional²⁶⁻²⁷.

A avaliação funcional do quadril dos pacientes submetidos à artroplastia total do quadril (ATQ) é realizada por meio do questionário específico “Harris Hip Score” (HHS), que avalia os domínios relacionados a dor, função, deformidades, amplitude de movimento. Foi desenvolvido por Harris em 1969 e traduzido para o português^{28,30-31-32}. O questionário HHS é composto por uma escala de domínios que variam de 0 a 100 pontos, avaliando: dor, atividades de vida diária, função, deformidade e amplitude de movimentos²⁸⁻³⁰.

Na avaliação dos aspectos físicos e funcionais, o comumente utilizado é o *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC),

instrumento específico, tridimensional que avalia dor, rigidez e função física de pacientes acometidos por OA de quadril e joelho, traduzido e validado para a língua portuguesa²⁹.

1.4. Artroplastia do quadril

Em 2008, foram realizadas, nos Estados Unidos, aproximadamente 808.000 artroplastias do quadril e joelho³³, com projeção de aumento de 174% para as próximas décadas no número de artroplastias primárias do quadril (208.600 em 2005 para 572.000 em 2030), devido ao processo de envelhecimento e à longevidade da população³⁴⁻³⁵.

As cirurgias de revisão de artroplastia do quadril também chamam atenção. As estatísticas de crescimento, ao decorrer dos anos, têm projeção de dobrar o número de procedimentos entre os anos de 2026 e 2030³⁵.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, no período de janeiro a novembro de 2013, ocorreram 11.426 internações para realização de ATPQ, destacando-se o estado de São Paulo com o maior número de procedimento, 3.251. No município de Marília, nesse mesmo período, ocorreram 106 internações para realizar o procedimento³⁶.

A ATPQ foi desenvolvida em meados de 1958 por John Charnley. Trata-se de um procedimento cirúrgico de substituição total do componente femoral e acetabular, envolvendo as estruturas ósseas que compõem o quadril¹⁵.

O procedimento cirúrgico é indicado quando, após as medidas conservadoras de tratamento, a dor noturna, a dor ao movimentar-se e a sensação de peso severo impedem o paciente de desenvolver seu trabalho ou de realizar suas atividades de vida diária³⁷.

Inicialmente, a indicação para ATQ era feita para os pacientes com dor artrítica incapacitante, com idade acima de 65 anos, cujo tratamento conservador não promovia um resultado satisfatório. Com a evolução dos materiais e o sucesso do procedimento, outras indicações foram incluídas. Dentre elas, podemos citar alguns distúrbios da articulação do quadril, tais como artrite reumatóide,

doenças articulares degenerativas primárias e secundárias do quadril (OA), osteonecrose, luxação congênita, epifisiólise, pseudoartrose do colo do fêmur, fratura de acetábulo e outras³⁷.

Na história da ATQ, os pacientes com maiores indicações eram da faixa etária entre 60 e 75 anos. Porém, com a longevidade da população, desde a década de 90, tem havido expansão dessa faixa etária para pacientes com 80 anos ou mais, não sendo o fator idade uma contraindicação absoluta para o procedimento cirúrgico³⁷.

Em pacientes jovens, a artroplastia pode ser indicada, sobretudo, em casos de envolvimento poliarticular, ocasionado por doenças sistêmicas, tais como artrite reumatoide e espondilite anquilosante, embora seja mais reservada para pessoas idosas, de preferência com mais de 65 anos de idade¹⁵.

A artroplastia do quadril é considerada uma cirurgia de grande porte, que pode apresentar complicações, com taxa de mortalidade de 1 a 2% dos casos³⁷. As complicações mais comuns são tromboembolismo pulmonar, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, infecções da prótese, luxação, lesões nervosas e vasculares e discrepância do membro¹⁵.

A ATQ é denominada como primária, quando se trata da primeira cirurgia para a substituição das articulações. As revisões são denominadas secundárias e são caracterizadas pela substituição e pela reparação das articulações sintéticas de um ou dos dois componentes da artroplastia realizadas anteriormente, tanto do componente femoral como acetabular^{15,38}.

Pesquisadores relatam questões relevantes quando avaliam a qualidade de vida das pessoas submetidas à ATQ, relacionando o tempo de espera para o procedimento cirúrgico e o resultado funcional. Constatou-se que existe chance de um melhor resultado quanto menor for o tempo de espera. A oportunidade de ótimos resultados reduz-se em 8% a cada mês; naquelas pessoas que aguardam o procedimento por mais de seis meses, há probabilidade de uma redução nos resultados funcionais de 50%, interferindo em sua qualidade de vida ao serem comparadas com aquelas que aguardam um tempo menor³⁹.

Estudo avaliando a QV de pessoas que aguardaram a ATPQ com tempo de espera de seis meses ou mais observou deterioração no estado geral de saúde delas com declínio na QV nesse período⁴⁰.

1.5. Justificativa do estudo.

É relevante pesquisar o impacto da ATPQ e seus benefícios na QVRS e nos aspectos físico e funcional desses pacientes. Este estudo propõe-se a contribuir com os serviços de saúde no processo de gestão e organização da assistência, visando à melhoria da qualidade do cuidado, ao acesso aos serviços de saúde e fornecer subsídios para o gerenciamento no tempo de espera para cirurgia eletiva de ATPQ.

1.6. Hipóteses.

Hipótese 1- Há melhora na QV, nos aspectos físicos e funcionais nos pacientes submetidos à ATPQ antes e após a cirurgia?

Hipótese nula- Não há melhora na QV, nos aspectos físicos e funcionais nos pacientes submetidos à ATPQ antes e após a cirurgia?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ) devido à osteoartrite, antes e após seis meses da cirurgia.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais dos pacientes antes e após a ATPQ.
 - Descrever o impacto do tempo de espera para a realização da cirurgia na qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais.
-

3. MÉTODO

Tipo de estudo: estudo de coorte e descritivo.

Período: de dezembro de 2011 a junho de 2013.

3.1. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Marília, localizada no Centro Oeste Paulista e distante da capital do estado 443 km. Sua população, em 2011, segundo IBGE era de 218.229⁴¹ habitantes, sendo a 13ª maior cidade do interior paulista.

O local do estudo foi o Ambulatório Governador Mário Covas (AMC) que pertence ao complexo Faculdade de Medicina de Marília (Famema), unidade acadêmica que possui Cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, seis unidades de atenção à saúde, das quais três são hospitais de ensino: Hospital das Clínicas – Unidade I, II e III. O Hospital de Clínicas Unidade I e Hospital das Clínicas II– Unidade Materno infantil são serviços de referência em urgência e emergência com recursos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade.

O Ambulatório Mário Covas está em funcionamento desde janeiro de 2000. É centro de referência para atendimento das especialidades clínicas, cirúrgicas, ortopedia e traumatologia. Atende demanda de atenção secundária e terciária de cinco microrregiões de saúde (Marília, Assis, Ourinhos, Tupã e Adamantina) da Divisão Regional de Saúde IX (DRS IX), totalizando população estimada em 1,2 milhões de habitantes. Está subordinado administrativamente à Diretoria Geral da Famema.

São atendidos, no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do AMC, exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com média anual de 20 mil atendimentos. Os usuários assistidos são os que receberam o primeiro atendimento no serviço de urgência e emergência ortopédica do Hospital de Clínicas Unidade I e II e necessitam continuidade do tratamento, os referenciados pela DRS IX e Secretaria Municipal de Saúde de Marília, os encaminhados por agenda interna de outras especialidades do AMC e os colaboradores do Complexo Famema, encaminhados pelo serviço especializado em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT).

A equipe desse serviço é composta por vários profissionais de saúde: 28 médicos, 18 residentes na área de ortopedia, 01 enfermeiro, 07 auxiliares de enfermagem e 01 assistente social. Conta com outros profissionais de apoio (radiologia, métodos gráficos, recepção). Este serviço ambulatorial é cadastrado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SOBT) para desenvolver, desde 1991 a residência médica de ortopedia.

3.2. População do estudo

Fez parte deste estudo todo o universo dos usuários que foram submetidos à ATPQ, no período de dezembro de 2011 a junho de 2013 no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do AMC, sendo a artroplastia indicada por haver doença degenerativa da articulação coxofemoral (OA do quadril, coxartrose, necrose avascular da cabeça do fêmur, artrite reumatoide).

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram inclusos neste estudo os sujeitos:

- Com diagnóstico médico de doenças osteoarticulares do quadril (OA do quadril, necrose avascular da cabeça do fêmur), informações obtidas por meio do prontuário do paciente, utilizando a história clínica, anamnese e confirmação por RX do quadril;
 - Com programação de ATPQ cimentada;
 - Que apresentaram capacidade de compreensão e comunicação verbal;
 - Que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96.
-

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes:

- Que apresentavam déficits visuais, cognitivos e de comunicação que comprometiam as Atividades de Vida Diária (AVD), conforme informações obtidas junto ao paciente ou acompanhante;
- Eram portadores de hemiparesia ou hemiplegia;
- Que apresentaram complicações tardias devido à fratura prévia do quadril ou do fêmur.
- Com fratura do acetábulo ou colo do fêmur com indicação de ATPQ.
- Portadores de neoplasias (fêmur, quadril e outros).
- Que tiveram contraindicações do procedimento cirúrgico.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

3.3.1. Instrumento de caracterização sócio-demográfica - Apêndice I.

Esse instrumento foi usado para identificar as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, rendimento do usuário, situação conjugal, número de pessoas que residem na casa, profissão, ocupação atual, tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico, diagnóstico.

3.3.2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)-The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36) - Anexo I.

Trata-se de um instrumento genérico, que avalia a QV no que se refere à saúde. É capaz de verificar o impacto da doença na saúde e do tratamento na vida das pessoas, avaliando aspectos da função, disfunção, desconforto físico e emocional. É o instrumento genérico frequentemente utilizado na comunidade ortopédica, com recomendações que seja associado a outros instrumentos

específicos que avaliam as desordens músculoesqueléticas⁴². É composto por 36 itens abordando de oito dimensões²⁴⁻²⁵ (Anexo II) conforme se descrevem a seguir:

- Capacidade funcional: são dez itens que avaliam a amplitude e as limitações relacionadas à capacidade física, apresentando três níveis de respostas (muita limitação, pouca limitação, sem limitação);
- Aspectos físicos: quatro itens abordam as limitações e o tempo dedicado ao trabalho e o quanto essas limitações físicas comprometem suas atividades de vida diária;
- Dor: dois itens que avaliam a intensidade da dor e sua influência em suas AVD;
- Estado geral de saúde: são cinco itens cujos escores que avaliam a saúde, variando de muito ruim até excelente e outros quatro, do tipo verdadeiro e falso, relacionados à avaliação da saúde;
- Vitalidade: são quatro itens, relacionados com vigor, energia, cansaço e vontade de realizar as atividades;
- Aspectos sociais: dois itens que avaliam os aspectos de participação social, familiar, amigos;
- Saúde mental: cinco itens que avaliam as alterações de comportamento, controle emocional, nervosismo, depressão, desânimo e felicidade;
- Aspectos emocionais: constituído por três itens que avaliam a dedicação ao trabalho e a outras atividades, relativa a depressão, ansiedade ou a fatores emocionais.

Os resultados são calculados por meio de escores para cada questão em uma escala de 0 a 100; o zero equivale ao pior estado de saúde e 100, ao melhor (sugestivo de uma melhor QV)²⁶⁻²⁷. As dimensões são avaliadas separadamente, não havendo um ponto de corte.

3.3.3. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)⁴² Anexo II.

Instrumento específico para avaliar pacientes com OA do quadril e do joelho quanto aos aspectos físicos e funcionais. É composto por 24 itens, separados em três dimensões, que abordam os seguintes aspectos nas últimas 72 horas, sendo já traduzido e validado no Brasil^{24,29}.

Dor: composto por cinco questões relacionadas à intensidade da dor no quadril nas últimas 72 horas em diferentes atividades, tais como caminhando em superfície plana, subindo ou descendo escadas, deitando na cama à noite, sentando ou deitando e ficando em pé;

Rigidez articular: com dois itens que abordam a intensidade da rigidez do quadril nas últimas 72 horas, logo após acordar de manhã ou após sentar, deitar ou descansar no decorrer do dia;

Atividade física: são dezessete itens que avaliam o grau de dificuldade, nas últimas 72 horas, para desenvolver atividades, como subir e descer escadas, levantar-se, ficar em pé ou inclinar-se para o chão, caminhar em terreno plano, entrar e sair do carro, fazer compras, colocar e retirar meias, sentar-se, levantar-se ou deitar na cama, entrar e sair do banho, utilizar o vaso sanitário e realizar afazeres domésticos desde os mais leves até os pesados²⁹.

As questões são compostas por escore. São dadas notas que variam de zero a quatro, avaliando dor/limitação: 0=nenhuma, 1=pouca, 2=moderada, 3=severa e 4=extrema dor/limitação. O zero sinaliza ausência dos sintomas e o quatro, pior resultado em relação à sintomatologia. O escore final é obtido pela soma dos pontos de todas as questões multiplicada por 1,041666 ou 100/96. Quanto menor o valor, melhor o *status* de saúde do paciente, sendo 0 (zero) o melhor *status* e 100 (cem), o pior^{29,43}.

3.3.4. Harris Hip Score (HHS)- Anexo III.

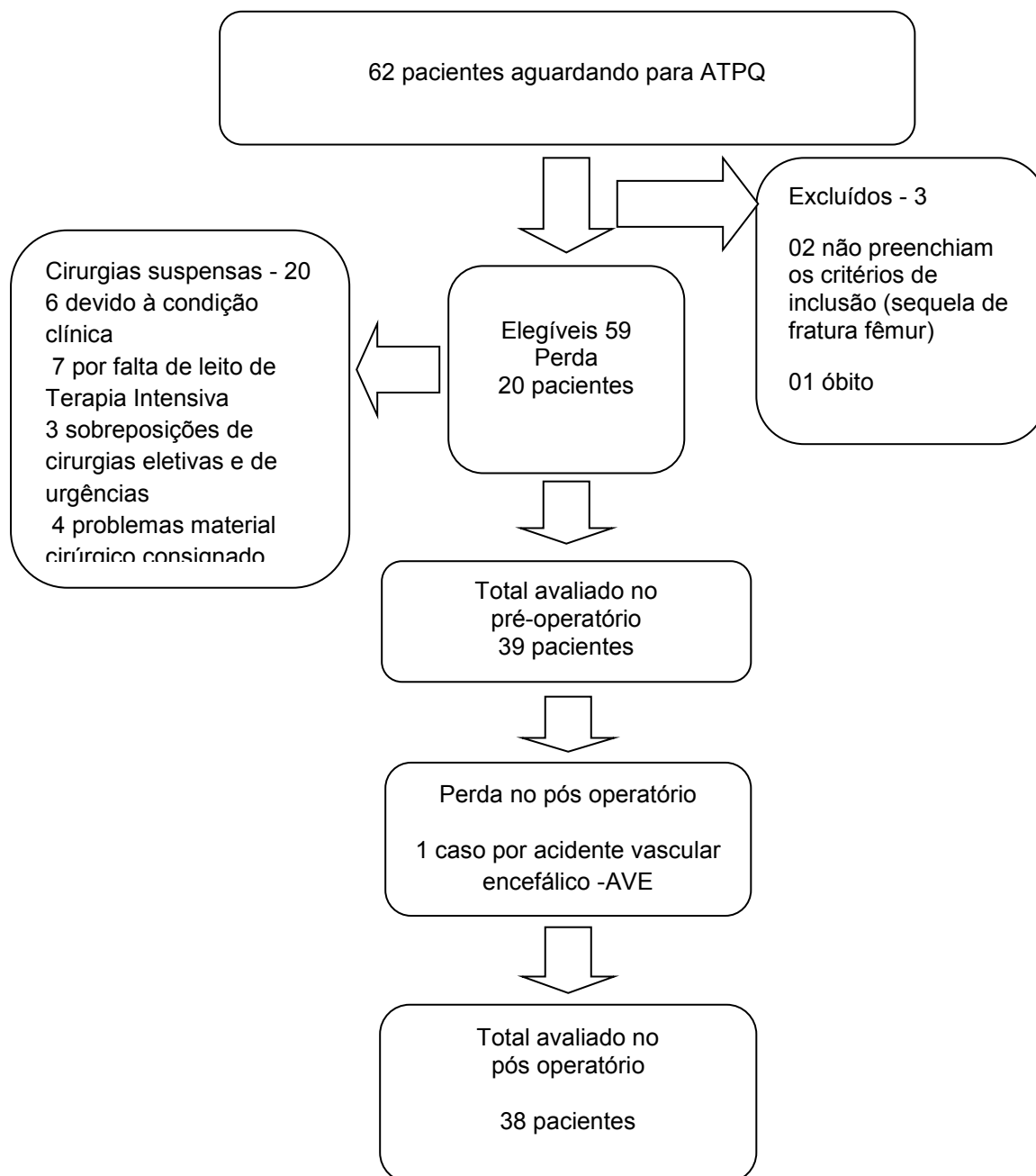
O questionário *Harris Hip Score* (HHS) é instrumento específico para avaliação funcional do quadril de pacientes submetidos à ATPQ, mensurando as incapacidades no que se refere aos domínios da dor, função, marcha, deformidades e amplitude de movimentos³⁰⁻³¹⁻³². Esse instrumento é constituído por uma escala que varia de 0 a 100 pontos, considerando cada um dos seus domínios. A pontuação máxima de cada domínio é a seguinte: **dor**: 44 pontos; **função**: 47 pontos, sendo esse item subdividido em **Atividades de Vida Diárias (AVD)** 14 pontos (subir escada, entrar em transporte público, sentar, amarrar sapato/calçar meias) e **marcha**: 33 pontos (claudicação, uso de suporte e distância); **deformidades**: 4 pontos e **amplitude de movimentos(ADM)**: 5 pontos²⁸.

O escore total do HHS é considerado ruim se a somatória for menor que 70 pontos; regular, entre 70 e 79 pontos; bom, entre 80 e 89 e excelente, entre 90 e 100 pontos²⁸.

3.4. Procedimento da coleta de dados

Para a primeira etapa do estudo foi realizado levantamento prévio de todos os usuários que estavam aguardando a cirurgia de ATPQ no ambulatório de ortopedia do AMC com a utilização de agenda manual, onde constava lista de espera com nome completo do paciente, registro hospitalar, cidade de origem, diagnóstico e telefones de contato.

O fluxograma 1 apresenta o total de pacientes que aguardavam o procedimento cirúrgico, as cirurgias suspensas, os sujeitos excluídos e o total de avaliados nos momentos pré e pós-operatório.

FLUXOGRAMA DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

Antes da coleta de dados, no momento pré-operatório, foi realizada análise de cada prontuário para confirmar se os pacientes preenchiam os critérios de inclusão do estudo e avaliar a história clínica, a anamnese e o laudo do RX do

quadril para a confirmação do diagnóstico médico. Nesse momento, foram coletados dos prontuários os dados de caracterização sócio-demográfica.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, em horário de atendimento do paciente, sem causar prejuízos assistenciais aos pacientes que não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa.

Os que concordaram em participar da pesquisa foram encaminhados para sala reservada no ambulatório, sendo feita a leitura minuciosa do termo de consentimento livre e esclarecido e do seu objetivo, dando-se explicação sobre os questionários e sobre a metodologia. Não restando nenhuma dúvida, solicitava-se que o paciente assinasse o termo de consentimento livre esclarecido.

No primeiro momento da pesquisa, no pré-operatório, foram realizadas as entrevistas após a consulta de enfermagem, período que antecedeu a internação. Nesse momento, foram aplicados os três questionários: SF- 36, WOWAC e HHS.

O segundo momento da coleta de dados ocorreu no sexto mês de pós-operatório, em retorno ambulatorial. Para garantir que todos os pacientes fossem entrevistados, foi realizado levantamento prévio no Núcleo Técnico de Informações (NTI) na agenda de especialidade de cirurgia do quadril, identificando o retorno ambulatorial de cada paciente. Os três questionários foram reaplicados.

Justifica-se a coleta de dados no pós-operatório, após seis meses da cirurgia, por se tratar do momento considerado mínimo após procedimento cirúrgico para a recuperação pelo paciente das atividades do cotidiano e restabelecimento completo da marcha nos casos de ATQ⁴⁴.

3.5. Análise dos dados

Os dados sócio-demográficos coletados foram descritos por meio de frequências e percentuais para as variáveis qualitativas e média e dp para as variáveis quantitativas.

Para os instrumentos SF-36, WOMAC e HHS foram obtidos os escores gerais para cada domínio. As médias foram comparadas nos momentos pré e após seis meses de cirurgia, utilizando o teste “*t*” *student* pareado. O mesmo teste foi

utilizado, considerando, então o tempo de espera ($\leq$ ou $>$ de 18 meses) de modo a avaliar o impacto do tempo de espera.

A opção pelo tempo de espera de 18 meses justifica-se por esse ser, geralmente a média do tempo de espera para essa cirurgia.

Em todos os testes, foi fixado o nível de 5% de significância ou o “p valor” correspondente. Todas as análises foram feitas pelo programa Statistical Analytics Software (SAS) *for Windows* v.9.3.

3.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 (Protocolo número 1373/11).

4. RESULTADOS

Inicialmente foram avaliados 62 pacientes. Foram excluídos três (dois não preenchiam os critérios de inclusão (sequela de fratura fêmur) e houve um óbito, sendo elegíveis 59. Houve 33,8% de perdas (20 pacientes), por suspensão da cirurgia (fluxograma).

Foi avaliado um total de 39 pacientes no período de dezembro de 2011 a junho de 2013. No pós-operatório, houve perda de um caso devido a acidente vascular encefálico (AVE) trinta dias após a cirurgia.

As características sócio-demográfica de pacientes são apresentadas na tabela 1.

Dos 39 sujeitos entrevistados, 64,1 % eram do sexo masculino; a idade média foi de 62,9 anos (36 - 78 anos de idade). A renda mensal mostrou que 87% recebiam entre um e cinco salários. Moravam em duas pessoas 58,9%, sendo a maioria com cônjuge. No aspecto de escolaridade, 69,3% possuíam menos de 4 anos de escolaridade. Em relação ao estado conjugal, 82,5% eram casados/amasiados. Quanto à ocupação anterior, 23% haviam trabalhado como lavrador na cultura permanente e 20,5%, como domésticas.

Tabela 1. Características sócio-demográficas de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Idade	Média 62,9 ±9,5
	Mínima (36) e máxima (78)
Gênero	N (%)
Feminino	14 (35,9)
Masculino	25 (64,1)
Renda pessoal	
Sem renda	05 (12,8)
01 – 2 SM*	17 (43,5)
3 a 5 SM	17 (43,5)
Número de pessoas que residem na casa	
Moram sozinhas	5 (12,8)
2 pessoas	23 (58,9)
3- 5 pessoas	11 (28,2)
Escolaridade (em anos)	
Analfabeto	5 (12,8)
Um a quatro anos de estudo	22 (56,4)
Cinco a oito anos de estudo	7 (17,9)
Mais de oito anos de estudo	5 (12,8)
Estado conjugal	
Casado/Amasiado	32 (82,5)
Divorciado/separado	4 (10,2)
Viúvo	3 (7,6)
Ocupação atual^{(45)**}	
Recebendo benefício do INSS***	4 (10,2)
Aposentado	17 (43,5)
Doméstica (lar)	12 (30,7)

* SM - Salário mínimo valor R\$ 622,00 no período de coleta de dados.

^{(45)**} Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>. Acesso em 28 dez. 2013.

*** INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

A tabela 2 apresenta o tempo de espera em meses para a realização do procedimento cirúrgico, tempo que foi maior que 18 meses para 53,7%.

Tabela 2. Tempo de espera em meses de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Média ($\pm$ dp)* (meses)	18,6 $\pm$ 9,9
Tempo de espera após a indicação da cirurgia (meses)	N (%)
3- 6	6 (15,3)
7- 12	6 (15,3)
13- 18	6 (15,3)
19- 24	12 (30,7)
Mais que 24	9 (23,08)

*dp desvio padrão

A tabela 3 apresenta, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID), o diagnóstico etiológico da lesão de quadril: 71,8% dos pacientes foram submetidos à cirurgia de ATPQ, devido ao diagnóstico de Coxartrose e 25,6% devido a Coxartrose bilateral do quadril. Quanto ao lado afetado, das artroplastias primárias realizadas, 53,8% foram no quadril direito. Em relação ao uso de medicação para artrose e dor, 97,4% dos pacientes fizeram uso de alguma medicação. Em relação às comorbidades, 56,4% apresentavam doenças associadas.

Tabela 3. Diagnóstico etiológico da lesão do quadril e uso de medicação por pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Variáveis	N (%)
CID	
M 16 (coxartrose)	28 (71,8)
M 87 (osteonecrose de cabeça femoral)	1 (2,5)
M 16.2 (coxartrose bilateral)	10 (25,6)
Comorbidades	
Sim	22 (56,4)
Lado afetado	
Direito	21 (53,8)
Esquerdo	18 (46,1)
Uso de medicação para dor e artrose	
Sim	38 (97,4)

Na tabela 4 são apresentados os dados dos escores da qualidade de vida relacionada à saúde (dimensões do SF-36) nos momentos pré e pós-operatório. Na comparação dos momentos pré e pós, observa-se diferença **estatisticamente significativa** em todas as dimensões dos domínios avaliados, exceto nos aspectos sociais.

Tabela 4. Média dos escores de qualidade de vida nos momentos pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Dimensões - SF-36*	Pré (N 39)	Pós (N 38)	Valor de p***
	Média ($\pm$ dp)**	Média ($\pm$ dp)**	
Vitalidade	53,3 $\pm$ 22,8	72,8 $\pm$ 19,7	0,001
Saúde mental	45,1 $\pm$ 26,8	67,8 $\pm$ 23,9	0,001
Capacidade funcional	8,7 $\pm$ 17,3	70,5 $\pm$ 19,9	0,001
Aspectos físicos	10,9 $\pm$ 25,5	85,5 $\pm$ 32,1	0,001
Dor	40,5 $\pm$ 13,1	48,4 $\pm$ 7,1	0,003
Estado geral de saúde	69,8 $\pm$ 1,5	78,5 $\pm$ 11,6	0,001
Aspectos Sociais	52,5 $\pm$ 20,7	47,3 $\pm$ 15,9	0,268
Aspectos emocionais	25,6 $\pm$ 42,8	86,8 $\pm$ 34,2	0,001
Escore total	38,3 $\pm$ 13,9	69,7 $\pm$ 12,4	0,001
Dimensão A (física)	36,6 $\pm$ 11,4	71,1 $\pm$ 10,9	0,001
Dimensão B (emocional)	41,1 $\pm$ 22,1	67,3 $\pm$ 18,3	0,001

*The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)

** desvio padrão*** teste T-student

Na tabela 5, estão apresentados os resultados dos escores totais e as médias das dimensões de aspectos físicos e funcionais (WOMAC) nos momentos pré e pós-operatório. Houve **diferença estatística** nos domínios do escore total, nas dimensões da dor, rigidez articular e atividade física.

Tabela 5. Média dos escores dos aspectos físicos e funcionais nos momentos pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Dimensões do WOMAC*	Pré (N 39) Média ($\pm$ dp)**	Pós (N 38) Média ($\pm$ dp)**	Valor do p ***
Score total do WOMAC*	78,8 $\pm$ 15,3	11,2 $\pm$ 16,4	0,0001
Dor	14,7 $\pm$ 3,2	2,0 $\pm$ 3,4	0,0001
Rigidez articular	5,8 $\pm$ 1,4	0,5 $\pm$ 1,2	0,0001
Atividade física	55,4 $\pm$ 11,4	7,5 $\pm$ 10,7	0,0001

*WOMAC- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

** desvio padrão*** teste T-student

Na tabela 6, estão apresentados os resultados da aplicação do instrumento de aspecto funcional (Harris Hip Score - HHS). A análise das subescalas, os aspectos relacionados à dor, às AVDs, à marcha e ao escore total apresentaram diferenças **estatisticamente significativas**. Deformidade e amplitude de movimento (ADM) não apresentaram significância estatística.

Tabela 6. Média dos domínios dos aspectos funcionais no momento pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Domínios-Harris Hip Score*	Pré (N 39)	Pós (N 38)	Valor do p***
	Média ($\pm$ dp)**	Média ($\pm$ dp)**	
DOR	8,4 $\pm$ 9,6	39,5 $\pm$ 8,7	0,0001
AVDS****(FUNÇÃO)			
ESCADA	1,4 $\pm$ 1,0	2,9 $\pm$ 1,1	0,0001
TRANSPORTE	0,6 $\pm$ 0,4	0,9 $\pm$ 0,2	0,0002
SENTAR	4,1 $\pm$ 1,1	4,8 $\pm$ 0,5	0,0007
AMARRAR SAPATO/MEIAS	0,6 $\pm$ 1,0	3,1 $\pm$ 1,2	0,0001
MARCHA			
CLAUDICAÇÃO	5,5 $\pm$ 2,9	8,5 $\pm$ 1,5	0,0001
SUORTE	5,0 $\pm$ 3,4	8,0 $\pm$ 3,2	0,0001
DISTÂNCIA	3,4 $\pm$ 2,0	7,0 $\pm$ 2,6	0,0001
DEFORMIDADES	3,7 $\pm$ 0,8	3,8 $\pm$ 0,6	0,323
ADM*****	2,5 $\pm$ 0,6	2,4 $\pm$ 0,6	0,814
ESCORE TOTAL HHS	35,5 $\pm$ 12,6	81,2 $\pm$ 13,1	0,0001

*Harris Hip Score **desvio padrão***teste T-student****AVDS (atividade de vida diária)

*****ADM (amplitude de movimento).

A tabela 07 apresenta os escores totais dos aspectos físicos, funcionais e da qualidade de vida (instrumentos WOMAC, SF-36 e HHS). Comparados no pré e pós-operatório, todos os escores tiveram melhora estatisticamente significativa.

Tabela 07. Média dos escores totais dos aspectos físicos, funcionais e da qualidade de vida no momento pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril. Marília, Brasil. 2015.

Escore Total	Pré (N 39) Média ($\pm$dp)*	Pós (N 38) Média ($\pm$dp)*	Valor do p**
WOMAC***	78,8 $\pm$ 15,3	11,2 $\pm$ 16,4	0,0001
SF-36****	38,3 $\pm$ 13,9	69,7 $\pm$ 12,4	0,0001
HHS*****	35,5 $\pm$ 12,6	81,2 $\pm$ 13,1	0,0001

* desvio padrão

**teste *T-student*

***WOMAC- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

****SF-36- The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey

*****HHS-Harris Hip Score

Na tabela 8, são apresentados os resultados de qualidade de vida relacionada à saúde, com espera menor ou maior de dezoito meses para realização da cirurgia. Os resultados mostraram diferença significativa relacionada aos aspectos emocionais e ao escore total da dimensão (B).

Tabela 8. Média dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril com tempo de espera para cirurgia menor ou maior de dezoito meses. Marília, Brasil. 2015.

Dimensões- SF-36*	Pós (N=38)		
	≤ 18 meses N = 17	>Mais 18 meses N = 21	Valor de p***
	Média ($\pm$ dp)**	Média ($\pm$ dp)**	
Vitalidade	73,2 $\pm$ 22,9	72,6 $\pm$ 17,3	0,24
Saúde mental	63 $\pm$ 29,7	71,8 $\pm$ 17,6	0,29
Capacidade funcional	68,8 $\pm$ 24	71,9 $\pm$ 16,5	0,11
Aspectos físicos	82,3 $\pm$ 39,3	88,1 $\pm$ 25,7	0,75
Dor	51,1 $\pm$ 6	46,1 $\pm$ 7,4	0,39
Estado geral saúde	79,4 $\pm$ 14	77,8 $\pm$ 9,5	0,10
Aspectos sociais	44,8 $\pm$ 16,5	49,4 $\pm$ 15,5	0,77
Aspectos emocionais	76,4 $\pm$ 43,7	95,2 $\pm$ 21,8	0,004
Escore total SF-36	67,4 $\pm$ 15,7	71,6 $\pm$ 8,9	0,19
Dimensão A (física)	71 $\pm$ 13,3	71,3 $\pm$ 8,8	0,83
Dimensão B (emocional)	61,4 $\pm$ 23,5	72,1 $\pm$ 11,1	0,002

*The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)

** desvio padrão ***teste T-student

Na tabela 09, estão dispostos os resultados dos escores de avaliação funcional e aspectos físicos e funcionais (instrumentos HHS e WOMAC), comparando-se o tempo de espera de até dezoito meses ou mais para realização da cirurgia.

Tabela 9. Média dos escores totais do dos aspectos físicos e funcionais no pós operatório, dos pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril, com tempo de espera menor ou maior de dezoito meses. Marília, Brasil. 2015.

Escore total	Pós N (38)		P**
	≤ 18 meses N = 17	> 18 meses N = 21	
	Média (±dp)*	Média (±dp)*	
Escore Total HHS ***	80,9 1±2,2	81,4±14,1	0,57
Escore Total WOMAC****	12 ± 21,4	9,7 ± 9,6	0,001
Dor	2,5 ± 4,6	1,7 ± 2,1	0,002
Rigidez articular	0,6 ± 1,6	0,5 ± 0,8	0,006
Atividade física	8,1 ± 14,4	7 ± 6,9	0,002

* desvio padrão **teste T-student *** HHS- Harris Hip Score

**** WOMAC- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

Pelo instrumento HHS, **não houve diferença estatística** em nenhum dos domínios. Quando analisado o instrumento WOMAC, com o tempo de espera de dezoito meses ou mais, houve **relevância estatística** no domínio do escore total, dor, rigidez e atividade física.

5. DISCUSSÃO

5.1. Caracterização da população do estudo.

As características sócio-demográficas dos sujeitos deste estudo demonstraram a prevalência do sexo masculino com 64,1%, o que se contrapõe aos dados da literatura, segundo as quais a OA do quadril é mais comum em mulheres¹⁸. Referente a maior prevalência do sexo masculino, não encontramos justificativa para este achado na literatura. A renda mensal era de até dois salários mínimos para 43,5% dos sujeitos. Observa-se baixo nível de escolaridade, visto que 56,4 % revelaram ter menos de quatro anos de estudo. Esses dados são semelhantes aos de outra pesquisa que demonstra o baixo nível de escolaridade da população brasileira⁴⁶.

Quanto às comorbidades, 56,4 % relataram alguma doença associada à OA, como diabetes e hipertensão arterial; esses dados corroboramos achados na literatura, em que pacientes portadores de OA apresentam um elevado índice de depressão, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes e doença renal, elevando com isso os custos totais com saúde^{47,19}.

5.2. Avaliação da qualidade de vida e dos aspectos físicos e funcionais antes e após a ATPQ

Ao analisar os resultados da aplicação do instrumento que avalia a QVRS (SF-36), este estudo constatou que, no momento do pré-operatório, a média dos escores totais das dimensões foram baixas (38,3%), evidenciando maior comprometimento da capacidade funcional, dos aspectos físicos e emocionais e dor, o que evidencia uma qualidade de vida ruim. Nos Estados Unidos, a OA é a principal causa de incapacidades entre os adultos, com impacto significativo na qualidade de vida, comprometendo aspectos sociais, saúde mental, produtividade no trabalho e piora no padrão do sono. Acomete aproximadamente 14% da população, e estima-se que 33,6% apresentam idade entre 65 anos ou mais¹⁹⁻²⁰.

Na avaliação pós-operatória, este estudo apontou diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões do instrumento de QVRS (SF-36), com destaque para a dimensão da dor, os aspectos emocionais (86,8), os

físicos (85,5) e o estado geral de saúde (78,5). Os aspectos sociais não tiveram relevância estatística neste estudo, embora esses dados estejam divergentes com pesquisa que mostrou que OA gera impacto negativo na função social com piora na QVRS dessas pessoas^{19-20,48}.

Estudos relatam que, quando avaliada a QV dos pacientes submetidos ATPQ quanto a dor, função física, estado geral de saúde e aspectos sociais, a melhora mais importante ocorreu seis meses após a cirurgia, em todos os escores, principalmente o emocional^{49-50,46,51}. Outro estudo destaca que a mudança significativa na QV de pessoas com mais de 65 anos ocorreu principalmente entre três e nove meses após a ATPQ⁵¹.

A satisfação com a cirurgia, quanto à QV, é relatada por 96% dos pacientes sete anos após ATPQ, com alívio da dor, exceto em relação à função física, o que pode ser justificado pelas morbidades músculo-esqueléticas como as causadas pela OA⁴⁹.

Na análise da capacidade funcional pelo instrumento WOMAC, foram encontradas diferenças significativas entre os momentos pré e pós operatório. A média do escore total no momento pré-operatório foi alta (78,8), demonstrando QV ruim. O domínio mais comprometido foi a capacidade física, seguido do domínio dor. Esses dados estão em concordância com outros estudos^{52,53}.

Na presente pesquisa, no momento pós-operatório e nos resultados da avaliação da capacidade funcional e física com aplicação do instrumento WOMAC, observa-se que a média total do escore e todas as dimensões apresentaram melhora com valores estatisticamente significativos em relação ao pré-operatório. A dimensão que apresentou média mais baixa foi a da rigidez articular, seguida da dor e da atividade física. Corrobora esses achados em pesquisa que se observou a mesma constatação no pós-operatório quanto aos aspectos de dor, função e rigidez imediatamente após a cirurgia e com seis meses⁵². Outro estudo evidencia que os pacientes relataram melhora importante da dor, com uma semana após cirurgia e após três a seis meses⁵⁴. Segundo Groot *et al*, pacientes apresentaram melhora na função e capacidade física após seis meses, desenvolvendo suas atividades com menos dor e menos limitação do que antes. Relatam que a

realização da ATQ causa impacto positivo nos aspectos da função física na vida desses pacientes⁵⁵.

Cabrita *et al.* mostram que de seis a doze meses após a ATQ, a avaliação dos pacientes apresentava escores do WOMAC significativos ao serem comparados aos do pré-operatório. Esses autores não observaram complicações secundárias ao procedimento⁵⁶. Avaliando a QV e a funcionalidade do quadril dezesseis anos após a ATQ, os pacientes relataram estar satisfeitos com o procedimento e que realizariam a cirurgia novamente, tendo como indicador mais relevante o escore da dor. Destaca-se que a melhora na função do quadril proporcionou uma melhor QV dessas pessoas^{57,53}.

Ao avaliar a aplicação dos resultados da capacidade funcional (HHS), o presente estudo identificou melhora entre o pré e pós-operatório. O escore total de pré operatório do HHS de 35,5 atingiu 81,2 no pós-operatório ($p < 0,05$). Estes resultados estão em consonância com dados obtidos em outros estudos, que revelaram a melhora na função do quadril e a satisfação com a cirurgia, influenciando a QV desses idosos^{53,46}. Outro estudo observou no pós-cirúrgico melhora nas atividades físicas, redução da dor e da rigidez, aumento na distância em caminhadas e mais facilidade na função ao se levantar da cadeira; apenas não houve ganho da ADM⁵⁵⁻⁵⁸. Esta alteração deve ser considerada, visto que a OA pode causar deformidade e limitação do quadril¹⁵⁻¹⁸.

5.3. Impacto do tempo de espera na qualidade de vida e aspectos funcionais e físicos dos pacientes submetidos à ATPQ.

Ao analisar o impacto do tempo de espera menor ou maior que 18 meses para a realização da cirurgia, quanto aos **aspectos funcionais e físicos** (instrumento Womac), identificou-se relevância estatística no escore total, nas dimensões dor, rigidez e capacidade física.

Na análise da qualidade vida (SF-36), os **aspectos emocionais** foram **estatisticamente significativos**, o que corrobora com estudo que evidenciou alta prevalência de sofrimento psicológico e aflição durante o período de espera para a cirurgia⁴⁰, quando comparado com a população geral.

Nos **aspectos funcionais** (HHS), não foi observada relevância significativa nesse período. Tuominen *et al*, com uso do instrumento HHS modificado, relata que pacientes apresentaram QV deteriorada, quadro de dor, dificuldade nas atividades diárias e funcionais enquanto aguardavam a realização da cirurgia. Esses autores concluem que o tempo de espera de três meses não afetou a QV e as pontuações dos escores nos aspectos de dor e função, porém os idosos que aguardaram menos tempo para cirurgia obtiveram precocemente uma melhora na QV⁵⁹.

Outro estudo, avaliando o tempo de espera por mais de três meses para realização da ATQ, identificou comprometimento da recuperação clínica dos pacientes, com redução e alterações significativas nos escores funcionais e piora mais evidente em pacientes com idade mais avançada quando avaliados pelo HHS⁶⁰. Quando o tempo de espera foi de até seis meses para a cirurgia, os pacientes apresentaram fortes indícios de que a dor e a capacidade funcional autorrelatada não se alteraram; num tempo superior a seis meses, essas alterações ainda não são claras, embora, em pacientes com OA de quadril, essa dor possa piorar com algumas evidências de deterioração do estado funcional nesse período⁶¹⁻⁶².

Sabe-se que a OA de quadril, com o decorrer do tempo, pode causar atrofia muscular, contratura dos tecidos e deterioração do estado geral do paciente. Ressalta-se que um período de espera para cirurgia superior a seis meses, em pacientes com estado funcional muito ruim, apresentará piores resultados no pós-operatório³⁹, pois um tempo prolongado de espera para o procedimento pode não promover os potenciais benefícios esperados pela ATQ⁵⁸. Essa observação é reforçada por estudo no qual pessoas esperaram em média oito meses para a realização da artroplastia de quadril, apresentando prejuízos em sua QV, redução da capacidade funcional, dor e limitação da independência para as atividades de vida diária. É difícil, porém, concluir que apenas o tempo de espera seja um marcador para a piora significativa na QV e alteração da condição funcional dessas pessoas⁴⁸.

5.4. Tempo de espera para cirurgia

O presente estudo evidenciou que 15,3% dos pacientes realizaram a cirurgia com menos seis meses de espera, porém 61,5% aguardaram de sete a vinte e quatro meses para a cirurgia, o que representa longo tempo para a realização do procedimento.

Alguns desafios surgem diante desse fato. O tempo de espera para a cirurgia, decorre da falta de métodos ou critérios claros e explícitos para a organização da fila de espera, das inconsistências ou ausências de dados sobre os pacientes nas guias de referências⁶³, da demora do encaminhamento pelo serviço de atenção básica até a consulta na especialidade, do período entre as consultas e a decisão para o agendamento da cirurgia, todos esses fatores interferem no tempo de espera e causam danos e consequências aos usuários⁶⁴.

Estudo realizado no Canadá revelou que 20% das pessoas com idade inferior a 65 anos encontravam-se afastadas da força de trabalho devido à função ruim do quadril enquanto aguardavam a realização da cirurgia⁶⁵. Em nosso estudo, 10,2% dos pacientes estavam afastados e recebiam benefícios do INSS enquanto aguardavam a realização da cirurgia.

Na análise do impacto do tempo de espera de cirurgia menor ou maior que 18 meses, quanto à QVRS (SF-36), apenas **os aspectos emocionais foram estatisticamente significativos**. Nos aspectos físicos e funcionais (WOMAC) obteve-se significância estatística no escore total e em todos os domínios (de dor, capacidade física e rigidez). Os aspectos funcionais (HHS) não apresentaram diferença significativa.

Os dados obtidos no presente estudo são semelhantes aos descritos na literatura quando analisados os resultados finais dos escores de cada instrumento; SF-36, HHS e WOMAC, com melhora **estatisticamente significativa**, quando comparados os momentos pré e pós operatório^{49,55,57}. A ATPQ teve impacto relevante na melhoria da QV desses idosos, destacando melhora na função do quadril, da dor, em aspectos emocionais, aspectos físicos e no estado geral de saúde. Ressalta-se que, devido às incapacidades causadas pela OA, a melhoria desses sintomas é fundamental para uma melhor QV desses pacientes

São relevantes a organização e a construção de critérios claros e explícitos para a priorização da cirurgia para esses pacientes. Atualmente, para organizar as prioridades cirúrgicas, têm-se considerado alguns aspectos: dor, função física e a piora da QV. Recomenda-se também a utilização de ferramentas ou instrumentos validados, utilizando os resultados dos escores, para que possam subsidiar a organização das prioridades, estratégias que podem ser utilizadas como importante instrumento de gestão para esses procedimentos^{66-67,68,64}.

6. LIMITAÇÕES

Este estudo apresentou algumas limitações:

- 1) O elevado número de suspensão de cirurgias, devido às características do serviço (falta de leito de terapia intensiva para o pós-operatório, problema com material consignado da prótese, sobreposição de cirurgia eletiva com as urgências) e às condições apresentadas anteriormente pelos pacientes (comorbidades pré-existentes). Esses fatores reduziram o número de sujeitos desta pesquisa.
- 2) O tempo de avaliação de apenas seis meses após a cirurgia. Esse tempo pode ser considerado curto para avaliar as alterações relevantes nos níveis de atividades.
- 3) Ausência de informação sobre quanto tempo esse paciente permaneceu na rede básica de saúde para conseguir acesso à consulta na especialidade, prolongando o tempo de espera para a cirurgia⁶³.
- 4) A falta de critérios claros para as pessoas acometidas por OA do quadril aguardarem a cirurgia, considerando que a artrose é uma doença que progride e a condição do paciente se deteriora com o passar do tempo⁶⁰.
- 5) A pesquisa utilizou amostra de conveniência, avaliando número restrito de sujeitos, o que pode impactar no tempo de espera e na QV dessas pessoas.

Como pontos positivos, deve-se considerar:

- 1) O estudo foi realizado por uma única pesquisadora.
 - 2) O poder do teste para detectar a diferença das médias nos escores do SF-36, WOMAC e HHS, no qual poder entre os momentos obtido foi de 99%, o que indica que a amostra foi suficiente para o estudo em questão (dados da tabela 7).
-

7. PROPOSTA

Diante de tal problemática, é mister ao serviço de saúde priorizar ações e estratégias para a redução do tempo de espera para a cirurgia, baseado em métodos e critérios para a seleção desses pacientes, utilizando instrumentos validados que permitam a classificação da prioridade cirúrgica. Essa ação poderá ser uma valiosa estratégia de gestão no serviço, promovendo a equidade de acesso ao sistema de saúde das pessoas que aguardam para realização desse procedimento.

Recomenda-se, também, que esses pacientes sejam reavaliados periodicamente enquanto aguardam a cirurgia, pois não é possível prever alterações nos domínios da função e da dor com apenas uma única avaliação e pontuação. Sendo assim, esses pacientes serão reclassificados de acordo com as alterações nos escores dos instrumentos e a necessidade clínica⁶⁹.

8. CONCLUSÃO

Os dados obtidos nessa pesquisa permitem as seguintes conclusões:-

- 1) A população avaliada estava na faixa etária de 62,9, anos com predomínio do sexo masculino.
 - 2) A comparação dos momentos pré e pós-operatório, utilizando os instrumentos, apontou diferença estatística na qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais no pós-operatório.
 - 3) O tempo de espera maior ou menor de dezoito meses para a realização da cirurgia mostrou diferença estatística na qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais no pós-operatório.
 - 4) Identificou-se a necessidade de estratégias de gestão para reduzir o tempo de espera para a cirurgia de ATPQ.
-

REFERÊNCIAS

1. United Nations. World Economic and Social Survey: Development in an Ageing World. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2007.
 2. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):705-15.
 3. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):443-58.
 4. Poscai AGF, Rodrigues JM. A luta pelos direitos da pessoa idosa: da aplicação do estatuto à realidade nas ruas. In: Rosa TEC, Barroso AES, Louvison MCP. *Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo*. São Paulo: Ed. Instituto de Saúde; 2013. p. 305-18.
 5. Vono ZE. *Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Senac; 2011.
 6. Teixeira INAO, Guariento ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Cienc Saud Colet*. 2010;15(6):2845-57.
 7. Ribeiro LCC, Alves PB, Meira EP. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8(2):220-7.
 8. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
 9. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(4):407-13.
 10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 11. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum*. 2008;58(1):26-35.
 12. Rezende MU, Campos GC, Pailo AF. Current concepts in osteoarthritis. *Acta Ortop Bras*. 2013;21(2):120-2.
 13. Boutron I, Rannou F, Lopez MJ, Revel M, Poiraudeau S. Disability and quality of life of patients with knee or hip osteoarthritis in the primary care setting and
-

- factors associated with general practitioners' indication for prosthetic replacement within 1 year. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16(9):1024-31.
14. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, et al. Projeto Diretrizes. Osteoartrose (artrose): tratamento. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2003.
15. Schwartzmann CR, Boschini LC. Quadril do adulto. In: Hebert S, Xavier R, Pardini Júnior AG, Barros Filho TEP, organizadores. *Ortopedia e traumatologia: princípios e prática*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 407-42.
16. US Centers for Disease Control and Prevention. Osteoarthritis [Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [acesso 28 out 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/osteoarthritis.htm>.
17. Baliza GA, Lopes RA, Dias RC. O papel da catastrofização da dor no prognóstico e tratamento de idosos com osteoartrite de joelho: uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Gerontol*. 2014;17(2):439-49.
18. Camisa Jr A, Roos BD. Coxartrose. In: Gomes LSM. *O quadril*. São Paulo: Atheneu; 2010. cap. 32, p. 361-8.
19. Le TK, Montejano LB, Cao Z, Zhao Y, Ang D. Health care costs in US patients with and without a diagnosis of osteoarthritis. *J Pain Res*. 2012;5:23-30.
20. Daul PRN, Grisanti J. Monitoring response to therapy in rheumatoid arthritis perspectives from the clinic. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2009;67:236-42.
21. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso 28 out 2014]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
22. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
23. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cad Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.
24. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. 2003;43(2):xi-xiii.
25. Lopes AD, Ciconelli RM, Reis FB. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. *Rev Bras Ortop*. 2007;42(11/12): 355-9.
26. Ware JEJ, Sherbourne CD. The MOS 36 – Item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.

-
27. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
 28. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty: an end- result study using a new method of result evaluation. *Bone Joint Surg Am*. 1969;51(4):737-55.
 29. Fernandes MI, Ferraz MB, Ciconelli RM. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose (WOWAC) para a língua portuguesa. *Rev Paul Reumatol*. 2003;10:25-9.
 30. Soderman P, Malchau H. Is the Harris hip score system useful the outcome of total hip replacement? *Clin Orthop Relat Res*. 2001;384:189-97.
 31. Yamamoto PA, Lahoz GL, Takata ET, Masiero D, Chamlian TR. Evaluation of the function and quality of life of patients submitted to girdles tone's resection arthroplasty. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(4):214-7.
 32. Guimarães RP, Alves DPL, Silva GB, Bittar ST, Ono NK, Honda E, et al. Translation and cultural adaptation of the Harris Hip Score in to portuguese. *Acta Ortop Bras*. 2010;18(3):142-7.
 33. Iorio R, Robb WJ, Healy WL, Berry DJ, Hozack WJ, Kyle RF, et al. Orthopaedic surgeon work force and volume assessment for total hip and knee replacement in the United States: preparing for an epidemic. *J Bone Joint Surg Am*. 2008;90:1598-605.
 34. Singh JA. Epidemiology of knee and arthroplasty: a systematic review. *Open Orthop J*. 2011;5:80-5.
 35. Kurtz BS, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2006 to 2030. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89:780-5.
 36. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 10 Ago 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 37. Harkess JW, Crockarell JR. Arthroplasty of the hip. In: Canale ST, Beaty JH, editors. *Campbell's operative orthopaedics*. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. cap. 3, p. 158-300.
-

-
38. Alencar PGC. Revisão de artroplastia total de quadril. In: Gomes LSM, Schuroff AA, Honda EK, Cabral FJSP, Penedo JLM, et al. O quadril. São Paulo: Atheneu; 2010. cap. 15, p. 443-445.
 39. Garbuz DS, Xu M, Duncan CP, Masri BA, Sobolev B. Delays worsen quality of life outcome of primary total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;447:79-84.
 40. Ackerman IN, Bennell KL, Osborne RH. Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Dis*. 2011;12(108):1-9.
 41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Marília - SP: população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [20--?]. [Acesso 24 out 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352900#>
 42. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. 1988;15(12):1833-40.
 43. Soohoo NF, Vyas RM, Samimi DB, Molina R, Lieberman JR. Comparison of the responsiveness of the SF-36 and WOMAC in patients undergoing total hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2007; 22(8):1168-73.
 44. Ajemian S, Thon D, Clare P, Kaul L, Zernicke F, Loitz-Ramage B. Cane-assisted gait biomechanics and electromyography after total hip arthroplasty. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85:1966-71.
 45. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) [Internet]. Brasília: MTE; 2002 [acesso 28 Dez 2013]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>.
 46. Loures EA, Leite ICG. Analysis on quality of life of patients with osteoarthritis undergoing total hip arthroplasty. *Rev Bras Ortop*. 2012;47(4):498-504.
 47. Leite AA, Costa AJG, Lima BAM, Padilha AVL, Albuquerque EC, Marques CDL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(2):118-23.
 48. Bachrach-Lindström M, Karlsson S, Pettersson LG, Johansson T. Patients on the waiting list for total hip replacement: a 1-year follow-up study. *Scand J Caring Sci*. 2008;22:536-42.
-

-
49. Nilsdotter A, Isaksson F. Patient relevant outcome 7 years after total hip replacement for AO- a prospective study. *BMC Musculoskelet Dis.* 2010;11:47
 50. Ng CY, Ballantyne JA, Brenkel IJ. Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. *J Bone Joint Surg.* 2007;89(7):868-73.
 51. Hordam B, Pedersen PU, Soballe K, Sabroe S, Ehlers LH. Quality-adjusted life years gained in patients aged over 65 years after total hip replacement. *Int J Orthop Trauma Nurs.* 2011;15(1):11-7.
 52. Nubila MFS, Matarazzo CG, Lopes-Albers AD, Gobbi FCM. Avaliação de resultados subjetivos de pacientes submetidos a artroplastia de quadril pelo questionário Womac. *Einstein.* 2011;9(3):313-8.
 53. Rampazo MK, D'Elboux MJ. The influence of sociodemographic, clinical and functional variables on the quality of life of elderly people with total hip arthroplasty: *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(3):244-51.
 54. Jones CA, Beaupre LA, Johnston DWC, Suarez-Almazor ME. Total joint arthroplasties: current concepts of patient outcomes after surgery. *Clin Geriatr Med.* 2005;21(3):527-41.
 55. Groot IB, Bussmann HJ, Stam HJ, Verhaar JA. Small increase of actual physical activity 6 months after total hip or knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2008;466:2201-8.
 56. Cabrita HA, Santos ALG, Ricardo GG, Lima ALM, Oliveira PR, Eijnisman L, et al. Avascular necrosis of the femoral head in HIV-infected patients: preliminary results from surgical treatment for ceramic-ceramic joint replacement. *Rev Bras Ortop.* 2012;47(5):626-30.
 57. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbais S. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long follow-up study. *BMC Musculoskelet Dis.* 2011;12:222.
 58. Johansson HR, Bergschmidt P, Skripitz R, Finze S, Bader R, Mittelmeier W. Impact of preoperative function on early postoperative outcome after total hip arthroplasty. *Orthop Surg.* 2010;18: 6-10.
 59. Tuominen U, Sintones H, Hivonen J, Seitsalo S, Paavolainen, Lehto M, et al. The effect of waiting time on health and quality of life outcomes and costs of medication in hip replacement patients: a randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17:1144-50.
-

60. Tirkkonen K, Hurme S, Rautava P, Virolainen P. Electronic medical records for appropriate timing of arthroplasty. *Eval Clin Pract.* 2013;19: 209-13.
 61. Hoogweboom TJ, Ende CHMV, Sluis GV, Elings J, Dronkers JJ, Aiken AB, et al. The impact of waiting for total joint replacement on pain functional status: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17(11):1420-7.
 62. Hirvonen J, Tuominen U, Seitsalo S, Lehto M, Paavolainen P, Hietaniemi K, et al. The effect of waiting time on health-related quality of life, pain, and physical function in patients awaiting primary total hip replacement: a randomized controlled trial. *Value Health.* 2009;12(6):942-7.
 63. Fyie K, Frank CY, Noseworthy T, Christiansen T, Marshall DA. Evaluating the primary-to-specialist referral system for elective hip and knee arthroplasty. *Eval Clin Pract.* 2014;20:66-73.
 64. Vergana I, Bilbao A, Gonzalez N, Escobar A, Quintana JM. Factors and consequences of waiting times for total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2011;469(5):1413-20.
 65. Bohm ER, Beng MD. Employment status and personal characteristics in patients awaiting hip-replacement surgery. *Can J Surg.* 2009;52:142-6.
 66. Allepuz A, Espallargues M, Moharra M, Comas M, Pons JMV. Prioritisation of patients on waiting lists for hip and knee arthroplasties and cataract surgery: instruments validation. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(76):1-10.
 67. Escobar A, Quintana JM, Espallargues M, Allepuz A, Ibañez B. Different hip and Knee priority score systems: are they good for the something? *Eval Clin Prat.* 2010;16:940-6.
 68. Escobar A, González M, Quintana JM, Bilbao A, Ibañez B. Validation of a prioritization tool for patients on the waiting list for total hip and knee replacements. *Eval Clin Pract.* 2009;15:97-102.
 69. Chakravarty D, Tang T, Vowler SL, Villar R. Waiting time for primary hip replacement – a matter of priority. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005;87:269-73.
-

ANEXOS

Anexo I - SF-36

1 – Em geral, você diria que a sua saúde é:
(circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2 – Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à 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. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4– Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade regular diária como consequência de sua saúde física?

(circule uma de 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 de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5 – Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns 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 de 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 a família, vizinhos, amigos ou em outro grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7 – Quanta dor **no corpo** você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Muito grave	5

8 – Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma
Um pouco
Moderadamente
Bastante
Extremamente

1
2
3
4
5

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 aproxime da maneira como você sente em relação às **4 últimas 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 animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	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 têm interferido em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11 – O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente 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 a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Pontuação do SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5,0 2=>4,4 3=>3,4 4=>2,0 5=>1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6,0 2=>5,4 3=>4,2 4=>3,1 5=>2,2 6=>1,0
08	Se 8=>1 e 7=>1 ==> 6 Se 8=>1 e 7=>2 a 6 ==> 5 Se 8=>2 e 7=>2 a 6 ==> 4 Se 8=>3 e 7=>2 a 6 ==> 3 Se 8=>4 e 7=>2 a 6 ==> 2 Se 8=>5 e 7=>2 a 6 ==> 1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6,0 2=>4,75 3=>3,5 4=>2,25 5=>1,0
09	a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo dos escores dos componentes do SF-36 (0 A 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4 – 8	4
Dor	7+8	2 – 12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5 – 25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4 - 24	20
Aspectos Sociais	6+10	2 – 10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3 - 6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5 - 30	25

Raw-Sacale:

Ex: Item = $\left[\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \right] \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21

Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

Valor mais baixo= 10 20

Variação = 20

Obs: a questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos:

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

ANEXO II- Western Ontario McMaster Universities – WOMAC**SEÇÃO A**

As questões abaixo referem-se à **intensidade da dor** que você geralmente sente devido à artrose em seu quadril. Para cada situação, por favor, marque a intensidade da dor nas últimas 72 horas.

Quanta dor você tem?

1. Caminhando numa superfície plana.

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

2. Subindo ou descendo escadas.

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

3. À noite, deitado na cama.

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

4. Sentando ou deitando.

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

5. Ficando em pé.

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

SEÇÃO B

As seguintes questões referem-se à **intensidade de rigidez articular** (não à dor) que você vem sentindo em seu quadril nas últimas 72 horas. Rigidez é uma sensação de restrição ou lentidão na maneira como você move suas articulações.

1. Qual a intensidade de sua rigidez logo após acordar de manhã?

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

2. Qual a intensidade da rigidez após sentar-se, deitar-se ou descansar durante o dia?

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

SEÇÃO C

As seguintes questões referem-se à **sua atividade física**. Isto quer dizer, sua habilidade para locomover-se e para cuidar-se. Para cada uma das seguintes atividades, por favor marque o grau da dificuldade que você vem sentindo nas últimas 72 horas devido a artrose em seu quadril.

Qual é o grau da dificuldade que você tem ao:

1. Descer escadas

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

2. Subir escadas

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

3. Levantar-se

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

4. De pé

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

5. Inclinar-se para o chão

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

6. Caminhar em terreno plano

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

7. Entrar no carro

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

8. Fazer compras

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

9. Colocar meias

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

10. Levantar-se da cama

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

11. Tirar meias

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

12. Deitar-se na cama

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

13. Entrar e sair do banho

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

14. Sentar

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

15. Ir e sair do banheiro

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

16. Afazeres domésticos pesados

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

17. Afazeres domésticos leves

Nenhuma () Leve () Moderada () Forte () Muito forte ()

Contagem dos pontos e cálculo do escore:

Resposta: 0 - “nenhuma”, 1 - “pouca”, 2 - “moderada”, 3 - “severa”, 4 - “extrema”.

Total de pontos:

Escore (total de pontos multiplicado por 100/96 ou 1,041666):

{Diante dos Scores de “OA”, posso dividi-los em intervalos onde eu considerar importante).

Anexo III - HARRIS HIP SCORE (HHS)**DOR (44 pontos)**

Descrição	Pontos
() Nenhuma	44
() Discreta ("às vezes nem sinto")	40
() Fraca ("sempre, mas fraca")	30
() Moderada ("sempre e incômoda, mas suportável")	20
() Acentuada ("muita dor")	10
() Incapacitante ("não consigo fazer nada")	00

FUNÇÃO (47 pontos)

AVDs	Atividades(14 pontos)	Pontos
Escada	() Pé após pé sem corrimão	04
	() Pé após pé com corrimão	02
	() Sobe de alguma forma	01
	() Incapaz de subir	00
Transporte	() Entra em transporte público	01
	() Não consegue entrar transporte público	00
Sentar	() Uma hora qualquer cadeira	05
	() Meia hora cadeira alta	03
	() Impossível	00
Sapato (de amarrar), meias	() Com facilidade	04
	() Com dificuldade	02
	() Incapaz	00
Marcha Descrição		(33 pontos)
Claudicação	() Ausente	11
	() Discreta	08
	() Moderada	05
	() Grave	00
Suporte	() Nenhum	11
	() 1 bengala caminhada longa	07
	() 1 bengala maior tempo	05
	() 1 muleta	03
	() 2 bengalas	02
	() 2 muletas	00
	Incapaz (Especificar) _____	00
Distância	() Ilimitada	11
	() 6 quarteirões	08
	() 2 ou 3 quarteirões	05
	() Somente dentro de casa	02
	() Restrito cama e cadeira	00

DEFORMIDADES**Pontos (4)**

() Ausente	04
() > 30° de flexão fixa no quadril	00
() > 10° de adução fixa no quadril	00
() > 10° de rotação interna fixa em extensão	00
() Discrepância de membros maior que 3,2 cm	00

ADM (5)				Pontos
Flexão	() 0-45° x 1.0	() 45-90° x 0.6	() 90-110° x 0.3	() 110-130° x 0.0
Abdução	() 0-15° x 0.8	() 15-20° x 0.3	() 20-45° x 0.0	
Adução	() 0-15° x 0.2	() > 15° x 0.0		
Rotação Lateral	() 0-15° x 0.4	() > 15° x 0.0	Soma: ____ x 0.05 = ____	

TOTAL DE PONTOS: _____

APÊNDICES

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Dados pessoais:

Idade: _____ anos **Sexo:** Masculino ____ Feminino ____

Escolaridade: ☐ Analfabeto/Primário incompleto

☐ Primário completo/Ginásio incompleto

☐ Ginásio completo/Colegial incompleto

☐ Colegial completo/Superior incompleto

☐ Superior completo

Número de pessoas que reside na casa:

Sozinho ☐

Com cônjuge ☐

Com filhos ☐

Com cônjuge e filho(s) ☐

C/ cônjuge, filho(s) e neto(s) ☐

Com amigos ☐

Com outros parentes ☐

Outros? _____

Rendimento:

☐ Acima de 20 salários mínimos.

☐ De 10 a 20 salários mínimos

☐ De 04 a 10 salários mínimos

☐ De 02 a 04 salários mínimos

☐ Até 02 salários mínimos

☐ Sem rendimentos

Estado civil:

Casado ☐

Viúvo ☐

Solteiro ☐

Divorciado (a) ☐

Separado ☐

Amasiado ☐

Profissão: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de espera para o procedimento cirúrgico: _____

Diagnóstico: _____ **Tempo de diagnóstico:** _____

Lado Afetado: _____

Comorbidades: _____

Uso de medicações: _____

Cidade: _____

Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Pesquisa:- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL: ANTES E APÓS A CIRURGIA.

O presente estudo tem como objetivo “Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ) devido à osteoartrite antes e após seis meses da cirurgia”, os quais realizaram esse procedimento no período de dezembro de 2011 a junho de 2013 no Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Famema.

Essa pesquisa terá como título **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL: ANTES E APÓS A CIRURGIA”**.

Será utilizada uma ficha de caracterização de dados sócio-demográficas, questionários genéricos e específicos como instrumentos desta pesquisa; dentre eles, o genérico SF 36 que tem como objetivo avaliar a QV no que se refere à saúde, o específico (WOMAC), para avaliar pacientes com OA do quadril e do joelho quanto aos aspectos físicos e funcionais e o Harris Hip Score(HHS), que avalia a função do quadril dos pacientes submetidos à ATQ. Essa avaliação será feita por meio da aplicação dos questionários sob a forma de entrevista para a avaliação dos pacientes.

A sua participação é de extrema importância para a realização deste trabalho, pois, com essa pesquisa, vamos avaliar a qualidade de vida e aspectos funcionais e físicos, segundo os instrumentos WOMAC, SF-36 e HHS e avaliar o impacto do tempo de espera para a realização da cirurgia na qualidade de vida e aspectos físicos e funcionais.

SUJEITO PESQUISADOR PRINCIPAL PRESIDENTE CEP

Por esse instrumento, que atende às exigências legais, o Sr. (a)..... portador (a) da cédula de identidade....., após leitura minuciosa deste termo, devidamente explicado em seus mínimos detalhes, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa, realizada por Aparecida Bezerra de Lima, enfermeira, aluna regular do programa de doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina Botucatu FMB/UNESP, sob orientação da Dr (o) UNESP/Botucatu.

Fica claro que a participação é livre e que o sujeito da pesquisa pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar dela, estando ciente de que todas as informações prestadas são confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, mesmo com a posterior publicação dos resultados deste trabalho. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, esse termo, elaborado em duas vias é assinado e fica uma para o entrevistado e a outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Marília, de de

Aparecida Bezerra de Lima

RG: 20.634.504 Coren: 53537

ENTREVISTADO

Fone 0xx(14) 3402-1701, SP.

e-mail: aparecida.bezerra@famema.br
