

Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos após cirurgia de fêmur ou quadril

Quality of life related to adults health after hip or femur surgery

Calidad de vida relacionada con la salud de adultos sometidos a cirugía de fémur o cadera

Braz, Dione Lima¹; Echevarria-Guanilo, Maria Elena²; Gonzales, Roxana Isabel Cardozo³; Muniz, Rosani Manfrin⁴; Lange, Celmira⁵; Amestoy, Simone Coelho⁶; Neves, Josiele de Lima⁷

RESUMO

Objetivo: identificar mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de adultos entre o terceiro e sexto mês após cirurgia de fêmur ou quadril. **Métodos:** abordagem quantitativa, de delineamento longitudinal realizado de junho a novembro de 2013. Aplicado questionário de caracterização e o *Short Form Health Survey* (SF-36). Realizadas análises descritivas, teste de Mann-Whitney e Wilcoxon. Adotado $p=0,05$, como nível de significância. **Resultados:** participaram 24 adultos. Houve redução das médias de pontuação em cinco dos oito domínios do SF-36, representando piora da QVRS no sexto mês. O domínio Aspecto físico foi o mais afetado. As médias do domínio Dor foram maiores e estatisticamente significantes para as mulheres ($p=0,04$), houve melhora nas médias de Estado geral de saúde ($p=0,01$) e Aspecto emocional ($p=0,05$) no sexto mês. **Conclusão:** há piora da QVRS nos adultos submetidos a cirurgia de fêmur ou quadril nos seis primeiros meses após cirurgia.

Descritores: Fraturas do fêmur; Fraturas do quadril; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: identifying changes occurred during the evaluation of health-related quality of life (HRQOL) of adults between the third and the sixth month after surgery. **Methods:** quantitative approach, longitudinal design, conducted from June to November 2013. A characterization questionnaire and the *Short Form Health Survey* (SF-36) were applied. Descriptive analyses, Mann-Whitney and Wilcoxon test were carried out. Significance level $p=0.05$. **Results:** 24 adults

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Escola (HE) - Universidade Federal de Pelotas(UFPel)/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Pelotas, RS, Brasil. E-mail: dionepel@bol.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: elena_meeg@hotmail.com

³ Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFPel, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: roxanacardoandreo@yahoo.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFPel, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: romaniz@terra.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFPel, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: celmira_lange@terra.com.br

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: simoneamestoy@hotmail.com

⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Pronto Socorro de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: josiele_neves@hotmail.com

participated. There was a reduction of average scores in five of the eight domains of the SF-36, representing worsening of HRQOL in the sixth month. The domain Physical aspect was the most affected. The averages of Pain domain were higher and statistically significant for women ($p=0.04$), there was improvement in the general health status ($p=0.01$) and Emotional aspect ($p=0,05$) in the sixth month. **Conclusion:** there is worsening of HRQOL between adults undergoing surgery of hip or femur during the first six months after discharge the day of surgery.

Descriptors: Femoral fractures; Hip fractures; Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: se objetivó identificar los cambios ocurridos en la evaluación de calidad de vida relacionado con la salud (QVRS) de adultos sometidos a cirugía de fémur o cadera. **Métodos:** estudio cuantitativo, longitudinal, de junio a noviembre de 2013. Aplicado cuestionario de caracterización y el Short Form Health Survey (SF-36). Realizados análisis descriptivos, test de Mann-Whitney y Wilcoxon. Nivel de significancia adoptado $p=0,05$. **Resultados:** participaron 24 adultos. Hubo disminución de puntuación en cinco de los ocho dominios del SF-36, representando empeoramiento de la QVRS en el sexto mes. El dominio Aspecto físico fue el más afectado. Los promedios de Dolor fueron mayores para las mujeres ($p=0,04$), hubo mejora significativa del Estado general de salud ($p=0,01$) y Aspecto emocional ($p=0,05$) al sexto mes. **Conclusión:** se concluye que hubo empeoramiento de la CVRS entre los adultos sometidos a cirugía de fémur o cadera durante los primeros seis meses del alta de la cirugía.

Descriptores: Fracturas del fémur; Fracturas de cadera; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de fraturas ou de desgaste do fêmur e quadril aumentou nas últimas décadas. A imprudência de motoristas e motociclistas e o envelhecimento populacional são importantes aspectos relacionados. As fraturas podem estar associadas a aspectos como mudanças posturais e estruturais que levam ao desequilíbrio e à incapacidade funcional.

Nos Estados Unidos são registrados, por ano, aproximadamente, 350 mil atendimentos por fraturas de fêmur, estima-se uma mortalidade de 12 a 37% para a população idosa.¹ No Brasil, entre 2013 e 2014, foram registrados 139.079 atendimentos de urgência a pacientes com fraturas de fêmur, nesses, as regiões Sudeste e Sul são de maior representatividade. As demais fraturas somaram 577.269, destacam-se os Estados do Sudeste e Nordeste

(219.788 e 144.990, respectivamente).² Em pessoas com menos de 50 anos, cerca de 3% dos pacientes com fratura de fêmur e dois terços com fraturas ou luxações de quadril tem como principal causa o impacto de alta energia.³

As consequências deste trauma de grande energia podem determinar alterações da estrutura física e resultar em sequelas motoras, sejam elas permanentes ou não, comprometendo assim, a qualidade de vida do indivíduo, que terá como tratamento, na maioria dos casos, a correção cirúrgica.⁴

Sendo assim, a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) requer atenção para a pluralidade das questões envolvidas nesse aspecto, pois, será influenciada por aspectos físicos, sociais, econômicos, religiosos e morais, o que

mostra a amplitude e multidimensionalidade do conceito.⁵ O termo Qualidade de Vida (QV) pode ser compreendido de diversas maneiras pelo senso comum e, definições sobre a temática nem sempre são concordantes. Deve ser entendido, prioritariamente, ao interesse pela vida, não como algo para ser alcançado, mas sim, para estabelecer qualidade nas ações conforme as possibilidades individuais.⁶

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de Vida é: “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁷ Atrelado a esse conceito, percebe-se que parâmetros subjetivos constrói a cada acontecimento a percepção do indivíduo frente sua saúde. Assim, na avaliação da QVRS em pacientes submetidos a cirurgia de fratura de fêmur ou de quadril é necessário analisar a capacidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas, ponderando os distintos aspectos que contemplem sua vida.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar as mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro mês e o sexto mês após a cirurgia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento longitudinal, realizado com pacientes atendidos no serviço de Traumatologia

de um hospital de referência da região sul do Brasil. A opção pelo delineamento foi em decorrência deste permitir estudar mudanças ao longo do tempo, evidenciando a sequência temporal dos eventos, permitindo o estudo da causalidade.⁸

Foram incluídos como participantes da pesquisa, adultos com idade superior a 18 anos, submetidos à cirurgia para correção de fratura de fêmur ou de quadril, residentes no perímetro de 50 km da cidade do estudo e que atingiram pontuação mínima de 13 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Excluiu-se pessoas que apresentavam comorbidades, tais como, Acidente Vascular Encefálico, diagnósticos psiquiátricos, sequelas motoras e alterações emocionais em estado agudo que pudessem interferir na compreensão dos instrumentos de coleta de dados.

A aplicação do Mini Exame do Estado Mental - MEEM teve como finalidade identificar comprometimento cognitivo, por meio da avaliação de itens relacionados à orientação, registro de informações, atenção e cálculo, evocação e linguagem, podendo somar até 30 pontos.⁹ Os resultados foram classificados segundo os pontos de corte que consideram o grau de escolaridade: 13 analfabetos, 18 escolaridade baixa e média e 26 alta escolaridade.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), protocolo nº 198/2013. Para o desenvolvimento do mesmo, foram respeitados os preceitos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta de dados, além do prontuário, foi utilizado um formulário de identificação dos participantes, contemplando dados sociodemográficos, tais como, nome, sexo, data de nascimento e estado civil e, relacionado ao trauma; e ao procedimento cirúrgico realizado, tais como: data da ocorrência da fratura, data da cirurgia e tipo de fratura. E, o *The Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey (SF-36)*, o qual é composto por 36 itens, distribuídos em oito domínios que avaliam: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Saúde Mental e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há um ano. Os valores de cada domínio variam de zero a 100, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor o estado de saúde da pessoa.¹⁰ Instrumento amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida em pacientes com fraturas.¹¹⁻¹³

Para a coleta de dados, foram percorridas quatro etapas: 1ª) Identificação dos potenciais participantes nos registros de cirurgias do serviço de traumatologia; 2ª) Seleção dos potenciais participantes a partir dos critérios de inclusão e exclusão; 3ª) Contato telefônico para realização de convite e agendamento da entrevista no domicílio e 4ª) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicação do formulário de identificação, aplicação do MEEM e do SF-36 no terceiro mês (M1) e no sexto mês (M2) após a realização do procedimento cirúrgico, para os pacientes que obtiveram

pontuações iguais ou superiores a 13 no MEEM.

Trata-se de uma amostra por conveniência, cuja coleta de dados ocorreu nos meses de junho a novembro de 2013. A inclusão dos participantes foi sequencial, conforme realização do procedimento cirúrgico. No período de coleta, 90 pessoas realizaram cirurgia de fêmur ou quadril, dessas, 67 foram identificadas como potenciais participantes do estudo, porém, apenas 24 se enquadraram nos critérios de inclusão. Para a realização da segunda medida (sexto mês após a cirurgia), houve perdas no número de participantes, sendo entrevistados 16 adultos, uma vez que mudaram de cidade e/ou não foi possível novo contato telefônico e visita no domicílio.

Os dados foram organizados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 19.0. Foram realizadas análises descritivas (média; desvio-padrão -DP; mediana, mínimo e máximo - Min - Max). Para identificar as diferenças quanto à pontuação dos domínios do SF-36, segundo as variáveis, sexo (Feminino e Masculino), idade (<60 e >60), escolaridade (Nível 1 - Ensino médio completo e Nível 2 - Superior completo) e situação conjugal (C/Comp. - Com companheiro e S/Comp. - Sem companheiro), foi aplicado o teste de *MANN-WHITNEY*. Para a identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 entre M1 e M2, foi aplicado o teste de *WILCOXON*, no qual as mudanças dos valores médios foram classificadas em: negativos (diminuição das pontuações quando comparada a M1 e a M2),

positivos (aumento das pontuações ao comparar a M1 e a M2) e empate (valores mantidos em ambas M1 e M2) e o Teste de Correlação de *Spearman* para identificar a correlação entre os domínios do SF-36 na M1 e na M2. O nível de significância adotado para os testes foi $p=0,05$.

RESULTADOS

Para a primeira medida (M1), isto é, aos três meses após a realização da cirurgia de fêmur ou quadril, foram

entrevistados 24 pacientes, desses, 17 eram mulheres (70,87) e sete homens (29,2). Desses 24, na segunda medida (M2), seis meses após a cirurgia foi possível entrevistar novamente 16 pacientes. Observou-se que a idade média dos participantes foi de 63,75 anos (DP= 20,78), a maior parte referiu ter Ensino Fundamental Incompleto ($n=15$; 62,50%) e em relação à situação conjugal, 14 (58,3%) relataram não ter companheiro (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica da amostra estudada ($n=24$). Pelotas, 2014

Variáveis	Medidas	n (%)	Média (DP)	Mediana (variação)
Sexo				
Feminino		17 (70,87)		
Masculino		7 (29,2)		
Idade (em anos)			63,75 (20,78)	68,50 (26-101)
Grau de escolaridade				
Fundamental Incompleto		15 (62,5)		
Fundamental completo		2 (8,33)		
Médio completo		5 (20,8)		
Superior completo		2 (8,3)		
Situação Conjugal				
Com companheiro		10 (41,66)		
Sem companheiro		14 (58,3)		
Tempo de Internação em dias			9,17 (7,548)	7 (3-36)

Ao analisar os valores médios de ambas as medidas (M1 e M2), na M1 os valores médios variaram de 16,67 no domínio *Aspecto Físico* a 69,00 no domínio *Saúde Mental*. E, observaram-se variações de 12,50 no *Aspecto Físico* a 81,44, no *Estado Geral de Saúde*, na M2 (Tabela 2).

Quando comparadas M1 e M2, destacam-se mudanças negativas nos domínios *Aspecto Físico* (M1: 16,67 e M2: 12,50) e *Aspecto social* (M1: 56,25

e M2: 51,56), isto é, pior avaliação dos domínios *Aspecto físico* e *Aspecto social* no sexto mês após a cirurgia, quando comparada aos valores médios do terceiro mês após a cirurgia. E, mudanças positivas nos domínios *Estado Geral de Saúde* (M1: 67,17 e M2: 81,44) e *Aspecto Emocional* (M1: 31,94 e M2: 58,33), ou seja, melhora das avaliações dos domínios *Estado geral de saúde* e *Aspecto emocional* no sexto mês após a cirurgia (Tabela 2).

Tabela 2 - Valores médios dos domínios do SF-36 aplicado na M1 e M2 após a cirurgia de fêmur ou quadril. Pelotas, 2014

Valores	Média	DP	Mediana	Min-Máx
Domínios				
Cap. Funcional M1 (n=24)	27,08	22,31	20,00	0-100
Cap. Funcional M2 (n=16)	26,88	15,59	25,00	0-60
Aspecto Físico M1(n=24)	16,67	30,10	0000	0-25
Aspecto Físico M2 (n=16)	12,50	30,28	0000	0-100
Dor M1 (n=24)	20,13	13,55	16,50	11-34
Dor M2 (n=16)	21,13	15,01	11,50	11-40
Est. Geral de Saúde M1 (n=24)	67,17	24,42	77,00	49-84
Est. Geral de Saúde M2 (n=16)	81,44	15,55	87,00	70-92
Vitalidade M1 (n=24)	66,25	16,70	70,00	30-95
Vitalidade M2 (n=16)	68,13	15,69	70,00	35-95
Asp. Social M1 (n=24)	56,25	30,84	62,50	25-75
Asp. Social M2 (n=16)	51,56	22,76	50,00	28-62
Asp. Emocional M1 (n=24)	31,94	37,40	16,67	0-66
Asp. Emocional M2 (n=16)	58,33	47,92	83,33	0-100
Saúde Mental M1 (n=24)	69,00	18,40	72,00	60-83
Saúde Mental M2 (n=16)	69,00	15,90	76,00	54-80

Quando avaliados, a partir da diferença das médias, os postos da pontuação média segundo a variável sexo, se identificou que o domínio *Capacidade funcional* maior número de postos altos (pontuação) entre os participantes do sexo masculino (10,50) e menor no feminino (7,59). Destaca-se que, entre as mulheres houve maior número de postos com médias baixas em todos os domínios exceto no domínio *Dor*, identificando-se maior número de médias altas de 10,18 pontos, quando comparado ao sexo masculino (4,80; $p=0,04$) (Tabela 3). Quando comparadas as médias dos domínios do SF-36 em relação a idade dos participantes (<60 e >60), aqueles com mais de 60 anos apresentaram maior número de médias positivas quando comparadas os menores de 60 anos nos domínios *Capacidade funcional* (9,00), *Aspectos físico* (9,06), *Dor* (9,11), indicando melhor

avaliação nestes domínios, porém, essas diferenças não foram significantes (Tabela 3). Já, nos domínios *Vitalidade* e *Aspecto social*, embora não estatisticamente significantes, observou-se piora das avaliações nos maiores de 60 anos (Tabela 3). Quanto à escolaridade, evidenciou-se que os participantes do Nível 2 apresentaram médias mais baixas nos domínios *Capacidade funcional* (6,13), *Aspecto físico* (7,75) e *Aspecto emocional* (7,75), quando comparado àqueles do Nível 1. Entretanto, as diferenças não foram significantes (Tabela 3).

Os participantes que relataram ter companheiro apresentaram melhor média no domínio *Aspecto social* (10,00) e média mais baixa no domínio *Vitalidade* (6,75), já os que apontaram não ter companheiro apresentaram médias mais altas no domínio *Vitalidade* (9,55) e mais baixas no

domínio *Estado geral de saúde* (7,75). Apesar das diferenças encontradas, não foi possível identificar aquelas

estatisticamente significantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Diferença entre os valores médios dos domínios do SF-36 aplicado no 3º (M1) e 6º (M2) mês após cirurgia de quadril e fêmur, segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade e situação conjugal (n=16). Pelotas, 2014

Medidas	Sexo		Idade		Escolaridade		Sit. conjugal	
	Fem. (n=11)	Masc. (n=5)	<60 (n=7)	>60 (n=9)	Nível 1* (n=12)	Nível 2** (n=4)	C/ Comp. (n=6)	S/ Comp. (n=10)
Domínios								
Cap. Func. (M1)	7,59	10,50	7,86	9,00	9,29	6,13	7,25	9,25
Z	-1,14		-0,48		1,16		-0,82	
P	0,25		0,63		0,25		0,41	
Asp. Físico (M1)	8,41	8,70	7,79	9,06	8,75	7,75	8,92	8,25
Z	-0,14		-0,64		-0,44		-0,33	
P	0,81		0,52		0,66		0,74	
Dor (M1/M2)	10,18	4,80	7,71	9,11	8,17	9,50	7,33	9,20
Z	-2,11		-0,59		-0,49		-0,76	
P	0,04		0,56		0,63		0,45	
Est. Ger. Saú. (M1/M2)	7,77	10,10	8,64	8,39	8,33	9,00	9,75	7,75
Z	-0,91		-0,11		-0,24		-0,81	
P	0,36		0,92		0,81		0,42	
Vitalidade (M1/M2)	8,00	9,60	9,21	7,94	7,75	10,75	6,75	9,55
Z	-0,63		-0,54		-1,10		-1,15	
P	0,53		0,59		0,27		0,25	
Aspec. Social (M1/M2)	7,73	10,20	9,50	7,72	7,46	11,63	10,00	7,60
Z	-0,97		-0,75		-1,53		-0,99	
P	0,33		0,45		0,13		0,32	
Aspec. Emo. (M1/M2)	8,36	8,80	8,21	8,72	8,75	7,75	9,42	7,95
Z	-0,17		-0,22		-0,37		-0,61	
P	0,86		0,83		0,71		0,54	
Saúde Mental (M1/M2)	8,18	9,20	8,79	8,28	7,88	10,38	8,33	8,60
Z	-0,40		-0,21		-0,92		-0,11	
P	0,69		0,83		0,36		0,91	

Teste de Mann-Whitney * Fundamental Incompleto ** Fundamental Completo em diante $p=0,05$

No estudo das mudanças das pontuações entre os participantes, foi possível identificar maior número de mudanças positivas nos postos das médias, principalmente, para os domínios *Capacidade funcional*, *Estado geral de saúde* e *Aspecto emocional* que se destacaram pelo número de paciente que apresentaram melhor avaliação na M2, quando comparada a M1 (nove, doze e oito mudanças positivas nas pontuações, respectivamente), sendo que, apenas

as mudanças positivas nos domínios *Estado geral de saúde* e *Aspecto emocional* apresentaram-se estatisticamente significantes ($p=0,01$ e $p=0,05$, respectivamente), mudanças que indicaram melhora na avaliação desses domínios no sexto mês após a cirurgia (Tabela 4). Tabela 4 - Valores médios de dispersão e mudanças entre o terceiro (M1) e o sexto (M2) mês, nos valores dos domínios do SF-36 após as cirurgias (n:16). Pelotas, 2014

Valores	Média dos postos	Desvio padrão	Percentil 25	Percentil 75	Mudanças nas pontuações*	n	p*
Domínios							
Cap. Funcional M1	24,37	21,04	5,00	30,00	Negativo	5	0,22
Cap. Funcional M2	26,87	15,58	16,25	38,75	Positivo	9	
					Empate	2	
Aspecto Físico M1	21,88	34,00	0,00	43,75	Negativo	4	0,28
Aspecto Físico M2	12,50	30,28	0,00	0,00	Positivo	1	
					Empate	11	
Dor M1	21,81	14,82	11,00	34,00	Negativo	5	1,00
Dor M2	21,13	15,01	11,00	40,00	Positivo	8	
					Empate	3	
Est. Geral Saúde M1	64,81	24,72	38,00	82,00	Negativo	3	0,01
Est. Geral Saúde M2	81,44	15,55	70,75	92,00	Positivo	1	
					Empate	2	
Vitalidade M1	69,06	14,63	56,25	80,00	Negativo	5	0,91
Vitalidade M2	68,13	15,69	56,25	75,00	Positivo	7	
					Empate	4	
Asp. Social M1	52,34	31,36	15,62	75,00	Negativo	7	0,96
Asp. Social M2	51,56	22,76	28,12	62,50	Positivo	9	
					Empate	0	
Asp. Emocional M1	29,17	34,16	0,00	66,67	Negativo	3	0,05
Asp. Emocional M2	58,33	47,92	0,00	100,00	Positivo	8	
					Empate	5	
Saúde Mental M1	69,50	20,96	61,00	84,00	Negativo	8	0,75
Saúde Mental M2	69,00	15,90	54,00	80,00	Positivo	6	
					Empate	2	

* Mudanças nas pontuações no SF-36 nas medidas M1 (terceiro mês) e M2 (sexto mês). ** $p < 0,05$ Teste de Wilcoxon

Para os domínios *Dor*, *Vitalidade* e *Aspecto social*, entre os 16 participantes que completaram as duas medidas, também foram identificadas mudanças positivas (oito, sete e nove, respectivamente), indicando melhora na avaliação desses domínios. Porém, as mudanças não foram significantes (Tabela 4).

Destaca-se que entre os oito domínios, *Aspecto físico* foi o que menos apresentou mudanças nas pontuações, uma vez que dos 16 pacientes, onze participantes mantiveram empate nos postos ao longo do tempo, nas médias de M1 e M2 (Tabela 4).

Foram analisadas as correlações entre os valores obtidos em M1 e M2 e destacam-se as correlações estatisticamente significantes positivas entre: *Aspecto físico* e *Aspecto social* (0,526; $p < 0,05$); *Aspecto físico* e *Aspectos emocional* (0,653; $p < 0,01$); *Dor* e *Saúde mental* (0,545; $p < 0,05$) e, *Aspecto emocional* e *Saúde mental* (0,670; $p < 0,01$) (Tabela 5). Os dados sugerem a relação de valores negativos para os domínios em momentos mais próximos ao acontecimento/ e valores positivos no decorrer do período de recuperação, para o grupo avaliado.

Tabela 5 - Correlações entre os valores médios para as dimensões do SF-36 no terceiro (M1) e sexto (M2) mês após cirurgia de Fêmur e Quadril (n:16). Pelotas, 2014

6 meses \ 3 meses	Cap. Func.	Asp. Físico	Dor	Est. Geral S.	Vitalid.	Asp. Social	Asp. Emoc.	Saúde Mental
Cap. Funcional	0,722**	0,355	0,118	0,190	0,111	0,311	0,330	0,027
Asp. Físico	0,370	0,529*	0,123	0,209	0,199	0,526*	0,653**	0,457
Dor	-0,081	0,223	0,470	0,098	0,165	-0,064	0,447	0,545*
Est. Geral S.	0,162	0,212	-0,050	0,341	-0,220	-0,365	0,170	0,188
Vitalidade	-0,234	0,195	0,276	0,281	0,565*	-0,467	-0,013	0,447
Asp. Social	0,433	-0,044	0,295	0,197	0,089	-0,080	-0,127	0,132
Asp. Emocional	0,002	0,000	0,176	0,497	0,202	0,166	0,109	0,670**
Saúde Mental	-0,236	0,075	-0,020	0,439	0,212	-0,295	0,242	0,724**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Correlação de Spearman.

DISCUSSÃO

Frente ao objetivo de identificar as mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro mês e o sexto mês após a cirurgia, identificou-se que sujeitos com maior nível de escolaridade apresentam

melhor avaliação no domínio *Aspecto social* (Tabela 1). Tal constatação pode ser atribuída ao fato do nível educacional estar intimamente relacionado a outros aspectos, tais como a condição econômica e acesso a maior diversidade de atividades de lazer.

Em relação a manter relacionamento conjugal, autores¹³

apontam que constitui uma importante ferramenta de apoio para enfrentar a doença e suas limitações, o que pode refletir para melhores resultados na avaliação de QVRS. Porém, na amostra estudada não houve diferenças significativas quando realizada comparação das médias, segundo o domínio *Situação conjugal*.

Nos resultados do presente estudo, não se obteve influência da *Situação conjugal* sobre os domínios estudados, possivelmente, devido à amostra ser pequena e majoritariamente composta por mulheres sem companheiro conjugal. Na literatura, é possível identificar que há maior longevidade das mulheres quando comparada aos homens.⁵ Considerando que 70,87% dos sujeitos do presente estudo são do sexo feminino, acredita-se que a maior expectativa de vida das mulheres seria um dos fatores relacionados à obtenção de um total de 58,3% mulheres sem companheiro conjugal.

Destacaram-se as médias de *Aspecto físico* e *Aspecto social*, as quais se apresentaram mais baixas no 6º mês (M2), quando comparado ao 3º mês após a realização da cirurgia por fratura de fêmur ou de quadril.

Ainda, em relação ao período pós-operatório de cirurgia de fêmur ou quadril, identifica-se a presença do sofrimento que ultrapassa a dimensão física, o que causa grande impacto social e psicológico, devido ao afastamento das atividades laborais e sociais, assim como pela dependência de terceiros para a realização de suas rotinas.¹⁴ Dessa maneira, a piora na avaliação dos domínios *Aspecto físico* e *Aspecto social*, na segunda medida (M2), possivelmente decorra do

prolongado período de dependência e alienação, o qual seria percebido de forma mais intensa nos seis meses após a fratura.

Outros estudos^{4,15} mostram melhor tolerância à dor no sexo masculino em comparação ao feminino. A esse respeito, um estudo que avaliou 200 pacientes adultos com idade média de 53 anos, em um ambulatório de fisioterapia que atende 500 pacientes/mês com complicações ortopédicas, traumatológicas e neurológicas, concluíram que do total da amostra; 48,8% apresentaram dor crônica, dos quais 67% eram mulheres.⁴

Em relação ao sexo¹⁵, homens apresentariam maior tolerância à dor, podendo este resultado ser atribuído à interação entre variáveis biológicas e psicossociais, como as diferenças na formação cultural de homens e mulheres, no qual homens desempenham a função de provedor e de líder familiar, sendo a dor um indício de fraqueza.

Na aplicação do SF-36 em população semelhante à estudada¹³, foram identificadas diferenças estatisticamente significantes nos domínios *Capacidade funcional* ($p=0,001$), *Aspectos físicos* ($p=0,023$), *Dor* ($p=0,025$) e *Aspectos sociais* ($p=0,05$), sendo que os homens apresentaram valores médios maiores do que as mulheres nestes domínios, porém, em relação ao quesito Saúde Mental ($p=0,024$), as mulheres apresentaram melhor prognóstico, o que enfatiza a necessidade de atenção psicológica aos homens expostos à cirurgia.

Um aspecto importante na interpretação de resultados na população, é a idade avançada, já que

pode influenciar de forma negativa a condição clínica dos pacientes, assim como na avaliação da QVRS. Ainda, é importante considerar que o envelhecimento está associado a diversas alterações estruturais e funcionais, por exemplo, no sistema nervoso e locomotor.¹⁶

Nesse sentido⁶, deve-se considerar que a partir da quinta década de vida há uma tendência a menores escores na avaliação de QVRS, acentuada no sexo feminino. A amostra do presente estudo foi composta majoritariamente por mulheres (70,87%), dessa forma, entende-se que a realização de um estudo que contemple maior número de participantes de ambos os sexos, permitiria uma melhor avaliação quanto a estes resultados. Também há de se considerar que as fraturas de fêmur e de quadril são mais comuns em mulheres do que em homens em uma proporção de 3:1.¹⁷

No presente estudo, se observaram melhoras significativas dos participantes apenas para os domínios *Estado geral de saúde* e *Aspecto emocional* no sexto mês, quando comparado ao terceiro mês de avaliação. Dados como esses indicam a importância da definição do tempo e o objetivo da avaliação; uma vez que as avaliações realizadas antes (próximas) da cirurgia, geralmente, se designam a avaliar a gravidade dos sintomas, enquanto que as realizadas após um período mais prolongado, posteriores ao evento agudo, permitem avaliar o impacto desses sintomas nas atividades de vida diária.⁴ Pode-se atribuir este resultado a maior motivação e esperança de recuperação após a

cirurgia (M1), pois sua condição de saúde ainda não teria ficado definida.

Em relação à escolaridade, a maior diferença observada entre os dois níveis foi o domínio *Aspecto social*, em que os sujeitos com melhor nível de escolaridade apresentaram melhor avaliação. Tal constatação pode ser atribuída ao fato do nível educacional estar intimamente relacionado a outros aspectos, tais como a condição econômica. Ao respeito, em estudo realizado com idosos de uma comunidade e de instituições de longa permanência, identificou-se que maiores níveis de escolaridade influenciariam na percepção de saúde, uma vez que os mesmos se percebem saudáveis, realizam atividades de lazer e percebem-se com melhor QVRS em relação àqueles que eram analfabetos ou tinham primário incompleto; já que estes percebiam-se doentes ou relatavam não realizar atividades de lazer.¹⁸

O decréscimo nos valores dos domínios no presente estudo pode estar relacionado ao prolongado tempo de afastamento das atividades de vida diária, a dependência de terceiros ou desejo de retomar atividades anteriormente realizadas. De forma geral, na amostra estudada, considerando a variação de pontuação de cada domínio do SF-36, destacaram-se *Capacidade funcional*, *Aspecto físico* e *Dor* por apresentarem pontuações inferiores a 50 pontos (M1 e M2), o que indicou importante comprometimento das avaliações destes domínios no decorrer de seis meses após a realização da cirurgia.

CONCLUSÕES

A amostra do estudo foi majoritariamente formada por mulheres, com idade média de 63,75 anos e sem companheiro conjugal.

Observou-se redução das médias na segunda medida em cinco dos oito domínios avaliados no SF-36, infere-se que, a ocorrência de piora da percepção de QVRS ao longo dos seis meses após a cirurgia.

Esta pesquisa contribuiu para a avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes submetidos a cirurgias traumatológicas. E, a análise dos resultados evidenciam a diminuição da média da QVRS de cinco dos oito domínios. Assim, identifica-se a necessidade de maiores estudos de acompanhamento nesta população, os quais contribuam com a identificação de estratégias de cuidados que promovam a QVRS destes pacientes.

Aponta-se como principal limitação do estudo, o tamanho da amostra. Associado a isto, a carência de informações e a precária qualidade dos registros hospitalares no qual o estudo foi desenvolvido. Entretanto, destaca-se que os resultados apresentam semelhança com os encontrados na literatura.

Sugere-se a realização de futuros estudos que possam incluir uma amostra e um período de acompanhamento maior, que permitam a obtenção de resultados estatísticos mais robustos, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções da equipe de enfermagem, em prol da recuperação e reabilitação desta população.

Ainda, no desenvolvimento da pesquisa, evidenciou-se a escassez de estudos de abordagem longitudinal para avaliar a QVRS de adultos que realizaram cirurgia de fêmur ou quadril, uma vez que os identificados são de delineamento transversal.

REFERÊNCIAS

1. Donegan D, Gay N, Baldwin K, Morales E, Esterhai J, Mehta S. Use of medical comorbidities to predict complications after hip fracture surgery in the elderly. *J bone joint surg am.* 2010;92(4):807-13.
2. Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde. Sistemas hospitalares. Brasília; 2014.
3. Pozzi I, Almeida SRMV, Cristante AF. Manual de trauma ortopédico. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) - Comissão de Educação Continuada [Internet]. 2011 [acesso em 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.portalsbot.org.br/wp-content/uploads/2014/11/MANUAL-DE-TRAUMA-ORTOPEDICO.pdf>
4. Castro RRM, Ribeiro NF, Andrade AM, Jaques BD. Perfil dos pacientes da enfermagem de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta ortop bras.* 2013;21(4):191-4
5. Carneiro LAF, Campino ACC, Rodrigues FLCG, Santos MGM, Silva ARA. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. 2013 [acesso em 2015 set 15]. Disponível em <https://www.ibedess.org.br/imagens/>

biblioteca/939_envelhecimento2013.pdf

6. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP; 2012.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc sci med.* 1998;46(12):1569-85.
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. Bertolucci P, Brucki S, Campacci S, Juliano Y. The mini-mental state examination in a general population: impact of educational status. *Arq neuropsiquiatr.* 1994 mar;52(1):1-7.
10. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol.* 1999 maio/jun;39(3):143-50.
11. Papp MR, Souza RC, Lima SMPF, Matsumoto MH, Matsumoto H, Therezinha RC, et al. Comparação entre DASH e SF-36 do cotovelo traumatizado reabilitado na terapia ocupacional. *Acta ortop bras [Internet].* 2011 [acesso em 2015 set 15];19(6):356-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v19n6/v19n6a07>
12. Sadatsune DA, Costa PP, Caffaro MFS, Umata, RS, Meves R, Avanzil O. Fratura toracolombar do tipo explosão: correlação entre a cifose residual e função após o tratamento cirúrgico. *Rev bras ortop [Internet].* 2012 [acesso em 2015 set 9];47(4):474-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v47n4/12.pdf>
13. Machado AM, Braga ALF, Garcia MLB, Martins LC. Avaliação da qualidade de vida em idosos pós-fratura da extremidade proximal do fêmur. *Arq bras cienc saúde.* 2012 maio/ago;37(2):70-5.
14. Guimarães FAM, Lima RR, Souza AC, Livanil B, Belangero WD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Rev bras ortop.* 2011 abr;46(1):48-54.
15. Palmeira CCA, Ashmawi HÁ, Posso IP. Sexo e percepção da dor e analgesia. *Rev bras anesthesiol.* 2011 nov-dez;61(6):814-28.
16. Ferreira CV, Ferreira CG, Escobar RV. Relação entre envelhecimento ativo, risco de queda e perfil funcional de idosos. *Revista equilíbrio corporal e saúde.* 2012;4(2):27-41.
17. Daniachi D, Netto AS, Ono NK, Guimarães RP, Polesello GC, Honda EK. Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em pacientes idosos. *Rev bras ortop.* 2015 maio;50(4):371-7.
18. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev latino-am enfermagem.* 2013 jan/fev;21(09):3-11.

Data de submissão: 12/03/2016

Data de aceite: 07/02/2017

Data de publicação: 30/08/2017