

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

*Aparecida Bezerra de Lima*

**CONDIÇÕES DE VIDA DE PACIENTES COM  
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL  
(ATPQ): SENTIMENTOS E ALTERAÇÕES  
VIVENCIADAS.**

Botucatu  
2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

*Aparecida Bezerra de Lima*

**CONDIÇÕES DE VIDA DE PACIENTES COM  
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL  
(ATPQ): SENTIMENTOS E ALTERAÇÕES  
VIVENCIADAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ione Morita**

**Botucatu  
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Lima, Aparecida Bezerra de.

Condições de vida de pacientes com artroplastia total primária do quadril (ATPQ): sentimentos e alterações vivenciadas / Aparecida Bezerra de Lima. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino

Co-orientadora: Ione Morita

Assunto CAPES: 40602001

1. Artroplastia 2. Serviços de enfermagem 3. Quadril - Cirurgia 4. Saúde pública

CDD 614

Palavras-chave: Artroplastia total primária do quadril; Condições de vida; Sentimentos vivenciados

# *Dedicatória*



*A Deus,*

*Toda a honra e toda a glória, por me capacitar,  
orientar, dar forças para esta caminhada, me  
fazer acreditar no meu potencial e me permitir  
mais esta vitória.*

*“Confia ao senhor as tuas obras, e teus pensamentos  
serão estabelecidos” Pv 16:3*

*“Entrega teu caminho ao Senhor; confia nele e ele  
tudo fará”.*

*SL 37:5.*

# *Agradecimentos Especiais*



*A meus pais, que sempre estiveram a meu lado, ensinando-me os verdadeiros valores da vida e que muitas vezes abriram mãos dos seus sonhos para realizarem os meus sem medir esforços.*

*Orgulho-me de ser sua filha.*

*A meu irmão Beto, que sempre esteve presente na minha vida, me incentivando, compreendendo e compartilhando cada momento que vivemos juntos.*

*A irmã Nilza pelo carinho e estímulos.*

*A sobrinha Ana Roberta, por existir e alegrar nossa vida.*

*A cunhada Eliane, que sempre esteve presente e pelo apoio.*

*Agradeço a Deus tê-los ao meu lado.*

---

*A Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Done Morita.*

*Por ter-me recebido com carinho, por sua paciência, e pela oportunidade de ampliar meu horizonte de conhecimentos, orientando e me conduzindo ao longo de toda esta pesquisa, tornando os meus sonhos em realidade.*

---

# *Agradecimientos*



À amiga Vanessa Baliego de Andrade Barbosa pelo incentivo, nos momentos difíceis, pela leitura das entrevistas e da dissertação, junto comigo, pela ajuda incondicional.

A meu chefe e amigo Prof. Dr<sup>o</sup> Pedro Marcos Karan Barbosa, por motivar-me a buscar o crescimento profissional e, acima de tudo, pelo apoio em todos os momentos necessários, pelas correções e sugestões para a melhoria desta dissertação, e por sua valiosa contribuição, participando da qualificação e defesa.

À Profa Dr<sup>a</sup>. Elza Higa por me incentivar a prestar o mestrado e pela grande ajuda na construção do projeto para prestar o exame de seleção.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Marin pela acolhida e auxílio no decorrer da construção desta dissertação.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Eliana Goldfarb Cyrino pela oportunidade oferecida.

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

A todos os pacientes e familiares que, direta ou indiretamente, participaram da pesquisa, permitindo que pudesse realiza - lá.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luana Carandina pelo seu carinho e atenção durante todo esse período.

---

*À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Margareth pelo aprendizado durante as suas aulas e sua valiosa contribuição participando da minha qualificação e defesa.*

*A toda equipe de enfermagem da ortopedia do Ambulatório Mario Covas e à secretaria Isabel, que entenderam o cansaço, pelo incentivo, apoio, e compreensão das minhas ausências durante todo esse tempo.*

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

*Ao meu amigo enfermeiro Luis Carlos de Paula e Silva, pela companhia nas longas viagens, apoio, e, acima de tudo, pela força de vontade, perseverança e companheirismo.*

*Às bibliotecárias da Famema, em especial a Helena e Jocelina, que pacientemente me auxiliaram nas pesquisas e corrigiram as referências.*

*A bibliotecária da Unesp, Selma, que me auxiliou na construção da ficha catalográfica desta pesquisa.*

*Ao Senac e ao seu gerente, Hassao Matsuno, que permitiram as minhas ausências para o mestrado.*

*À minha amiga Célia Marisa dos Santos Trintinella, por compartilhar os momentos de felicidade quando fui aprovada no mestrado, pela amizade, compreensão e por dividir os momentos bons e os momentos difíceis neste período.*

---

*A todos os meus colegas de trabalho do Senac, em especial os docentes do curso de enfermagem e farmácia que, pacientemente, também compreenderam o meu cansaço e as minhas ausências.*

*Ao pessoal do núcleo técnico de informática da Famema, em especial ao Agnaldo, que me auxiliou no fornecimento dos dados para pesquisa.*

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

*A toda a minha família que pacientemente entendeu as minhas ausências, o meu cansaço, as angústias e sempre esteve orando por mim e, acima de tudo, por acreditar 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, eu 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!*

---

# *Lista de Abreviaturas*



<b>AIH-</b>	Autorização de internação Hospitalar
<b>ATPQ –</b>	Artroplastia Total Primária do Quadril
<b>CID-</b>	Código Internacional das Doenças
<b>COFEN-</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DATASUS-</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DIEESE-</b>	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
<b>DRS-</b>	Divisão Regional de Saúde.
<b>Famema-</b>	Faculdade de Medicina de Marília
<b>IBGE-</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MEC-</b>	Ministério da Educação Cultura
<b>MS-</b>	Ministério da Saúde
<b>NANDA-</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>OMS-</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNSI-</b>	Política Nacional Saúde do Idoso
<b>PNPS-</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PNSPI-</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>SESMT-</b>	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
<b>SUS-</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TVP-</b>	Trombose Venosa Profunda
<b>NTI -</b>	Núcleo Técnico de Informática
<b>LILACS –</b>	Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde
<b>SCIELO-</b>	Scientific Electronic Library Online

---

# *Lista de Tabelas*



<b>Tabela 1-</b>	Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo faixa etária e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008.....	61
<b>Tabela 2-</b>	Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo escolaridade e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008.....	63
<b>Tabela 3-</b>	Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo renda pessoal e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008.....	64
<b>Tabela 4-</b>	Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo número de pessoas que residem na casa. Marília, São Paulo, Brasil, 2008.....	66

---

# *Lista de Quadros*



- Quadro 1** - Categorias e unidades de significados a partir das entrevistas com pacientes que foram submetidos à artroplastia total primária do quadril resultando a temática I – Compreendendo sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram à ATPQ em relação ao medo e a dependência para o cuidado. 69
- Quadro 2** - Categorias e unidades de significados a partir das entrevistas com pacientes que foram submetidos à artroplastia total primária do quadril resultando a temática II - Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram à ATPQ em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e alterações na vida social..... 98
-

# *Resumo*



Considerando que as pessoas submetidas à Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ) apresentam características específicas em relação a seus problemas de saúde e sofrem interferências em suas condições de vida devido às restrições e condições impostas pelo procedimento cirúrgico, o presente trabalho propõe desenvolver um estudo no Setor de Ortopedia e Traumatologia do Ambulatório Mario Covas, da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, tendo como objetivo, compreender os sentimentos e alterações na vida dos pacientes submetidos à ATPQ. A finalidade desta pesquisa é proporcionar elementos para intervenção junto ao serviço de saúde, articulando a integração entre o serviço ambulatorial e hospitalar, construção de um plano de cuidado multidisciplinar durante a internação e elaboração de protocolos de orientações para alta no domicílio como estratégias para promover condições de uma melhor recuperação desta população e melhor formação de profissionais para o atendimento a esses pacientes no pós-operatório. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que a coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, utilizado-se, para interpretação dos dados, a análise de conteúdo proposta por Bardin. Foram entrevistadas 14 pessoas, chegando-se a esse número pela técnica de saturação. Os resultados mostraram duas temáticas: I - Compreendendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram a ATPQ, em relação ao medo e à dependência para o cuidado. II- Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram à ATPQ, em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e às alterações na vida social. Concluimos então que, apesar das dificuldades vivenciadas por esses pacientes durante o processo de adoecer relacionado às doenças osteoarticulares e fraturas, a artroplastia total primária de quadril configura-se como um procedimento cirúrgico que proporcionará a reinserção do paciente no contexto familiar, social e melhorias em suas condições de vida. No que se refere às dificuldades vivenciadas, sugerimos a construção de protocolos específicos para orientações de cuidados hospitalares e domiciliares e a

---

integração da equipe de enfermagem ambulatorial e hospitalar, propondo ações para a continuidade do cuidado desde o pré-operatório até o momento da alta, amenizando assim os medos e dificuldades vividos pelos pacientes deste estudo.

Palavras-chave: Artroplastia de quadril, Condições de vida, Sentimentos vivenciados.

---

# *Abstract*



People who underwent Primary Total Arthroplasty of Hips (PTAH) present specific characteristics related to health problems and they suffer interferences in life conditions because of the restrictions and conditions imposed by the surgical procedure and, therefore, the present paper was aimed at developing a study at the Orthopedic and Traumatology Sector of “Mário Covas” Outpatient Service at “Faculdade de Medicina de Marília – Famema, in order to understand the alterations related to life conditions of the patients who underwent PTAH. The aim of this study is to provide elements for the intervention at the health service, bringing about the integration between the outpatient service and the hospital service, for the implementation of a multidisciplinary care plan during the hospital stay and the elaboration of guidance protocols for discharge at home; such as, strategies to offer conditions for a better recovery of this population and the preparation of professionals to take care of these patients during the post-operative period. It is a qualitative study where the data collection was carried out by means of a semi-structured interview and the data interpretation was made by the content analysis proposed by Bardin. Fourteen people were interviewed; this number was reached by means of saturation technique. The results showed two themes: I – Understanding the feelings experienced by the patients that underwent PTAH, regarding the fear and the dependence on care. II – Changes in life conditions of PTAH patients, regarding a well-being feeling following the surgery and alterations in social life. It was concluded that in spite of the difficulties faced by these patients during the process of osteoarticular and fracture diseases, the primary total arthroplasty of the hips is a surgical procedure that will provide the reinsertion of the patient in the family and social contexts and that will also improve their life conditions. Regarding the faced difficulties, it is suggested the elaboration of specific protocols for hospital and home care guidelines and for the integration of the nursing teams both at the hospital and at the outpatient service, proposing actions for the care continuity since the pre-operative period until the discharge moment, lessening the fears and difficulties experienced by the patients in this study.

Keywords: Hip arthroplasty, Life conditions, Experience feeling.

---

# *Sumário*



---

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>30</b>
2.1 Condições de Vida.....	31
2.2 A questão do trabalho face à ATPQ.....	34
2.3 O envelhecimento e a ATPQ.....	36
2.4. As Doenças Osteoarticulares do Quadril e as Fraturas de fêmur x Dependência do paciente submetido à ATPQ.....	39
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>47</b>
3.1 Objetivo Geral .....	48
3.2 Objetivos Específicos .....	48
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
4.1. Local do Estudo .....	50
4.2. População do Estudo .....	52
4.3. Instrumento de Coleta de Dados .....	53
4.4. Procedimento de Coleta de Dados.....	54
4.5. Análise dos Dados .....	56
4.6 Aspectos Éticos .....	59
<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
5. 1 Caracterização sociodemográfica.....	61
5.2 As categorias e as unidades de significados encontradas.....	68
5.3 Compreendendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram à ATPQ, em relação ao medo e à dependência para o cuidado.....	70
5.3.1- Vivenciando o medo .....	71
5.3.2 Vivenciando a dependência para o cuidado.....	82
5.4 Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram a ATPQ em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e as alterações na vida social .....	98
5.4.1 – Sentimento de bem-estar após a ATPQ.....	101
5.4.2 Alterações na vida social .....	107

---

<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>137</b>
Apêndice A - Termo de Consentimento.....	138
B - Instrumento de Coleta de Dados.....	139
<b>ANEXOS.....</b>	<b>140</b>
ANEXO A- Procedimentos Hospitalares do SUS - por local de internação- Brasil- 2007.....	141
B- Procedimentos Hospitalares do SUS - por local de internação- Brasil- 2008.....	142
C - Pedido de internação .....	143

---

# *1. Apresentação*



A atuação profissional por vários anos no ambulatório de ortopedia e traumatologia da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) permitiu-me observar os intensos e complexos problemas vivenciados pelos pacientes atendidos neste setor.

O que mais tem chamado a atenção são os pacientes submetidos à artroplastia total primária de quadril (ATPQ), pela grande interferência em suas condições de vida, uma vez que passam a depender por um longo tempo de um cuidador e dos serviços de saúde, além das limitações e possíveis complicações impostas pela cirurgia. No atendimento ambulatorial identificaram-se inúmeras limitações que levará à restrição no apoio do membro operado por um período, sentar em lugar muito baixo, fazendo hiper-flexão do quadril, não cruzar o membro, não realizar a rotação externa e interna do membro operado, podendo ocasionar luxações da prótese, evitar subir e descer escadas nos primeiros meses após a cirurgia e outros. De outro lado, tem-se também toda a problemática das complicações pós-cirúrgicas conforme descritas na literatura, o que tem levado a contínuas pesquisas para melhorar a longevidade dos implantes utilizados nas artroplastias de quadril.

Diante disso, os pacientes têm apresentado dúvidas na fase pré e pós-operatória tais como: retorno às suas atividades diárias, questões sexuais, atividade física, dor, infecções, alimentação, medos, restrição no leito, sono, higiene pessoal etc. Cabe salientar que esses pacientes, por certo período, encontram-se com algumas restrições, entre elas, não apoiar o membro operado, não há contra-indicações para deambular com a ajuda de acessórios, tais como os andadores ou muletas, desde que sejam capazes e possuam condições para marcha.

Percebeu-se uma deficiência no processo de orientação, apontada pelos pacientes atendidos durante a consulta de enfermagem e, através de relatos espontâneos verificou-se, que permaneciam acamados por vários dias ou meses, com piora das limitações funcionais, dependência para o cuidado, perda da autonomia, lesões de pele, dificuldades com aquisição e administração dos

---

medicamentos, dentre outras, fato preocupante por considerar que toda essa problemática citada compromete o processo de recuperação pós-operatório.

Considerando que estão previstas na consulta de enfermagem, conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as atividades de promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade e, dada toda a problemática identificada ao longo do tempo, propôs-se o presente trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A escolha do tema surgiu com a finalidade de atender a essas demandas, criando uma proposta de trabalho multidisciplinar, articulando protocolos e planos de cuidados nos diversos níveis desse serviço, melhorando com isso a qualidade das orientações para o paciente.

Sendo assim, é importante compreender de forma sistemática suas condições de vida, a dinâmica vivenciada em todo o processo pré e pós-operatório, contribuindo com o serviço e com os profissionais da área, com vista à recuperação mais rápida desses pacientes.

---

## *2. Introdução*



## 2.1 Condições de Vida

As condições de vida das pessoas e dos grupos são vulneráveis e possuem forte influência dos determinantes sociais; sendo definida por algumas variáveis como, renda, escolaridade, gênero e outras. Os fatores socioeconômico, comportamentais e culturais constituem importantes determinantes sociais de saúde. Dessa maneira busca-se compreender as relações de saúde da população, as desigualdades sociais e as suas interferências nas condições de vida (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Atualmente há concordância generalizada de que as condições de saúde da população estão interrelacionadas às condições de vida. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), para além da definição de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social”, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Por meio da comissão, vem-se chamando a atenção sobre a influência dos determinantes sociais para uma saúde ruim e para as iniquidades encontradas entre e dentro das nações. Dentre os determinantes, incluem-se o desemprego, más condições de trabalho, a vida em favelas, a própria globalização e as dificuldades de acesso aos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Então, para melhorar as condições de saúde da população será necessária a melhoria nas condições de vida.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, o direito à saúde surge como fruto de um longo processo de lutas por melhores condições, com novos paradigmas, princípios e diretrizes. A partir da lei nº. 8080, reconhece-se, conforme o artigo 3º, que:

*A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p. 210).*

---

---

Neste contexto Campos, Barros e Castro (2004) discutem a promoção da saúde como estratégia imprescindível para o enfrentamento dos problemas do meio ambiente, sanitários, segurança alimentar e nutricional, desemprego, uso de drogas ilícitas etc. Os autores propõem ações de saúde articuladas e integradas, nos mais variados níveis de complexidade, tendo como objetivo melhoria na qualidade de vida da população.

Diante desses problemas, como estratégia de fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, o Ministério da Saúde (MS) cria a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que tem como objetivo, “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006a, p. 19).

São claras as dificuldades encontradas dentro dos serviços de saúde, no que diz respeito à operacionalização dos princípios do SUS em relação à Integralidade, entendida por Cecílio (2001, p.116), como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” e, à Universalidade, conceituada como “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, propondo, ainda, estabelecimento de vínculos e desenvolvimento da autonomia dos usuários” (CECÍLIO, 2001, p.115).

Com relação à equidade na atenção à saúde, Malta (2001) a entende como a trabalhar as desigualdades em determinado contexto histórico e social, dado o modo que se a sociedade produz e se organiza. Segundo a autora, deve haver um planejamento/programação dos serviços para atender às necessidades de saúde da população e não os interesses individuais.

Mediante as dificuldades em operacionalizar seus princípios e diretrizes, o SUS recebe críticas pelos desafios a serem, ainda, cumpridos como política pública de saúde, que mostra a desigualdade social, a falta de acesso dos usuários, um sistema fragmentado, ou seja, existe a necessidade de se avançar

---

na construção de um projeto melhor estruturado quanto às necessidades de saúde e de acesso da população brasileira a ele. Neste momento, o SUS se apresenta como belo projeto social, faltando muito para promover um modelo adequado para promoção da saúde com poder de resolubilidade (ELIAS, 2004).

Para Viana e Elias (2007), evidenciam-se obstáculos na construção de um sistema de saúde universal hegemônico, pois a saúde é vista pelas empresas médicas, farmacêuticas e planos de saúde como um complexo industrial que objetiva acumulação de capital. Portanto, esses autores sugerem um novo debate sobre saúde e desenvolvimento, ou seja, “criar alternativas ou modelos de desenvolvimento econômico que sejam dinâmicos, politicamente democráticos e socialmente inclusivos” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1769).

No entanto, mesmo diante das adversidades, experiências locais tentam desenvolver um atendimento integral, articulando as ações assistenciais com ações preventivas, com o objetivo de reduzir danos e sofrimentos ocasionados pelas doenças, construindo assim políticas específicas pautadas nos princípios da integralidade, equidade e universalidade (MATTOS, 2003).

Pensando na construção da Integralidade como prática eficaz para o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, mesmo diante das inúmeras dificuldades apresentadas pelos serviços, Pinheiro e Luz (2003) enfatizam que as instituições devem desenvolver práticas centradas no indivíduo, organizando, planejando, construindo ações de saúde diferenciadas, requerendo também novos paradigmas entre os serviços, profissionais e usuários. Devem ocorrer mudanças na postura dos profissionais das equipes, desenvolvimento de cenários de cuidado personalizado, individualizado, com ações e atitudes inovadoras. Há necessidade de reflexões sobre diversas formas de produzir saúde, sendo necessário, também, repensar a formação dos profissionais, construindo-se práticas e saberes voltados para integralidade do cuidado e formas diferentes de atenção à saúde.

---

## 2.2 A questão do trabalho face à ATPQ

Dentre as dimensões que garantem a reprodução e a sobrevivência do indivíduo e de sua família, está a questão do trabalho, fundamental para se obterem condições de vida adequadas, diante das quais, a cirurgia de ATPQ se torna um grande obstáculo, como se percebeu no atendimento ambulatorial, para aqueles em idade produtiva.

Considera-se o trabalho como uma atividade consciente e intencional sobre o meio ambiente, quando o homem põe em movimento as forças naturais de que é dotado o seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de se aproveitar das matérias, dando-lhes uma forma útil para sua própria vida. Esse gasto de energia física supra citado, muscular e mental despendida pelo homem constitui o trabalho, sendo fundamental para o desenvolvimento capitalista uma força de trabalho minimamente saudável, destacando-se, nesse aspecto, a saúde como uma das condições humanas essenciais interrelacionada ao trabalho (MORITA, 2005).

Mais ainda, pelo trabalho ocorre a inserção do indivíduo no mundo, sendo um dos determinantes fundamentais das condições de vida e sustento da maioria das pessoas que depende da venda da sua força de trabalho e de suas habilidades. Como o trabalho invade as diferentes esferas da vida, é interessante observar que existe um senso comum que atribui ao trabalho doméstico a característica de ser um dote natural das mulheres, com princípios diferentes do trabalho no mundo da produção. No entanto, como citado esse gasto energético pelo trabalho não é privativo de ninguém em especial e, desse ponto de vista, o trabalho é exercido por todos e quaisquer seres humanos (MORITA, 2005). Outro aspecto a ser considerado diz respeito à “ética” do trabalho construída pelo capitalismo que valoriza determinados trabalhos, daí decorrendo problemas para quem não tem acesso ou o perdeu por questões de saúde ou desemprego.

---

Conforme Marques (1998, p. 78),

*Não é qualquer trabalho que tem a capacidade de integrar o indivíduo na sociedade capitalista. Do ponto de vista do capital, o reconhecimento é concedido apenas às atividades que geram ou viabilizem a mais-valia .... Por sua vez, não recebem nenhum tipo de reconhecimento as atividades externas ao trabalho remunerado – as que os trabalhadores desenvolvem em seu tempo livre, tais como os cuidados com a casa. A simples produção de valores não tem valor social na sociedade capitalista.*

Dependendo do conjunto de pacientes que passam pela cirurgia de ATPQ e do resultado final do procedimento, pode-se pressupor que, do ponto de vista econômico, pouca valorização será dada aos mais idosos ou ao trabalho doméstico, o que implicará redobrados esforços para garantir a reprodução social de determinados grupos sociais por reconhecimento de seus direitos. Para aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho haverá ruptura provocada pela cirurgia, o que, sem dúvida trará reflexos perturbadores em suas vidas.

Teixeira e Guimarães (2006) fazem inferências às mudanças que ocorrem no modo de viver dos indivíduos quando acometidos por algum tipo de deficiência adquirida na fase produtiva da vida. Partindo do princípio de que o trabalho é de suma importância na vida do ser humano, caso esse processo seja interrompido por algum fator, há possível perda de identidade que pode levar à marginalização e discriminação social.

Em estudo realizado por Falcão et al. (2004), mostra-se o expressivo percentual de pessoas ainda jovens e em idade produtiva que sofrem incapacidades graves oriundas de doenças crônicas degenerativas, alterando completamente seu estilo de vida. As sequelas deixadas geram grau de dependência variado, perda da autonomia, modificações no padrão de vida, ao passarem de assalariados para aposentados ou beneficiários da previdência.

---

### 2.3 O envelhecimento e ATPQ

No caso da população idosa, com cirurgia de ATPQ, os problemas se avolumam. “O envelhecimento é um longo processo multicausal, multifatorial, e deve ser avaliado não só sob o ponto de vista cronológico, mas também biológico, psíquico, social e funcional, levando em conta a forma singular, original, particular e diferente dessa fase” (VONO, 2007, p.14).

O desenvolvimento urbano-industrial desde o último século trouxe mudanças do perfil de morbi-mortalidade, aumentando a expectativa de vida, diminuindo a fecundidade, proporcionando certo envelhecimento demográfico em todo o mundo, incluindo o Brasil. Esse novo padrão demográfico, conforme descreve Vono (2007), que é reflexo da heterogeneidade da população, melhoria nas condições de vida influenciada pelos padrões socioeconômicos, culturais e de saúde, resulta na melhora da expectativa de vida, principalmente no que se refere à qualidade de vida da população idosa.

Ainda que sejam muitas as alterações que os indivíduos sofrem ao envelhecer, essas não podem ser consideradas como processo patológico, mas interferem no seu modo de viver, devido às mudanças e limitações progressivas que ocorrem nesta fase da vida (VONO, 2007).

Diante disso, Suzuki (2007) verifica o crescente número de pessoas idosas acometidas por doenças degenerativas da articulação. Essas pessoas, além do risco aumentado de queda, podem sofrer fraturas de fêmur e outras lesões. Sendo assim, torna-se necessária a adoção de medidas profiláticas, tais como atividades físicas, intervenções medicamentosas no caso da osteoporose, prevenção de acidentes domiciliares promovendo um ambiente seguro, e outras medidas que se fizerem necessárias.

Em vista dessas problemáticas, buscando novas perspectivas de superação das dificuldades e procurando operacionalizar os princípios constitucionais, o Ministério da Saúde aprova, em 2006, o “PACTO PELA

---

---

SAÚDE”, estabelecendo novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste documento, ao tratar do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades (BRASIL, 2006b).

Concomitantemente, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo como prioridade a formulação de estratégias capazes de dar conta das diferentes necessidades de saúde dessa população e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. Diante das diretrizes dessa política, os serviços de saúde devem ser o espaço estratégico para o desenvolvimento das ações voltadas para os idosos, tais como valorizar e respeitar a velhice, ações integradas de combate à violência doméstica, imunizações e hábitos saudáveis de vida, acesso a todos os níveis de atenção, sexo seguro, ações de reabilitação, implementação de ações para reduzir a hospitalização e melhorar a habilidade para o autocuidado etc (BRASIL, 2006c).

Desafios a serem vencidos pelo SUS, dentro da PNSPI, incluem a falta de suporte para o idoso e seus familiares, desde o acesso aos mais variados níveis de atenção; suporte para alta hospitalar e acompanhamento domiciliar; ausência de estratégia na saúde da família a esta população; escassez de equipe multiprofissional e interdisciplinar, gerando violência domiciliar ao idoso e, ainda, o caos vivido hoje na saúde pública no Brasil (SOUZA et al., 2008).

Segundo Marin (1999), quando o idoso sofre um processo de hospitalização e retorna para sua casa sem conhecimentos básicos para continuidade da assistência a ser prestada, na maioria das vezes, quem a assume o cuidado é algum membro da família que desconhece totalmente o plano terapêutico. A autora avalia também que, na rotina hospitalar, a responsabilidade da equipe termina no momento da alta com o preenchimento e entrega da receita ao idoso, caracterizando um modelo de assistência totalmente hospitalocêntrico, sem a menor participação e envolvimento dos familiares no processo de recuperação, comprometendo a continuidade e

---

qualidade do cuidado no domicílio, o que deixa a desejar quanto à integralidade do cuidado nos níveis de saúde primária, secundária e terciária.

Outra problemática a ser enfrentada, refere-se à nova estrutura familiar da sociedade brasileira, em que praticamente todos os membros da família trabalham fora como os idosos moram com eles, isso requer reorganização de suas vidas no âmbito familiar, social e ocupacional, gerando conflitos domiciliares, evidenciando a impotência do Estado em assumir as responsabilidades do cuidado com o idoso de forma mais efetiva (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Acrescente-se a isso que a maioria da população brasileira vive em condições de pobreza e o cuidar do idoso dependente faz aumentar o gasto familiar. Em vista disso, fica evidente que a assistência ao idoso dependente e o suporte aos cuidadores familiares representam novos e grandes desafios para o sistema de saúde brasileiro (KARSCH, 2003).

Enfatiza-se, também, a falta de acesso ao serviço de fisioterapia na rede pública, conforme descreve Guerreiro (2006), cuja importância para o idoso está voltada à melhora das limitações impostas pela idade, à qualidade de vida diária e estímulo à mobilidade física, evitando as complicações oriundas das doenças crônicas degenerativas. Reforça-se, também, a necessidade urgente da implantação desse serviço integrado às equipes multiprofissionais.

Observa-se, assim, que uma grande parcela da população está exposta a risco de quedas, fraturas e às doenças osteoarticulares, tendo a idade como um dos fatores desencadeantes, o que levou ao interesse, pelo grupo de estudo, aqueles que se submeteram à ATPQ.

---

---

## 2.4 As doenças osteoarticulares do quadril e as fraturas de fêmur x Dependência do paciente submetido à ATPQ.

Nas doenças osteoarticulares, segundo Schwartzmann e Boschini (2007, p. 374), conceitua-se a artrose como uma “doença degenerativa crônica caracterizada pela deterioração da cartilagem e pela neoformação óssea nas superfícies e margens articulares”. Outras terminologias também podem ser utilizadas para esta patologia, como, osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa, e no quadril pode ser definida como coxoartrose ou *malum coxae senilis*. Os autores relatam que essas patologias ocorrem com frequência em pessoas idosas, embora possam ter início em idade mais jovem, evoluindo com o passar do tempo.

Dentre as doenças osteoarticulares do quadril, podemos citar, também, a osteonecrose, definida como doença progressiva levando à necrose do osso, por perda da circulação, ocasionada por várias etiologias. “Estima-se que 20.000 novos casos de osteonecrose anualmente são diagnosticados nos Estados Unidos, e, atualmente, 18% de todas as artroplastias totais de quadril são realizadas por esse diagnóstico” (DABOV; PEREZ, 2006 p. 946).

No Brasil, conforme dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), estima-se que, de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, ocorreram aproximadamente 20.730 internações para realização dos procedimentos cirúrgicos de artroplastia total primária do quadril cimentada e não cimentada/híbrida, perfazendo um gasto total de R\$ 71.014.007,00, com média de internação hospitalar que variou de 7,2 a 8 dias e com total de óbitos, nesse período, de 444, tendo um valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de aproximadamente R\$3.395,00 a R\$3.456,00, para cada caso, conforme dados apresentados nos anexos A e B.

Segundo Harkess (2006, p.315), a artroplastia total de quadril é o “procedimento de reconstrução do quadril adulto mais frequentemente efetuado”, sendo indicada às doenças articulares degenerativas primárias e secundárias do quadril (osteoartrose), luxação congênita, epifisiólise,

---

pseudoartrose do colo do fêmur, artrite reumatóide. E àqueles casos que não responderam adequadamente ao tratamento conservador em algumas patologias. Pode também ser indicada para pessoas mais jovens, como no caso de artrite reumatóide, espondilite anquilosante, embora seja mais reservada para pessoas idosas, de preferência com mais de 65 anos de idade.

Quando indicada, a ATPQ para pessoas mais jovens não deixa de causar preocupações, segundo Schwartzmann e Boschini (2007, p. 374), “mas ainda é o tratamento de escolha em situações de colapso grave da superfície articular do acetábulo ou artrose já instalada”, considerando também que a artroplastia total, apresenta excelentes resultados por ser a técnica mais confiável no alívio da dor e promover melhora clínica nos casos mais graves das doenças.

Diante disso, Gonçalves (2003) adverte sobre a preocupação com o procedimento cirúrgico de artroplastia total primária do quadril em pacientes jovens e de meia idade, temendo que, em um futuro próximo, tenham incapacidades inevitáveis graves e irremediáveis, considerando a durabilidade da prótese, que pode demandar revisões periódicas. Ressalta, também, que apesar dos ótimos resultados, esse procedimento ainda não garante o retorno dos pacientes mais jovens às atividades que exijam grandes esforços físicos ou mais violentos.

Embora as barreiras e dificuldades sociais encontradas pelas pessoas portadoras de deficiência física, ou acometidas por doenças que limitam a capacidade funcional sejam inúmeras, Resende (2005) destaca que essas pessoas, apesar de fisicamente incapazes e dependentes, podem ter sua autonomia preservada, o que lhes permite tomar decisões sobre si mesmas.

Segundo dados citados no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), o número de pessoas com deficiências é muito maior do que o esperado, sendo considerados deficientes, a partir da caracterização do uso de próteses, muletas, cadeira de rodas e aparelho de surdez.

Esse quadro anterior leva a reflexões éticas sobre o tema, enfocando principalmente a equidade de acesso aos serviços de saúde no Brasil,

---

envolvendo as pessoas portadoras de deficiência. Apesar de determinar como dever do Estado proteger essa população devido a seus riscos e vulnerabilidades, garantindo-lhe acesso universal, integralidade e equidade na assistência, pode-se identificar que existe um grande distanciamento entre as determinações legais e o seu cumprimento efetivo (BERNARDES et al., 2009).

Em vista desse contexto, Cavalcante e Minayo (2009) constataam a violência social que cerca essa população e seus familiares/cuidadores, em relação ao acesso à educação, novas tecnologias, serviços de saúde, atividades de lazer etc. Os autores propõem uma reflexão sobre a problemática citada, e sugerem melhor preparo e capacitação dos profissionais de saúde, gestores e familiares, para minimizar, a violência social sofrida por esse grupo, propondo ações de inclusão social e não de exclusão.

França, Pagliuca e Baptista (2008) reforçam que esse grupo social teve avanço nas políticas que lhe garantem acesso a bens e serviços, mas que permanecem as dificuldades de inclusão na educação e mercado de trabalho, devido ao seu pouco preparo para tais áreas. No que se refere às práticas voltadas à saúde, os profissionais devem desenvolver ações que promovam a reabilitação, processos educativos que auxiliem o autocuidado e orientações, enfocando o direito de acesso a órteses, próteses ou a outras tecnologias que se fizerem necessárias para promover-lhes melhores condições de vida.

Diante de tais problemáticas, as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência correm o risco de terem a sua autonomia prejudicada, podendo ser marginalizadas como incapazes. Para Duarte (2006), as alterações na capacidade e limitações funcionais do paciente idoso, que o fazem depender de um cuidador para realizar algumas ações são vivenciadas como algo muito pior que os sinais e sintomas clínicos presentes em algumas doenças. Segundo Pereira e Gomes (2007), a capacidade funcional está relacionada com a habilidade do indivíduo em realizar as atividades do seu cotidiano, portanto, com o poder fazer.

---

Conforme Pavarini e Neri (2006, p.63), a dependência pode ser definida enquanto “incapacidade de viver de forma satisfatória sem ajuda de semelhante, ou equipamento que lhe permita viver” e autonomia como “autogoverno, que se expressa na liberdade para agir e tomar decisões”.

Com esse enfoque, Bocchi e Angelo (2005) discorrem sobre a importância de estimular a autonomia do paciente dependente no âmbito domiciliar, objetivando uma melhoria em sua qualidade de vida e evitando atitude de superproteção por parte do cuidador.

Muitos são os conflitos vivenciados por um familiar cuidador dado o impacto da doença, as sequelas, o grau de dependência do paciente, seguidos de tensão, medo, ansiedade, atritos no ambiente familiar, problemas no trabalho e outros. Diante dessas dificuldades, compete à equipe de enfermagem implementar ações e orientações de cuidado que minimizem o impacto da dependência na vida do cuidador, seus medos e ansiedade, diminuindo os riscos de iatrogênia a quem será cuidado (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Nesta lógica, Andrade et al. (2009) fazem uma discussão da relevância do treinamento adequado ao cuidador de pessoas dependentes no âmbito domiciliar, tendo em vista suas dúvidas, inquietações e medo durante o processo de assistência que lhe foi delegado. Diante de tal circunstância, compete à equipe de enfermagem, principalmente ao enfermeiro, planejar ações de cuidado a esse indivíduo desde o momento da sua admissão na unidade hospitalar, fazendo acompanhamento e treinamento do cuidador durante o período de internação, preparando-o para os cuidados no momento da alta, reduzindo e prevenindo assim as possíveis complicações.

Outra preocupação, além das doenças osteoarticulares que podem ocasionar a dependência no cuidado, são as quedas, conforme destacam (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004). Os autores mostram que o índice de queda na população idosa tem aumentado significativamente, levando a algum tipo de lesão que afetará a sua dependência na realização das

---

atividades da vida diária ou, até mesmo, às incapacidades, demandando a presença de cuidadores por longos períodos.

Sakaki et al. (2004) destacam o crescente índice de fratura de fêmur no idoso na faixa etária acima de 65 anos, que pode estar relacionada à osteoporose, aumentando o índice de quedas, que poderá levar a outras complicações, como a mortalidade por alguns fatores associados, tais como idade avançada, co-morbidades, sexo, deficiências cognitivas. Assim, algumas medidas preventivas precisam ser tomadas de forma mais efetiva uma vez que isto tem sido um problema de saúde pública no Brasil.

As fraturas do colo de fêmur ocorrem em duas populações muito distintas: os jovens e os idosos, em que os mecanismos de trauma são muito diferentes; nos grupos jovens, ocorrem geralmente por traumas de alto impacto causado por acidentes ou quedas de grande altura; no caso dos idosos as lesões ocorrem por queda ou por osteoporose, mesmo sem trauma (BAUMUGAERTNER; HIGGINS, 2006).

Guarniero (2007, p. 763) mostra que nos “Estados Unidos, anualmente, cerca de 1.300.000 fraturas são atribuídas à osteoporose, acarretando um custo com a saúde de 20 bilhões de dólares”. O mesmo estudo ressalta ainda que fraturas do punho, da coluna vertebral e da região do quadril (fêmur proximal), são mais freqüente para as fraturas osteoporóticas, em que cerca de 500 mil são fraturas vertebrais e 250 mil da região do quadril.

Marin et al. (2004) descrevem que devido a tal problemática, medidas educativas individuais e coletivas no âmbito familiar devem ser tomadas, tais como uso correto de calçados, tapetes, cuidados com uso de algumas medicações, ações de vigilância integradas com os serviços de saúde etc, articulando propostas que visem à melhora na qualidade de vida desses indivíduos e mudanças no modelo de atenção à saúde dessa população específica.

Conforme preconiza o MS, o Pacto pela Saúde 2008 busca identificar as pessoas idosas em situação de risco ou fragilidade, propondo ações de

---

prevenção de fratura de fêmur, reduzindo dessa maneira o número de internação por esse tipo de fratura em 2% (BRASIL, 2008).

Segundo Fortes et al. (2008), a pessoa idosa acometida por fratura de fêmur sofre impacto significativo em sua qualidade de vida, tendo comprometimento da capacidade funcional, tornando-se dependente e apresentando acometimentos das funções físicas que, anteriormente à fratura, não apresentava, desenvolvendo na maioria das vezes dependência progressiva e aumento do índice de mortalidade.

Para Sakaki et al. (2004), o tratamento desses pacientes portadores de fratura de colo do fêmur, na maioria das vezes, é cirúrgico, podendo ser utilizado osteossínteses ou as artroplastias de quadril, cujo objetivo é iniciar a deambulação o mais precocemente possível, reduzindo as possíveis complicações pós-cirúrgicas e a dependência no cuidado.

Outra problemática vivenciada é a internação, fase em que se vivem os conflitos, como constrangimento ao ser submetido a algum cuidado, tais como higiene íntima, uso de comadres ou papagaios, nudez durante o banho, e outros procedimentos. Sendo assim, os pacientes sentem-se ameaçados, desrespeitados, tendo a sua privacidade violada. Isso interfere em questões emocionais que podem ocasionar até a suspensão da cirurgia. Em vista disso, a equipe de enfermagem precisa fazer uma reflexão sobre o ato de cuidar, pautado nos princípios da ética, valores e crenças (LENARDT et al., 2007).

Nesta lógica, podemos perceber que o processo de hospitalização seguido do período pré e pós-operatório interferem significativamente nos sentimentos vivenciados pelos pacientes. Visto que nessa fase ocorre a quebra no vínculo familiar, desencadeando o sentimento de medo, solidão, ansiedade, necessidade de adaptação a um novo ambiente, além do desconhecimento sobre a cirurgia, gerando fantasias, dúvidas e incertezas (FOSCHIERA; PICCOLO, 2004). Portanto, é função do enfermeiro, como agente de educação em saúde, realizar as orientações no pré e pós-operatório, visando uma melhor

---

recuperação desses indivíduos, proporcionando tranquilidade e sensação de bem-estar ao paciente e seus familiares.

Na fase pós-operatória, conforme descreve Almeida, Longaray e Cezaro (2006), os pacientes portadores de ATPQ apresentam as necessidades básicas de saúde afetadas, prevalecendo, dentre elas, o déficit de autocuidado (banho, higiene), mobilidade e segurança física prejudicada e risco de infecção. Diante dessas constatações, esses pacientes demandam plano de ações de promoção à saúde após sofrerem a intervenção cirúrgica.

Neste cenário, conforme prevê a lei do exercício profissional, compete ao enfermeiro desenvolver o processo de enfermagem como parte integrante para organização do trabalho, relacionado as questões assistenciais. Destaca-se que atualmente vem se tornando de uso comum o sistema de Classificação de Diagnóstica de Enfermagem, utilizando a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que apresentam linguagem própria da enfermagem estabelecendo diagnóstico; frente às quais o enfermeiro planeja as intervenções necessárias para o cuidado (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008).

Como estratégia para enfrentamento das dificuldades vividas por esta população, Oliveira, Jansen e Almeida (2007) propõem a visita domiciliar pré-operatória como agente de promoção à saúde, enfatizando as necessidades humanas básicas afetadas, visando a dar suporte ao familiar/cuidador e paciente, focando orientações e cuidados de qualidade, minimizando ou excluindo as ações e os riscos ao paciente no ambiente domiciliar.

Neste enfoque, podemos destacar a intersetorialidade como eixo norteador da atenção à saúde, que surge como proposta para articular os mais diversos níveis de saúde, conferindo aos profissionais e instituições a possibilidade de prestar assistência de maneira integral, com maior poder de resolubilidade, com práticas centradas no indivíduo, promovendo, dessa maneira, um processo de educação em saúde para o autocuidado, com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

---

Diante das evidentes necessidades de saúde apresentadas pela população, das políticas e estratégias propostas como formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas e da importância do compromisso dos profissionais de saúde frente a tais propostas, o presente estudo buscou compreender os sentimentos e as alterações na vida dos pacientes submetidos à artroplastia total primária do quadril e os fatores que interferiram no seu processo de recuperação.

---

### 3. *Objetivos*



### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Compreender os sentimentos e as alterações na vida dos pacientes submetidos à artroplastia total primária do quadril.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as características sociodemográficas dos pacientes submetidos à ATPQ.
  - Identificar os fatores que interferem no processo de recuperação.
-

## *4. Metodologia*



#### 4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Marília, localizada no Centro Oeste Paulista, distante da capital do Estado 443 km. Sua população estimada pelo IBGE em 2007 foi de 218.113 habitantes, sendo a 13ª maior cidade do interior paulista em número de habitantes.

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

O Ambulatório Mário Covas está em funcionamento desde outubro de 1999, para atendimento especializado de clínica cirúrgica e médica, ortopedia e traumatologia. Sua abertura deu-se para atender à demanda de atenção secundária, em expansão, em Marília e toda a região. Administrativamente, este ambulatório está subordinado ao Hospital das Clínicas Unidade I, alocado em uma área física construída de 2.140 m<sup>2</sup>, área livre de 1.145 m<sup>2</sup> com total de 3.285 m<sup>2</sup>, com abrangência territorial de 62 municípios e populacional de 1.200.000 habitantes.

Têm acesso ao Ambulatório Mário Covas usuários que foram atendidos pelo serviço de urgência e emergência ortopédica do Hospital de Clínicas Unidade I e II, referenciados pela Divisão Regional de Saúde (DRS), por agenda interna de outras especialidades ambulatoriais e para atendimento aos funcionários da instituição encaminhados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), chegando a uma média anual de 23.227 atendimentos.

A equipe desse serviço é composta por vários profissionais de saúde, dentre eles, 15 docentes médicos e 15 residentes na área de ortopedia, 01 enfermeiro, 06 auxiliares de enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social.

---

Conta também com outros profissionais de apoio (radiologia, métodos gráficos, recepção etc...). Esse serviço foi criado em 1986, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) desde 1987 e oferece os programas de residência médica em ortopedia e traumatologia.

O processo de trabalho da equipe tem como meta o cuidado integral do ser humano, embora ainda não exista um protocolo formal multidisciplinar para os procedimentos e condutas realizados, principalmente no que se refere aos pacientes submetidos à cirurgia. Mas ocorre discussão diária durante o atendimento de todos os casos, com os residentes e assistentes responsáveis pelas especialidades, envolvendo também os demais membros da equipe a decidirem qual a melhor conduta terapêutica a ser seguida.

No que se refere à enfermagem, o processo do cuidado ocorre sob a supervisão direta do enfermeiro, visando ao acolhimento, uma assistência de qualidade, promovendo conforto, bem-estar e a integridade do cuidado desses pacientes. Nesse serviço, o horário de funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 7 às 16 horas, com agendamento do dia e horário para as respectivas agendas nas especialidades oferecidas; o retorno pode ser diário, se necessário, ou de acordo com o plano terapêutico previsto para cada caso.

Em busca da melhoria na qualidade da assistência e do ensino, são programadas reuniões semanais, das quais participam médicos, enfermeiro e alunos dos cursos de Graduação da Famema, fisioterapeuta e serviço social, discutindo a prática pedagógica, os problemas do serviço e os relacionados à residência médica.

O serviço visa prestar assistência conforme preconizam os princípios do SUS, no que se refere à integralidade do cuidado e acesso a ele, marcando retornos aos pacientes mesmo quando os agendamentos se encontram esgotados, criando estratégias extras de encaixe, remarcando novas datas quando os pacientes abandonam o tratamento ou não comparecem no dia e horários agendados. Há também um sério problema com o número de vagas para os novos casos, pois a demanda é muito além da oferta, mas, mesmo com toda essa problemática, as pessoas que procuram o serviço são acolhidas,

---

avaliadas e direcionadas a procurar outras formas de acesso, ou, em casos mais críticos, são orientadas a buscar o serviço de urgência da ortopedia do complexo hospitalar.

Diante disso, busca-se constantemente a organização do processo de trabalho, envolvendo os profissionais e as respectivas chefias, com apoio dos gestores institucionais, objetivando a melhoria na assistência.

#### **4.2. População do estudo**

Foi realizado um levantamento dos usuários que se submeteram a ATPQ por doenças osteoarticulares do quadril e fraturas do colo do fêmur, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2008 no Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Famema, e que estiveram e/ou estão em acompanhamento no ambulatório, perfazendo um total de 45 (n=45) pessoas. Justifica-se esse período porque a localização de pacientes em anos anteriores foi prejudicada pela mudança de endereço, telefone de contato, e por não estarem mais em acompanhamento nesse serviço.

Participaram do estudo 36 pacientes, uma vez que houve cinco óbitos, uma recusa, uma transferência para outro serviço de trauma, um paciente não localizado mesmo após varias tentativas e uma entrevista descartada, pois no momento da visita domiciliar identificou-se que o paciente teve acidente vascular encefálico, tornando-se afásico, o que impossibilitou suas respostas durante a entrevista.

A população do estudo, então, compreende 20 pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Todos os homens foram submetidos à cirurgia devido ao diagnóstico de doenças osteoarticulares do quadril, nove mulheres por doenças osteoarticulares do quadril e outras sete por fratura de colo do fêmur.

---

Levantaram-se dados sociodemográficos para os 36 pacientes por meio de pesquisa em prontuários, utilizando as informações do pedido de internação (anexo C). Algumas dificuldades ocorreram como dados incompletos ou falhos, o que demandou um contato telefônico pela própria pesquisadora, explicando o motivo da pesquisa, e solicitando a complementaridade das informações, tais como escolaridade, renda pessoal, estado civil e número de pessoas que residiam na casa.

Os dados qualitativos foram obtidos por meio de amostra intencional conforme descreve Fontanela, Ricas e Turato (2008), pois a relevância dos dados não está em números, mas sim na qualidade das informações; portanto, as entrevistas realizaram-se até que houvesse saturação dos dados e as informações se tornassem repetitivas, totalizando 14 pessoas.

Ressalta-se que, embora não faça parte da população do estudo, a sobrinha de uma das entrevistadas, que era a cuidadora, citou um relato evidenciando aspectos que contribuem para reforçar a necessidade do treinamento do cuidador.

### **4.3. Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados está organizado em duas partes, sendo a primeira com levantamento de dados sociodemográficos, identificando as seguintes variáveis: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, número de pessoas na casa e renda pessoal.

A segunda parte constou de um roteiro para entrevista semi-estruturada, cujas questões norteadoras se referiam aos fatores vivenciados após a alta hospitalar, abordando os cuidados domiciliares, o processo de recuperação e a dinâmica vivenciada na vida pessoal, familiar e social, os quais podem interferir nas condições de vida do paciente submetido à intervenção cirúrgica.

---

A construção do questionário deu-se após leituras de vários periódicos, relatando a linha de cuidado em vários serviços, rede de atenção à saúde e outros, levantados nas bases de dados Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (*Lilacs*) e Scientific Eletronic Library Online (*Scielo*), em que se buscaram subsídios das condições de melhor entendimento das dificuldades apresentadas por essa clientela e embasamento para a elaboração do questionário. Nessa etapa, consideraram-se também a vivência profissional, orientações realizadas e as características da população atendida.

Foi aplicado um pré-teste com o roteiro elaborado para identificar as possíveis readequações do instrumento de coleta de dados, o que proporcionou algumas alterações, possibilitando atender ao objetivo proposto, sendo também encaminhado a outros profissionais enfermeiros para que opinassem sobre sua relevância.

#### **4.4. Procedimentos da coleta de dados**

Para a primeira etapa foi solicitado ao Núcleo Técnico de Informática (NTI), um levantamento de todos os usuários que se submeteram à artroplastia total primária do quadril no serviço de ortopedia da Famema, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2008. Dentre as dificuldades nessa fase, encontrou-se que, muitas vezes, o Código Internacional das Doenças (CID) não estava colocado corretamente, aparecendo no levantamento outras cirurgias, como artroplastia parcial do quadril e as revisões de prótese do quadril.

Diante disso, fez-se uma pesquisa manual no livro de controle de materiais consignados de órteses e próteses, no qual consta o nome completo do usuário, número do registro do prontuário, data da cirurgia, o material consignado utilizado e o código de procedimento da tabela SUS para faturamento, confirmando realmente os indivíduos da pesquisa. Excluíram-se os

---

que utilizaram outros tipos de sínteses, tais como artroplastia parcial do quadril e placas de fêmur, o que foi possível porque o controle desses materiais ocorria no ambulatório.

Os pacientes que fizeram parte deste trabalho foram os usuários do SUS, uma vez que o ambulatório de ortopedia faz parte do complexo Famema, o qual tem como responsabilidade o atendimento a esses pacientes, por se tratar de uma instituição cadastrada para esse fim.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, em sua maior parte no próprio local de trabalho, em horário de atendimento dos pacientes sem, no entanto, causar prejuízos assistenciais aos que não se enquadravam nos critérios de inclusão na pesquisa. Vale ressaltar que alguns pacientes foram procurados em seu domicílio após contato prévio com agendamento de data e horário que mais lhes conviessem, por estarem com agendamento para o retorno em data que não possibilitaria a coleta de dados em tempo hábil.

Para os que tiveram os dados coletados no ambulatório, foi utilizado para a identificação dos pacientes um levantamento prévio no sistema de agendamento hospitalar dos seus retornos ambulatoriais. Após este levantamento, no dia do retorno foi feito contato pessoal pela pesquisadora, solicitando a concordância na participação da pesquisa.

Os que concordaram em dela participar foram levados para uma sala reservada no ambulatório, longe do barulho e movimentos que pudessem interferir. Feita a leitura minuciosa do termo de consentimento livre e esclarecido, explicando-se detalhes, o motivo e objetivo da pesquisa, e que se tratava de uma entrevista semi-estruturada a qual seria áudio-gravada em MP3. Não restando nenhuma dúvida, firmou-se a assinatura e, em seguida, realizou-se a entrevista. Para aquelas realizadas no domicílio, seguiu-se a mesma conduta em relação às orientações e assinatura do termo de consentimento. Mesmo com a presença de analfabetos funcionais na pesquisa, todos conseguiram escrever o próprio nome.

---

As entrevistas tiveram uma duração que variava de 10 a 45 minutos e foram transcritas na íntegra, logo após, pela própria pesquisadora.

#### **4.5 Análises dos dados**

Os dados levantados para caracterização do universo pesquisado em relação aos 36 pacientes, com a descrição das seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, número de pessoas que residem na casa e renda pessoal, foram apresentados em tabelas, seguidos de descrição e análise comparativa com outros estudos.

Para as perguntas abertas utilizou-se a metodologia qualitativa.

Trata-se de um estudo em que foram utilizadas as abordagens da pesquisa qualitativa, as quais são perspectivas complementares quando se pretende a aproximação a uma realidade com a finalidade de conhecê-la (MINAYO; SANCHES, 1993).

A pesquisa qualitativa em saúde teve origem principalmente no campo da antropologia e da sociologia, em decorrência da transição do modelo biomédico para o modelo social, tendo como enfoque a compreensão dos fenômenos, seu significado para cada indivíduo, uma vez que os fenômenos no mundo social e psicológico não podem ser mensurados (GIL; LICHTH; SANTOS, 2006).

Segundo Minayo (2006, p.57) o método qualitativo “aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

A metodologia qualitativa, além de compreender os fenômenos, busca entender o contexto em que ocorrem e simultaneamente, obter subsídios para aprofundar o conhecimento, os quais permitem explicar os comportamentos (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

---

---

O processo de investigação é muito importante, pois busca a objetivação da pesquisa do objeto do estudo, fundamentando-a com teorias, fazendo revisões e reflexões do conhecimento em pauta, criando conceitos e categorias, utilizando técnicas para análise do material coletado e contextualização dos dados (MINAYO, 2006).

O tamanho amostral, na pesquisa qualitativa, quando se trabalha com amostras intencionais, tem pouca relevância, uma vez que a significância dos dados nos remete à qualidade das informações e não à quantidade, ressaltando que o momento ideal para interromper as entrevistas deve ocorrer quando houver a saturação das informações, ou seja, quando os dados começarem a ser tornar repetitivos. Apesar da pouca relevância no tamanho da amostra, é necessário o estabelecimento desse número, para evitar problemas futuros com a metodologia (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os dados qualitativos serão submetidos à técnica de análise de conteúdo que Bardin (2003, p. 42 ) conceitua como:

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.*

Foi utilizada a análise temática das unidades de significação identificadas e que conformam uma comunicação (BARDIN, 2003). Utilizando essa técnica, pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

Utilizamos as seguintes etapas para análise do conteúdo da nossa pesquisa: Pré-análise, Exploração do Material, Tratamento dos resultados/inferências/interpretação, de acordo com (BARDIN, 2003).

Na primeira etapa, a pré-análise, após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material coletado, envolvendo-

---

se com as falas dos sujeitos, ultrapassando as barreiras do imaginário e, após a organização do material, verificando se respondiam ao objetivo da pesquisa, fazendo-se a interpretação, escolhendo-se as formas das categorias e os conceitos teóricos para análise.

Na segunda etapa, explorou-se o material, realizando-se a codificação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto, criando as unidades de registro com recorte das entrevistas de acordo com as falas de maior significância no material coletado. As unidades de registros foram codificadas primeiramente com letra E, seguidas de um numeral que indica a sequência dos pacientes entrevistados e, posteriormente, o número que se refere à categoria agrupada, seguida do sexo e idade. Ex<sub>1</sub>: E 3 1 F.54: *“tive muito medo de perder a minha perna...”*, Ex<sub>2</sub>: E.6.1F.76: *“Eu tive muito medo de dar rejeição...”*, Ex<sub>3</sub>: E 9.1F.66: *“tenho muito medo de cair de novo...”*; nesta lógica, no exemplo número um, refere-se ao terceiro paciente entrevistado e esta unidade de registro foi agrupada na categoria 01, sexo feminino, com 54 anos de idade; exemplo número dois, refere-se ao sexto paciente entrevistado e esta unidade de registro foi agrupada na categoria 1, sexo feminino, com 76 anos de idade; e o exemplo número três ao nono paciente entrevistado, e esta unidade de registro foi agrupada na categoria 1, sexo feminino e 66 anos de idade, conseqüentemente, classificando e escolhendo as categorias teóricas de significância.

Nessa etapa, estabeleceram-se as categorias que têm como objetivo fornecer por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos para o tema pesquisado. Essa categorização é uma operação de classificação dos elementos que constituem o conjunto, realizado por diferenciação e reagrupamento, segundo gênero, com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2003). A categorização do material foi realizada a partir dos dados analisados. Assim sendo, emergiu do agrupamento do material codificado, nesse caso, a categoria número um *“medo de perder a perna, ter rejeição e sofrer novas quedas”*.

---

Por essa lógica, deu-se a construção das demais categorias:- Categoria número dois, “ Dependência para o cuidado”; categoria número três, “Sentimento de bem-estar após a cirurgia” e a quarta categoria, “Alterações na vida social”.

Em sequência, na terceira etapa, propôs-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação a partir de inferências previstas no quadro teórico, ou abrindo-se outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas na leitura do material.

Após serem analisados, os resultados obtidos mostraram sua significância, e ao finalizar os procedimentos propostos pelo referencial metodológico utilizado, identificamos dois grandes temas: **I - Compreendendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram à ATPQ em relação ao medo e à dependência para o cuidado II – Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram à ATPQ em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e alterações na vida social.**

#### **4.6. Aspectos éticos**

Para efetivação do estudo, a pesquisa foi encaminhada ao Diretor Clínico do Hospital das Clínicas I e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sendo aprovada pelo comitê em Reunião Ordinária no dia 25/08/2008, com número de aprovação 431/08.

---

## *5. Apresentação dos Resultados*



## 5.1 Caracterização sociodemográfica.

Para as caracterizações sociodemográficas, optamos por apresentar tabelas demonstrativas desses aspectos para melhor visualização da população estudada.

**Tabela 1-** Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo faixa etária e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008

Faixa etária	Masculino (55,6%)		Feminino (44,4%)		Total	
	N	%	N	%	N	%
40 a 49 anos	2	10,0	1	6,3	3	8,3
50 a 59 anos	6	30,0	3	18,7	9	25,0
60 a 69 anos	8	40,0	3	18,7	11	30,6
70 a 79 anos	4	20,0	8	50,0	12	33,3
80 anos ou mais	0	0,0	1	6,3	1	2,8
<b>Total</b>	20	100,0	16	100,0	36	100,0

Conforme se verifica, os pacientes com 60 anos e mais compõem a maioria dos entrevistados (66,7%), mas chama-nos a atenção que 25,0% têm entre 50 e 59 anos e 8,3% entre 40 e 49 anos, faixas etárias para as quais o procedimento é mais reservado.

A distribuição por sexo mostrou um maior percentual de homens (55,6%) sobre as mulheres (44,4%); no entanto, em relação às faixas etárias mais elevadas, 50% das mulheres têm entre 70 e 79 anos, enquanto entre os homens, 40% têm entre 60 a 69 anos.

Rabelo et al. (2008) fazem inferências de que a artroplastia total de quadril ainda poderá ser um excelente método para o tratamento, com alívio da dor e melhora da capacidade funcional, para indivíduos com doenças degenerativas da articulação coxofemoral. Apesar da restrição para pessoas com mais idade, por apresentarem a capacidade funcional reduzida, diante da

evolução tecnológica dos materiais e dos procedimentos cirúrgicos, amplia-se o universo para indivíduos mais jovens que podem se beneficiar com tal cirurgia.

Harkess (2006) salienta que, quando essa cirurgia está indicada para indivíduos mais jovens e produtivos, cujo trabalho demanda força física mais intensa, ainda no pré-operatório deve-se discutir a possibilidade de readaptação das funções desses pacientes visto que, e ao recuperar-se, eles poderão retornar ao trabalho, em atividades que não exijam grandes esforços físicos.

Teixeira e Guimarães (2006) afirmam que um indivíduo em idade produtiva, quando acometido por alguma deficiência ou limitação que venha comprometer a sua capacidade funcional, independente de contribuição à seguridade social, é seu direito participar de processo de reabilitação e, conseqüentemente, da promoção de sua integração na vida social. Diante disso, indivíduos que se submeteram à ATPQ ainda em fase produtiva e mais jovem, demandam ações sociais que possam reabilitá-los para o mercado de trabalho, proporcionando-lhes o resgate da vida, oportunizando o acesso e gerenciamento da própria sobrevivência.

Quanto à etiopatogenia das doenças osteoarticulares degenerativas, a literatura assinala que, em relação ao sexo, os homens são mais acometidos da doença no quadril, enquanto que as mulheres são mais afetadas em mãos, joelhos e pés, podendo-se justificar essas alterações por doenças na infância, atividades físicas, alterações hormonais e fatores nutricionais. A maior incidência das doenças no quadril é aumentada de duas a oito vezes em lavradores devido ao tipo de atividade e longas caminhadas em terrenos irregulares. Também os que praticam esportes que podem apresentar lesões ligamentares, meniscais ou fraturas (SILVA; MONTANDON; CABRAL, 2008).

Neste enfoque, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para as ações educativas e preventivas no que se refere à piora das doenças osteoarticulares, conseguindo adesão ao tratamento, evitando os fatores de risco e utilizando meios que possam melhorar condições de vida do paciente no que se refere à patologia.

---

**Tabela 2-** Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo escolaridade e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008

Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade	1	5,0	2	12,5	3	8,3
Ensino fundamental incompleto	9	45,0	4	25,0	13	36,1
Ensino fundamental completo	8	40,0	7	43,8	15	41,7
Ensino médio incompleto	2	10,0	2	12,5	4	11,1
Ensino médio completo	-	-	-	-	-	-
Ensino superior	0	0	1	6,2	1	2,8
<b>Total</b>	20	100,0	16	100,0	36	100,0

Em relação à escolaridade verificou-se que 41,7% dos pacientes têm o ensino fundamental completo, seguidos por 36,1% com ensino fundamental incompleto e 11,1% com ensino médio incompleto. Tal resultado mostrou que esses pacientes tinham pouca escolaridade formal. Na distribuição por sexo, chamou a atenção que 45% dos homens não concluíram o ensino fundamental para 25,0% das mulheres, e com ensino superior, um único caso do sexo feminino.

Estudos revelam que o tamanho da família pode interferir na escolaridade dos indivíduos que vivem em famílias com maior número de pessoas, por terem a renda familiar diluída, dessa maneira, as oportunidades são reduzidas para o estudo; destacando-se que com a transição demográfica, as jovens atualmente estejam à frente na escolaridade independente do tamanho da família. Isso provavelmente seja explicado porque as famílias estão melhorando o nível de escolaridade, pois, anteriormente, as jovens que eram escolhidas para cuidar dos irmãos menores e os afazeres domésticos, agora vivem a oportunidade de estudarem, estando à frente dos jovens (MARTELETO, 2002).

Na atividade do enfermeiro, o processo de educação dos clientes atendidos é de extrema importância, visto que, normalmente, os pacientes

acometidos de traumas apresentam limitações relacionadas à mobilidade e/ou sensibilidade.

Neste sentido, deve-se acrescentar no processo de trabalho, o ensino, a busca de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação que fazem diferença no processo de recuperação desses pacientes. No entanto, deve-se considerar o grau de escolaridade apresentado como um fator limitante para o entendimento das orientações a serem feitas, bem como a linguagem utilizada, o qual deverá ser apropriada para uma melhor compreensão das informações a serem pedidas, ficando evidente isso conforme fala abaixo:

*“(....) a minha esposa sabe ler, ela me ajudou bastante, eu sei ler muito pouco, misturo as letras, eu não consigo decifrar as coisas, o que é aquilo (....). Mais entendimento seria bom, desde o momento da alta que se desloca pra casa, quem tem um pouco de estudo entende um pouco mais, quem não têm estudo é difícil, eu que não sei quase nada(....) se tiver uma pessoa que tem estudo, tem mais cultura de como estar te orientando, de como fazer, como não fazer, pensa dez vezes antes, isso ajuda muito (.....)” (E. 5. 2.M. 40).*

**Tabela 3-** Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo renda pessoal e sexo. Marília, São Paulo, Brasil, 2008

<b>Renda per capita</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sem rendimento	3	15,0	3	18,6	6	16,7
Até um salário mínimo	10	50,0	10	62,5	20	55,6
De um a dois salários mínimos	5	25,0	1	6,3	6	16,6
De dois a três salários mínimos	2	10,0	1	6,3	3	8,3
De três a quatro salários mínimos	0	0,0	1	6,3	1	2,8
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Quanto à renda pessoal, observa-se que a grande maioria, 55,6% recebe até um salário mínimo, 16,6%, entre um e dois e 16,7 % não recebem rendimentos.

Em relação ao sexo, há prevalência do masculino: 50% recebem um salário mínimo e 25%, de um a dois salários, enquanto as pessoas do sexo

---

feminino, 62,5%, recebem um salário e somente 6,3% têm renda acima de um salário mínimo.

Como se observa, o rendimento pessoal é baixo ou inexistente, o que afeta, em maior ou menor grau, o consumo e demais fatores que determinam as condições de vida como, por exemplo, lazer, transporte, alimentação, acesso à saúde etc... No entanto, foi relatado pelos entrevistados que o fato de viver com familiares leva a um acréscimo financeiro em decorrência da somatória da renda familiar, fato este que auxilia na melhora das condições de vida desses pacientes, principalmente, no que se relaciona à compra de remédios necessários e indispensáveis para o processo de recuperação.

*“Tomei aquelas injeção que dá na barriga, de 12/12 horas, meu filho conseguiu comprar, foi difícil de achar, elas são meio cara (....)”* (E. 9.2. F.66).

*“A heparina nós tivemos que comprar (...) teve bastante dificuldade (...). Teve que ajuntar todo mundo, cada um dar um pouquinho para comprar a heparina (.....) e achar onde comprar”*. (E 11. 2 F 77).

Identificou-se, também, relato de pessoas que deixaram de fazer o uso de medicamentos, principalmente analgésicos, por falta de condições financeiras, pois são chefes de família, recebiam o benefício de um salário mínimo, o que não era suficiente para o sustento familiar, sendo necessário abrir mão do uso das medicações para atender minimamente às necessidades da família, conforme relato a seguir:

*“Já cheguei a passar muita dor por falta de dinheiro, porque o dinheiro lá em casa é os R\$ 415,00. Eu pago R\$ 100, 00 de aluguel, água só pago o mínimo, o que sobra eu faço compra, gasto cinquenta reais de leite por mês, compro o gás. Quando acaba esse dinheiro, eu ou minha esposa vamos nos vicentino. Eles perguntam se está precisando de alimento eles dão uma cesta. Lá em casa são cinco pessoas, na cesta básica vem dois pacotes de arroz, três de feijão, dois litros de óleo, pó de café, farinha de trigo, fubá, farinha de mandioca. Isso dá para uns doze dias. Lá em casa são cinco pessoas, a turma lá em casa come bem (...). Se não tiver, dá até vergonha falar isso a gente passa fome (...).”* (E. 5. 2.M. 40).

Pode-se perceber que os rendimentos apresentados na tabela acima mostram que essa população vive com salário muito abaixo do valor estabelecido pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos

---

Socioeconômicos (DIEESE), comprometendo as condições de reprodução social. No segundo semestre de 2008, o valor do salário mínimo era de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais) e o valor necessário para sobrevivência deveria ser de R\$ 2025,00 (Dois mil e vinte e cinco reais). Sem isso as pessoas não teriam condições de manter sua reprodução social, tendo interferência em suas condições de vida. Mesmo as pessoas que citaram receber até quatro salários mínimos não recebiam o valor necessário para a sua reprodução social (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, [200-?]).

Dessa maneira, Buss (2000) reconhece que a promoção da saúde e a qualidade de vida estão interligadas, pois se sabe que no Brasil a diferença de distribuição de renda, analfabetismo, baixo nível de escolaridade, péssimas condições de moradia e outros fatores interferem nas condições de vida, o que afeta as condições de saúde da população. Sendo assim, faz-se necessário o enfrentamento dos determinantes de saúde em todos os níveis, por meio de políticas públicas saudáveis, mais eficazes e maior articulação intersetorial nas diversas áreas da saúde.

**Tabela 4-** Distribuição das pessoas submetidas à artroplastia total primária de quadril segundo número de pessoas que residem na casa. Marília, São Paulo, Brasil, 2008

Número de pessoas que residem na casa	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moram sozinhos	5	25,0	2	12,5	7	19,4
Duas pessoas	6	30,0	5	31,1	11	30,6
Três pessoas	4	20,0	4	25,0	8	22,2
Quatro pessoas	2	10,0	1	6,3	3	8,3
Cinco pessoas	1	5,0	2	12,5	3	8,3
Seis pessoas	1	5,0	0	0,0	1	2,8
Sete pessoas	1	5,0	1	6,3	2	5,6
Sete ou mais pessoas	0	0,0	1	6,3	1	2,8
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

---

O número de integrantes da família é importante em situação cirúrgica, pois pode interferir no cuidado prestado. Nesse sentido, chamou a atenção, que, embora a maioria pudesse contar com uma ou mais pessoas (até mais de sete) na residência, 19,4% viviam sozinhos, e destes, 25,0% eram homens e 12,5% mulheres, o que levaria à necessidade de providenciar diferentes arranjos após a volta para casa.

Diante do exposto, reforça-se a preocupação relacionada ao processo de recuperação, pois, considerando que após a cirurgia existe o medo de movimentar o membro, a possibilidade da dor, a insegurança da mobilidade física, dentre outros fatores, poderá ser necessária a ajuda de outras pessoas para o auxílio em atividades diárias como higiene pessoal ou outras que requerem força muscular para deambulação, influenciando diretamente no restabelecimento desses indivíduos.

No grupo estudado, as pessoas que residiam sozinhas relataram que, no período pós-operatório, puderam contar com o apoio de familiares, vizinhos ou amigos e que, muitas vezes, sentiam-se incomodados por estarem dependentes de outras pessoas, mesmo quando se tratava de familiares. Apenas uma das entrevistadas que morava sozinha contratou uma cuidadora neste período.

Estudos mostram que há uma tendência de as pessoas constituírem domicílios unipessoais à medida que as condições financeiras melhorem e, morarem sozinhas; surgindo isso como uma opção para preservar a privacidade e a liberdade. Aqueles que possuem melhores condições financeiras, quando acometidos por enfermidades, podem comprar serviços de saúde, facilitando o seu acesso ao cuidado; em contrapartida, as pessoas em condições não tão boas dependem dos familiares (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Consta-se, na fala abaixo, a necessidade de auxílio no cuidado pós-cirúrgico, e as angústias quando se mora só:

*“Fiquei na cama vinte e cinco dias, fiquei só passando um pano, na cama, que minha filha passava, essa parte foi dura, ficava apavorado, ficar em casa sozinho. Mas graças a Deus foi tudo bem, não tive dor (...). Eu trabalhava com construção civil. Depois que fiquei doente, o médico falou que eu não podia mais trabalhar, eu não aguentava andar nos telhados. Eu morei com uma mulher dez anos, aí quando eu fiquei doente e não aguentava mais trabalhar, ela falou, eu acho melhor você ir embora, eu não vou ficar sustentando você não.” (E.14. 2.*

M. 65).

---

Fica claro que o fato de viver sem companhia pode ser até uma opção das pessoas em alguns casos e considera-se isso escolha individual, conforme seus interesses; mas, em outros casos, o fato de viver só, conforme relato acima, pode ser por falta de alternativa. Vale ressaltar que, nesse momento, independente da cirurgia à qual se submeteu, o fato de ter uma pessoa para auxiliar no processo de recuperação se torna de extrema importância, principalmente, quando o processo terapêutico exige ajuda para a recuperação mais breve possível como é o caso da ATPQ.

## **5.2 As categorias e as unidades de significados encontradas**

As unidades de significados emergiram da exploração das entrevistas e recorte das falas, identificando-se e construindo quatro grandes categorias.

Para orientar a análise, organizou-se dois quadros - sínteses, contendo as categorias e as unidades de significados, apresentando-se a seguir a discussão sobre o “medo” e “dependência para cuidado” (Quadro I), seguida pelas categorias “sentimento de bem-estar” e “alteração na vida social” (Quadro II).

---

**Quadro I** - Categorias e unidades de significados a partir das entrevistas com pacientes que foram submetidos à artroplastia total primária do quadril resultando a temática I – Compreendendo sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram à ATPQ em relação ao medo e a dependência para o cuidado.

Corroborar a título de facilidade para compreensão conforme descrito anteriormente, que as unidades de significados emergiram da exploração do material e codificação dos dados brutos, utilizando a compreensão do texto através de recortes e falas de maior significância; e as categorias do material foram realizadas a partir dos dados analisados e emergiu do agrupamento do material codificado que tem como objetivo fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2006).

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
<p><b>CATEGORIA UM:</b>  <b>“Medo de perder a perna, ter rejeição e novas quedas”</b></p>	<p>“ Tive muito medo (.....) tive muito medo de perder a minha perna, não voltar a andar(.....). Medo do que ia ouvir (.....). Menina, aquele dia se eu pudesse desmarcar a cirurgia eu tinha desmarcado, eu chorei. Eu queria ir sem saber de nada, medo das coisas que tinha que ouvir”. (E3.1 F54).</p> <p>“ Eu tive muito medo de dar rejeição (....) eu não dormia de medo de saí, medo, medo, medo da rejeição, daí eu fiquei muito tempo sem dormir; de medo, aí entrei em depressão. Medo de se mexer e sair do lugar. Fiquei com medo do corpo não aceitar a peça”. (E6.1F76).</p> <p>“ Tenho muito medo de cair de novo(...) só vou até o portão (....).Tenho medo, muito medo, se cair outra vez? tenho medo de quebrá de novo.( ... )”. (E 9.1F 66).</p>
<p><b>CATEGORIA DOIS :</b>  <b>“ Dependência para o cuidado”</b></p>	<p>“ Precisei tomar o banho de leito até meu primeiro retorno. Fiquei a mercê de alguém para dar o banho, todo dia(.....). Por sete dias tomei banho na cama (....) e o uso da comadre toda hora, meu Deus do céu, fazer todas as necessidades fisiológicas no leito, não podia ir pro banheiro. Olha que trabalho que eu dei, não podia sentar. Uma semana depois podia sentar e ir para banho de cadeira”. (E 4.2 F 72).</p> <p>“ Dependendo dos outros, essa foi a dor maior que eu sofri, essa foi a minha dor, de depender dos outros (.....) da vergonha, essa foi a dor que eu sofri (.....) eu chorei, por ser uma mulher (enfermeira) que me deu banho. Senti vergonha, eu não aceitava, sou muito envergonhado, a dor maior da operação é depender dos outros para lavar a gente, cuidar, única coisa que me complicou foi isso aí. Meus genros ajudaram, mas eu não queria depender dos outros. A cama judiou (.....)”. (E 8.2 M 63).</p> <p>“ Meu filho conseguiu comprar as injeção, foi difícil de achar, elas são meio cara(.....)”. (E 9.2 F66).</p> <p>“ Heparina nós tivemos que comprar.(...) teve bastante dificuldade (....). Teve que ajuntar todo mundo, cada um dar um pouquinho para comprar a heparina(....) e achar onde comprar”. (E 11. 2 F 77).</p>

### **5.3 Compreendendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes que se submeteram à ATPQ, em relação ao medo e à dependência para o cuidado.**

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) fazem uma reflexão sobre as representações sociais e as experiências vividas no processo de adoecer, salientando que a doença promove uma desorganização na vida das pessoas o que requer uma nova reestruturação e compreensão em toda essa etapa. Nas entrevistas, o medo e a dependência apareceram como os fatores geradores dessas mudanças.

Somando-se a isso, essas pessoas que se submeteram ao procedimento cirúrgico de ATPQ tiveram que vivenciar o processo da hospitalização que, segundo Figuera e Viero (2005), além de interromper as atividades da vida diária, pode ser precedido de sentimentos negativos em relação à perda da autonomia e despersonalização que, às vezes, sofrem no ambiente hospitalar; não importa qual procedimento cirúrgico o paciente vá vivenciar, será acrescido do medo do desconhecido, resultando em um processo doloroso e ameaçador.

Nessa lógica, Martins et al. (2008) descrevem a percepção dos indivíduos hospitalizados, que, quando questionados como gostariam de ser tratados no momento da internação, enfatizam os sentimentos de afetividade, amizade, amor, dedicação e respeito. Cabe à equipe de saúde estar atenta aos sentimentos apresentados pelos pacientes nesta fase, tais como:- as alterações clínicas, psíquicas e sociais, entendendo como cada ser humano reage diante do processo de hospitalização, proporcionando um cuidado humanizado, articulado com a assistência, com a tecnologia e as relações humanas.

Outro aspecto relaciona-se ao momento que precede a cirurgia, quando os pacientes vivem também o temor, com incertezas de diagnósticos, prognósticos, riscos, requerendo das equipes de saúde um olhar individualizado, especialmente da enfermagem, que deve criar um elo de comunicação mais efetivo reduzindo, assim, a ansiedade e atenuando o medo (JUAREZ; GOIS; SAWADA, 2002).

---

Em estudo apresentado por Bachion et al. (2004) para avaliar os sentimentos presentes no período pré-operatório, os autores identificaram o medo em 100% dos pacientes entrevistados. Relataram como fator de piora, nesse momento, a separação de entes queridos, insegurança, tensão, sentirem-se assustados e ameaçados pelos riscos do procedimento cirúrgico.

Portanto, deve-se considerar que a vivência desses sentimentos pode interferir de forma negativa na recuperação, demandando, assim, um olhar mais ampliado dos indivíduos, criando estratégias de cuidado humanizado aos usuários nesse momento.

### **5.3.1 Vivenciando o “medo”.**

Vários são os fatores que interferem no aspecto emocional das pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico, dentre eles, as emoções provocadas pela doença, o procedimento cirúrgico, a possibilidade da limitação, dependência, a ansiedade em deixar os familiares e outros sentimentos.

Dessa maneira, Turk e Burwinkele (2005) fazem uma relação entre a dor e os aspectos emocionais vivenciados pelas pessoas quando adoecem, passando a experimentar sentimentos como raiva, ansiedade, depressão, irritabilidade, medo e outros, porém, a melhora desses sentimentos pode ocorrer quando os indivíduos percebem que as suas atividades e a sua independência podem ser restabelecidas.

Silva e Nakata (2005) discorrem sobre a importância da comunicação efetiva na fase pré-operatória, uma vez que as pessoas nesse momento encontram-se angustiadas com o procedimento cirúrgico, com medo, inseguras, preocupadas, necessitando de suporte emocional. Percebe-se que muitas vezes os pacientes são submetidos ao procedimento cirúrgico com muitas dúvidas, não sabendo exatamente o que lhes será feito, no máximo conhecem a nomenclatura cirúrgica, ou, quando são orientados, isso ocorre de maneira superficial e inadequada, permanecendo muitas fantasias e incertezas.

---

Sendo assim, concorda-se com as autoras. Compete ao profissional enfermeiro estabelecer vínculo com os usuários de maneira efetiva em todo o processo do cuidar, ressaltando que a comunicação é imprescindível para uma assistência com qualidade, reforçando a necessidade da valorização e o respeito com o ser humano. Vale salientar que os indivíduos, quando têm suas dúvidas sobre pré e pós-operatório sanadas, os momentos que antecedem à cirurgia e o pós-cirúrgico possivelmente serão mais amenos e lhes trarão menos sofrimento.

Identificou-se, no presente estudo, a questão do “medo” em vários momentos da vida destes indivíduos, no pré, intra e pós-operatório, o que remete a uma discussão mais ampla sobre o assunto, propondo a criação de protocolos de atendimento de enfermagem para todas as fases de cuidado. Tais protocolos proporcionariam subsídios para cuidado domiciliar de melhor qualidade, amenizando os medos e possíveis complicações vivenciados por este grupo.

Sabe-se que a construção de protocolos não é algo fácil, principalmente considerando que para se construir este caminho, vários desafios teremos que vencer, dentre eles, a possibilidade de reunir a equipe de trabalho para pensar em descrever orientações referentes às necessidades destes pacientes de forma multiprofissional e que atendam às demandas geradas por eles.

Compreende-se também que o sentimento de medo não é avaliado de forma quantitativa, é um sentimento subjetivo, mas que certamente afeta e muito o emocional dos pacientes, e que, necessariamente, deverá ser trabalhado procurando minimizá-lo, podendo, desta forma, oferecer ao doente, independente do momento em que o mesmo se encontra, um conforto emocional na busca de segurança na terapêutica que será ou foi realizada.

No que se refere à preocupação dos enfermeiros relacionada ao medo dos pacientes, independente da terapêutica à qual eles serão submetidos, esse sentimento já foi classificado como um diagnóstico de enfermagem a ser trabalhado pelos enfermeiros e, conforme a North American Nursing Diagnosis

---

---

Association (2008, p. 185) definiu, o “medo” é uma “resposta à ameaça percebida que é constantemente reconhecida como um perigo”, objetivando que o enfermeiro trabalhe a procura de intervenções para auxiliar os pacientes na resolução dos problemas.

O sentimento de medo pode ser amplamente identificado nos relatos dos pacientes quando apontam o “medo” de perder a perna após a cirurgia, ter rejeição e sofrer novas quedas, fatores ameaçadores ao processo de recuperação. Em alguns casos, identificamos que esse sentimento pode ser estimulado por interferências de pessoas de sua convivência, como parentes e vizinhos, seguidos de histórias de procedimentos cirúrgicos mal sucedidos, conforme contou uma das entrevistadas:

*“Inclusive uns dias antes de operar, perto de casa aconteceu um fato, uma meio parente da minha comadre que foi almoçar em casa, ela me perguntou, você vai operar? Falei eu vou, ela disse iii, não vai resolver nada, meu marido operou e não resolveu nada, ele operou e não tá andando. Menina, aquele dia se eu pudesse desmarcar a cirurgia eu tinha desmarcado, mas eu chorei (.....). Nossa, aquele dia acabou pra mim. Hoje eu vejo ela, não gosto dela. Já pensou a minha cirurgia marcada e ela falar isso pra mim? E o marido dela não tá andando mesmo, só de bengala (....)”. (E3.1 F 54).*

Acredita-se, que fazer com que o paciente deixe de ouvir relatos de situações semelhantes às que vai passar, é, de certa forma, impossível, pois o convívio com outras pessoas faz parte da vida. No entanto, se os profissionais atentassem para estas situações talvez pudessem trabalhar com a prevenção, dando orientações adequadas e estimuladoras para que o paciente possa adquirir mais confiança no processo de sua recuperação, o que certamente poderá minimizar o sentimento de medo que permeia toda a fase do pré, trans e pós-cirurgia.

Identificam-se relatos de pacientes que confirmaram este medo, e que precedeu a sua internação, pois durante este período sentiram-se à mercê dos profissionais de saúde, considerando o hospital como um ambiente hostil, ressaltando ainda a necessidade de adaptação a este novo ambiente, seguido das fantasias do “medo de perder a perna” após a cirurgia e não voltar mais a andar.

---

---

*“Porque meu medo era ficar lá no hospital, sexta, sábado e domingo (...). Tive muito medo (.....) tive muito medo de perder a minha perna (.....). Medo de não voltar a andar (...). Eu queria ir sem saber de nada, medo das coisas que tinha que ouvir (E3.1 F 54).*

Considerou-se, por esse relato, o “medo de perder a minha perna”, o quanto esse procedimento cirúrgico causa inquietação e medo a quem o vivencia ou pode vivenciar, temendo as perdas relacionadas ao órgão ou parte dele, e as consequências oriundas de viver o processo e de depender do outro no seu cuidado, apresentando sentimento de infelicidade, insegurança, medo, sofrimento, e, sobretudo, a não-realização de suas atividades do cotidiano, precisando de auxílio. O paciente, então, acaba sendo tomado por um sentimento de incapacidade, inferioridade, baixa de sua auto-estima e preocupação (CHINI; BOEMER, 2007).

No relato dos entrevistados, a presença do medo de perder a perna está relacionada à condenação a uma cadeira de rodas ou muletas para poder se movimentar, à mutilação do membro, e à dependência que passaria a ser fato real em sua vida. Assim, a perda de autonomia estaria presente, comprometendo a liberdade de escolha frente às limitações impostas pelo procedimento, o que demandaria novas estratégias de enfrentamento da vida.

Chini e Boemer (2007) ainda ressaltam a necessidade da interdisciplinaridade dos profissionais da área de saúde, com um olhar multidimensional para os aspectos evidenciados por esses pacientes, ajudando-os a reorganizar a sua vida, traçando planos de cuidados personalizados, em busca da reabilitação, a fim de que seja possível passar todas as etapas de forma mais amena. Portanto, torna-se essencial papel destes profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, estimular a independência e autonomia desses indivíduos, trabalhando em conjunto com seus familiares tendo como meta a melhoria em suas condições de saúde.

Como já relatado anteriormente, o medo, principalmente de perder a perna e ser um eterno dependente de outras pessoas no que se refere à mobilidade e locomoção, perpassa todo o processo de aceitação da cirurgia até

---

---

à recuperação. Assim, concorda-se com Chini e Boemer (2007), quando afirmam a necessidade de a equipe trabalhar no sentido de ter um olhar ampliado, além do ato cirúrgico, e que o enfermeiro tem um papel importante no processo de educação do doente e de sua família, cabendo a ele a escuta ampliada para adquirir informações relevantes a serem consideradas para transpor uma assistência empírica e alienada para uma coerente e justificada na realidade de cada ser humano, considerando o como um ser complexo, que tem expectativas de superação das situações adversas que a vida lhe coloca.

Emergiu também durante a análise dos resultados, nesta categoria **“medo”, o medo da rejeição** no período pós-cirúrgico, conforme o relato:-

*“Eu tive muito medo de dar rejeição (...) eu não dormia de medo de saí, medo, medo, medo da rejeição, daí eu fiquei muito tempo sem dormir; de medo, ai entrei em depressão (...). Medo de se mexer e sair do lugar. Fiquei com medo do corpo não aceitar a peça( ...)”.*

(E 6.1F.76)

*“No começo tinha medo da cirurgia, da rejeição, não sei como é isso, perder a cirurgia (...). Tive medo, porque de rejeitar, dar problema, não aceitar, ficar de cadeira de rodas, o medo era da cadeira de rodas (.....)”* (E 7.1M 53)

O medo da rejeição relatado pelos pacientes nesta pesquisa está relacionado ao processo de infecção de que pode ser acometido após a ATPQ, complicação cirúrgica desastrosa que pode retardar a recuperação, deixar sequelas, causando a dependência de outras pessoas em seus cuidados por longo período, ou definitivamente.

Segundo Brasil (2000, p.17), a infecção pode ser definida como “qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”

A infecção na artroplastia de quadril é considerada catastrófica, pois pode demandar novas cirurgias, aumento na taxa de mortalidade; ressaltando ainda que essas infecções sejam de difícil tratamento, e podem estar associadas a alguns fatores como diabetes, uso de drogas imunossupressoras e períodos de internações prolongados. (HARKESS, 2006).

---

---

Segue o relato das dificuldades vivenciadas por uma paciente que teve um quadro de infecção após o procedimento cirúrgico, o qual demandou várias cirurgias na tentativa de controlar esse processo infeccioso, o que gerou alterações nas suas condições de vida, piora na sua dependência para o cuidado, restrição na deambulação, várias internações, alterações emocionais e interferências na sua qualidade de vida.

*“A primeira cirurgia infectou, deu infecção na prótese, teve que voltar no hospital fazer a segunda cirurgia e limpar, depois pegou outra bactéria teve que fazer a terceira cirurgia e quarta cirurgia, na quinta cirurgia foi colocado o espaçador. Hoje só fico na cadeira de rodas, fico nervosa, porque quero trabalhar e não posso. Sinto muito desanimada, desanimada. Muito desânimo, tenho vontade de fazer as coisas e não posso, quero colocar o pé no chão, só isso que eu queria. Eu já conversei com os médicos ainda não posso colocar o pé no chão por enquanto (...).” (E 11. 2. F. 77).*

Para adquirir um processo infeccioso, vários fatores podem ocorrer, dentre eles, a deficiência no processo de assistência no pós-operatório no que se relaciona à inadequação da habilidade da execução do curativo, administração de medicamentos em horários corretos, higiene, e outros, que estão ligados diretamente à assistência de enfermagem. Neste sentido, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de, além de prescrever as intervenções de enfermagem, manter supervisão constante de sua equipe a fim de identificar lacunas e promover treinamentos teóricos e práticos para evitar complicações ao paciente, independente da causa que gerou a necessidade de internação, mesmo considerando que, muitas vezes, a causa da infecção não necessariamente está ligada à habilidade de profissionais.

Ainda não devemos deixar de considerar, como já relatado anteriormente, a educação do paciente e sua família, a qual certamente irá dar sequência no processo de recuperação do doente. Não devemos esquecer-nos de incluir no protocolo de orientação os fatores geradores de infecção e outras complicações que poderão advir com a deficiência no processo da assistência ao paciente.

---

Outro sentimento presente se refere ao “medo de novas quedas” e está relacionado àquelas pessoas que foram levadas à cirurgia pela fratura de ossos do colo do fêmur conforme relatos que serão descritos.

A queda representa um sério problema de saúde para o idoso, podendo estar relacionada a vários fatores intrínsecos e extrínsecos; sabe-se que a maior parte dos idosos que sofreram quedas são acometidos de lesões de partes moles e fraturas, levando a uma restrição ao leito por períodos prolongados, ou até mesmo vir seguido de sequelas e incapacidades (BRASIL, 2007).

Conforme Brasil (2007, p. 67)

*Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano, tendo um aumento de 40% entre idosos com 80 anos ou mais. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e, desses, apenas metade sobrevive após um ano.*

Atentamos aos relatos de pacientes que sofreram queda e tornaram-se dependentes para os cuidados básicos da vida diária por um período de tempo em sua vida, mas ainda vivenciam a insegurança para realizar suas atividades na vida cotidiana por medo de novas quedas:

*“Eu operei porque eu caí de noite, fui no banheiro, eu fui levantar caí no quarto, eram quatro horas da manhã, acho que foi o chinelo, fui me arrastando, e caí. Fui ao médico ele falou que tinha quebrado, aí eu operei, vim pra casa e não fiz mais nada, arrumei uma pessoa para tomar conta de mim e da casa. Aí eu não fiz mais nada, eu fiquei na cama não podia nem virar. Eu também não ia poder fazer nada mesmo (...). A minha filha dava banho na cama, depois fui no banheiro, o curativo só fazia no hospital. As filhas que cuidaram de mim e tinha uma pessoa que ajudou, ainda tenho (...). As necessidades fazia na cama, a mulher me limpava, passava um pano, eu ainda uso fraldas de noite. Eu ficava deitada quase o dia inteiro (...). Tô como Deus qué (...) mas tenho medo de cair outra vez. Antes eu fazia tudo, fazia comida pra todo mundo, limpava a casa (...). E agora, eu não faço nada, ando só segurando (...). Eu tenho medo de cair novamente”. (E. 12. 1. F. 76).*

*“Eu fui no banheiro tinha uma água no chão, pisei, aí escorreguei e caí, fui para o hospital, lá fui internada, e operei. Caí no dia 03/12/07, e fui operada no dia 10/12/07, não via a hora de operar pra tirar aquelas tiras das minhas pernas amarradas (tração). Eu gostaria de ter orientações para evitar cair, se tivesse não tinha caído, e o que eu preciso fazer agora para ir nos lugar sozinha? perder o medo? (...) tenho muito medo de cair de novo, só vou até o portão (...). Tenho medo, muito medo. Se cair outra vez? (...) tenho medo de quebrar de novo”. (E. 9.1F 66).*

---

*“ O meu neto, com ciúmes da minha nora, me empurrou, e eu caí, caí em cima da perna de lado e quebrou, estava na cozinha, logo ali. Caí na quinta feira e fui operada na segunda, foi rápida a cirurgia. Eu voltei a fazer tudo que fazia antes em casa, lavo louça, passo, não deixei de fazer nada. Mas ainda tenho muito medo de cair novamente, medo de novas quedas (...).” (E 10. 1 F 64).*

Podemos identificar que a queda é um acidente muito frequente entre os idosos, e alguns fatores no ambiente doméstico podem piorar estes riscos, tais como pelos relatos citados, pisos molhados e escorregadios, calçados inadequados, e outros, como a falta de iluminação adequada, ausência de corrimão em escadas e banheiros, etc. Desse modo, essas pessoas que sofreram quedas, tiveram a sua mobilidade física prejudicada, alterações na sua capacidade funcional, o que acarretou dependência para o cuidado, comprometimento da sua autonomia e da independência, gerando sentimento de medo de novas quedas.

Sendo assim, com o objetivo de melhorar o atendimento prestado e a qualidade do cuidado, no que se refere ao “risco de queda”, conforme a North American Nursing Diagnosis Association (2008, p. 239) já classificou este diagnóstico de enfermagem a ser trabalhado pelos enfermeiros e o definiu como “susceptibilidade aumentada para as quedas que podem causar dano físico”, o enfermeiro deve dar orientações básicas de cuidados para prevenção desses riscos, principalmente em domicílio, e, dessa maneira, prevenir agravos nesta população, reduzindo o índice de novos acidentes e o medo de quem já viveu essas situações e foram hospitalizadas para o procedimento cirúrgico. Conforme relata a paciente acima, “(...) eu gostaria de orientações para evitar cair, se tivesse, não tinha caído (...)”. (E91F66).

Sabemos que o enfermeiro, enquanto profissional da saúde, possui papel de extrema importância na educação e nas orientações dos cuidados prestados para esta população específica no que se refere a evitar pisos molhados e escorregadios, substituindo por pisos antiderrapantes, uso de calçados seguros e adequados, evitar o uso de roupas muito longas, no banheiro, evitar vasos sanitários muito baixos e manter barra de apoio, escadas sempre com corrimão, retirar tapetes soltos pela casa, cuidados com degraus, evitar desníveis dentro

---

da casa entre os cômodos e no quintal, manter os objetos de uso pessoal ao seu alcance, evitar presença de móveis que possam obstruir o caminho, ajuste em horários de medicações principalmente os diuréticos, evitando que essas pessoas levantem com frequência a noite para irem ao banheiro, e outras medidas. Sendo assim, faz-se necessário as readaptações no ambiente e na vida dessas pessoas para minimizar os riscos de quedas, promovendo, assim, ações e um ambiente mais seguro (VONO, 2007).

Somando-se a isso, conforme citam Hamra, Ribeiro e Miguel (2007), muitos idosos aumentam estes riscos de queda quando fazem uso de algum tipo de medicamento de forma crônica, que, associado com os fatores relacionados à idade, aumenta o risco de sofrer esse dano, ocasionando a perda da sua autonomia e a piora da sua qualidade de vida. Diante disso, os familiares devem estar ainda mais atentos para medidas de prevenção desses acidentes domiciliares.

Vale a pena ressaltar que o enfermeiro também deve orientar e encorajar esta população a participar dos programas de prevenção das doenças e promoção da saúde, tais como alimentação saudável, prática corporal, atividade física que lhe é assegurada pela PNSI, que visa a um envelhecimento saudável, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dessa população e a promoção de hábitos saudáveis de vida.

Compete ainda ao enfermeiro, na gerontologia, a avaliação e compreensão dos aspectos físicos, emocionais e sociais do idoso, tendo como meta o acolhimento e a humanização no cuidado, assegurando uma assistência de enfermagem integral ao idoso, família e comunidade, desenvolvendo ações educativas nos níveis primários, secundários e terciários de atenção à saúde do idoso com ações voltadas para a longevidade e qualidade de vida, ressaltando a independência, autonomia e melhoria no estilo de vida (VONO, 2007).

Dessa maneira, concordamos com os autores Fabrício e Rodrigues (2006), quando dissertam sobre as alterações vividas pelos idosos em suas atividades da vida diária, após quedas, acarretando maior dependência no seu

---

cuidado, aumento das dificuldades em realizar as tarefas de sua vida cotidiana, com redução da autonomia, causando diminuição da autoconfiança e medo de novas quedas. Nas entrevistas pudemos confirmar esse medo, visto que essas pessoas acabam se limitando a ficar somente no seu ambiente domiciliar, ainda mantêm o uso da bengala como fator de proteção para novas quedas, deixam seus afazeres domésticos e vivem temendo os riscos de novas quedas.

Outro fator agravante é que os idosos apresentam risco aumentado de fraturas associadas à osteoporose. No Brasil se desconhece a real incidência de fraturas de fêmur proximal por osteoporose, mas sabe-se que as pessoas acometidas dessa patologia seguida de fraturas apresentam comprometimento na capacidade funcional, o que piora o seu grau de dependência, tendo elevado nível de mortalidade, principalmente quando apresentam outras comorbidades (FORTES et al., 2008).

Segundo Brasil (2007, p. 59)

*Em nosso país, sabe-se que a cada três pessoas acometidas de osteoporose somente uma faz o diagnóstico e, a cada cinco, somente uma faz algum tipo de tratamento, o que acarreta aproximadamente 100 mil fraturas de quadril ao ano. Tendo cerca de 10 milhões de brasileiros que sofrem com osteoporose, faz-se previsão de que 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano; e, desta estatística, 200 mil morrerão, tendo fraturas como causa direta.*

Estudos mostram que a maioria das fraturas nos idosos pode estar relacionada à osteoporose, acometendo com maior significância os ossos do quadril. É considerada uma das mais graves enfermidades, visto que, em média, 24% dos pacientes com essas fraturas têm mais de 50 anos de idade, e morrem dentro de um ano. Salienta-se ainda que a grande maioria se torna dependente de cuidados específicos por um longo período, e apenas um terço recupera completamente a sua independência comparada anteriormente à fratura (GALI, 2001). Fica claro neste depoimento o mecanismo de trauma dessa pessoa, conforme fala:

---

---

*“Tava de pé e caí, tava pegando comida na cozinha, devo ter batido na mesa! Não sei! Caí um tombo dentro da cozinha, menina (...) caí, e quebrou o fêmur, deu perda total da bacia, colocou tração (.....). Antes eu fazia todo o serviço da casa, limpava, arrumava, cozinhava, dia de domingo ia todos os netos, filhos, sobrinhos, eu fazia comida prá todos, agora fico nervosa porque mal consigo servir os filhos agora, como eu servia antes (.....) não faço mais nada, nem tem como fazer, hoje só fico na cadeira de rodas (.....). ” (E. 11. 2. F. 77).*

No relato destacado podemos perceber que a paciente não sabe como foi o seu mecanismo de trauma, o que nos leva a discutir que a grande maioria das pessoas atribui a queda como o motivo que levou à fratura, e não relaciona a fratura com a fragilidade óssea. Muitas discussões ocorrem essas pessoas caem e fraturam ou fraturam porque caem? Diante disso, fica a dúvida: em que momento ocorreu a fratura antes ou após a queda?

A queda pode ser um fator negativo que influencia na recuperação do idoso, devido às suas complicações, comprometendo a sua capacidade funcional, levando a um aumento na dependência, e passando a experimentar sentimentos negativos, tais como a baixa da autoestima na imagem corporal e aparência (RIBEIRO et al., 2008).

Pode-se confirmar isso com o relato da paciente em que a queda comprometeu a sua qualidade de vida, seus afazeres domésticos, tornou-a dependente de outros para seu cuidado, levando a vivenciar a impotência para cuidar da família, atividade que sempre desenvolveu, gerando sentimentos de incapacidade, baixa da sua autoestima e limitação funcional.

Sendo a queda um fator complicante para os idosos, e que pode levar a uma intervenção cirúrgica devido ao trauma, inclusive a de colo de fêmur com indicação de ATPQ, Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) apontam para as políticas públicas de saúde dos idosos, as quais requerem o treinamento de pessoas tendo como meta a redução e programas de prevenção à queda do idoso, com a participação dos familiares.

Nesse contexto, deve-se refletir sobre a necessidade de uma melhor organização no plano de cuidado em nível ambulatorial e hospitalar, no atendimento específico dos pacientes de ATPQ, pensando-se em estratégias para amenizar tais problemas.

---

### **5.3.2 Vivenciando a dependência para o cuidado.**

A dependência das pessoas tem causado preocupações na área de saúde pública no Brasil, tendo em vista o crescimento populacional, a ausência de estratégias nas políticas públicas de saúde, a falta de subsídios financeiros, não existência de uma rede de apoio específica com profissionais da área de saúde para atender aos pacientes e familiares que requerem o cuidado domiciliar devido à dependência causada pelos múltiplos fatores e as doenças crônicas a que a idade predispõe ( KARSCH, 2003).

Sendo assim, abordaremos os aspectos relacionados à dependência para o cuidado, vivenciada pelas pessoas que se submetem à ATPQ no que se refere à dependência e residirem sozinhos, sentimentos vivenciados por estarem dependentes para o cuidado, as dificuldades apontadas pelo despreparo dos cuidadores e a falta de suporte do sistema de saúde para o cuidado domiciliar.

Dessa maneira, entende-se o conceito de dependência como “a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação” levando à conotação de desamparo e de impotência (PAVARINI; NERI, 2006, p. 63).

Outro conceito que vale discutir é o de incapacidade que, segundo Pereira e Gomes (2007, p. 19), é entendida como “restrição ou perda da habilidade em consequência dos distúrbios do ponto de vista funcional e da atividade do indivíduo”, podendo envolver uma variedade de fatores, tais como a incapacidade em deambular, redução da capacidade de aprendizagem, alterações de esfíncter e alterações na capacidade de vestir-se.

Na presença da incapacidade e dependência, aqueles que vivem só precisam do auxílio de um cuidador; vivem a angústia de não poderem contar com os familiares, ficam à mercê da ajuda de vizinhos ou outras pessoas da comunidade e, quando têm a presença de familiares muito pobres que não podem realizar ou contribuir com auxílio no cuidado, avolumam-se os problemas (CALDAS, 2003).

---

A **Dependência para o cuidado** é então, outra categoria que surge como demanda no relato dos pacientes submetidos à ATPQ a ser estudada nessa pesquisa. Esta dependência foi apontada nos relatos como cuidados básicos de higiene (banho, necessidades fisiológicas no leito), dificuldade para movimentar-se, necessidade de ajuda para deambular, dificuldades de acesso e de administração da medicação, o que acaba dando a forte impressão de que a preocupação primordial verbalizada por eles está na possibilidade de ficarem incapazes de exercer atividades rotineiras e necessárias que, anteriormente ao processo cirúrgico e em condições normais de vida, eram executadas sem a necessidade de interferência de terceiros.

Na fala de pessoas deste estudo que moram sozinhas, podemos identificar os sentimentos vivenciados por eles:

*“Foi a minha vizinha que cuidava de mim (....) dependia dos outros pra trazer. Foi tudo à base de ajuda, no começo que era mais difícil, na cama não podia levantar (...). Meus parentes moram tudo longe, moram no Paraná. Antes de operar, a vizinha ligou pra eles, pra avisá que eu ia operar, eles vieram(...). São muito pobre, não tem condições(...). Tem hora que dá uma tristeza na gente, sente sozinho, olha pra lá tudo vazio, tá sozinho (...).” (E 2.2 M 64).*

*“Minha filha, ela ia todo dia lá, ela trabalha; de manhã ela ia ver como eu tava, levava o café, o almoço deixava em uma marmitta térmica, na cabeceira da minha cama, de tarde ela voltava me ver, deixava tudo perto só pra mexer o corpo (....). Isso foi difícil, duro! Minha filha falou que ia me ajudar, eu precisava, não tinha jeito(...). Em relação ao xixi eu tinha uma garrafa perto da cama, pra fazer as outras necessidades eu tomei um remédio pra prender o intestino, fiquei 20 dias sem fazer cocô (...). Essa parte foi dura (...) ficava apavorado, ficar em casa sozinho (...).” (E 14.2 M 65).*

Pode-se perceber, que as pessoas que moravam sozinhas e tiveram que passar pelo processo de convalescência do pós-operatório em seu domicílio apresentaram sentimentos de insegurança relacionados à assistência, solidão, fragilidade em caso de necessitar de ajuda ou passar mal e não poder contar com o auxílio imediato de alguém por perto. Nesse caso, a pessoa lançou mão de reprimir até as necessidades fisiológicas (como no caso de ir ao banheiro) e até mesmo não poder tomar os medicamentos por limitação na movimentação. Fica evidente que com a orientação isso podia ser evitado.

---

Acredita-se, portanto, que se faz necessário, para esses pacientes submetidos à cirurgia, um plano de orientação para os cuidados de forma intensiva, em que a alta hospitalar pudesse estar vinculada à educação de um cuidador que tivesse condições físicas e emocionais de desempenhar as funções a serem aprendidas.

Ainda no que se refere à dependência para o cuidado neste trabalho, podemos identificar falas de pessoas que, ao vivenciar a experiência cirúrgica, trazem implícita a necessidade da autonomia:

*“Precisei tomar banho de leito até o meu primeiro retorno (...). Por sete dias tomei banho na cama (...) fiquei à mercê de alguém para dar banho, todo dia (...) o uso da comadre toda hora. Meu Deus do céu, fazer todas as necessidades fisiológicas no leito (...) é uma dureza ser dependente da atenção, fica sensível, qualquer coisa magoa ou qualquer coisa te agrada (...).”* (E 4.2 F 72).

*“Minha neta dava banho em mim, na cama (...) fiquei 56 dias na cama com aparelho na perna (...) aí eu fiquei 56 dias na cama, daí parei quetinha na cama (...).”* (E 6.2 F 76)

*“Depender dos outros essa foi a dor maior que eu sofri, essa foi a minha dor, de depender dos outros, da vergonha, essa foi a dor que eu sofri (...) eu chorei (...) por ser uma mulher (enfermeira) que me deu banho, senti vergonha, eu não aceitava, sou muito envergonhado. A dor maior da operação é depender dos outros para lavar a gente, cuidar, a única coisa que me complicou foi isso aí. Meus genros ajudaram, mas eu não queria depender dos outros (...). A cama judiou (...).”* (E 8.2 M 63).

Percebe-se nos relatos a angústia das pessoas que se submeteram à cirurgia, e, por um período, encontraram-se dependentes de outros para seus cuidados básicos de higiene, auxílio para o uso de comadres e papagaio, banho no leito, o incômodo de ter sido cuidado por profissionais da enfermagem do sexo oposto, tudo isso gerou sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e vergonha. Somando-se a isso, encontrava-se condicionado ao leito, vivenciando a incapacidade imposta pelo procedimento, não tendo a opção de ir ao banheiro, comprometendo a sua autonomia e independência em relação ao cuidado.

---

Sabe-se que a partir do momento em que as pessoas se tornam dependentes, demandam da disponibilidade de alguém para delas cuidar. Na maioria das vezes, são pessoas da própria família, o que, mesmo assim, gerou incômodo e vergonha para quem vivenciou esse processo. Face a isso, se faz necessário que o profissional enfermeiro também esteja atento aos sentimentos vivenciados por essas pessoas dependentes, podendo intervir com ações de orientação que possam melhorar este processo frente à doença, tais como evitar a longa permanência no leito; orientando quanto à possibilidade do uso da cadeira própria para banho de aspersão em chuveiro e fazer as necessidades fisiológicas no banheiro, sentar em cadeiras de descanso, deambular com apoio de andadores ou muletas, o que traria melhoras, na autoestima, na qualidade de vida, no cuidado prestado e mais autonomia em sua vida.

Identifica-se não são apenas as incapacidades que geram a dependência, mas o acúmulo das incapacidades que piora o grau de dependência dessas pessoas, o fato de, permanecer acamada por cinquenta e seis dias, não se mexer, ficar “quietinha” no leito é um exemplo. Os profissionais de saúde não levaram em consideração que ficar acamado é mais um fator de risco em relação às suas condições clínicas e retarda o processo de convalescência. Ressalta-se que, nesse momento, a imobilidade no leito não traria benefícios ao tratamento.

Frente a isso, a atuação do enfermeiro no período pré, intra e pós-operatório é de relevância, uma vez que compete a estes profissionais preparar e treinar os pacientes e seus familiares no processo de reabilitação pós-cirúrgica em busca da autonomia no cuidado. A eles cabe permear caminhos para a promoção de uma melhor qualidade na assistência, prevenir as incapacidades e as sequelas oriundas de falta de orientações específicas, enfatizar que neste cenário a dependência não é permanente, mas um processo que tende a ser melhorado e prevenido se houver ambiente e cuidados adequados. Sendo assim, a enfermagem desperta para um novo paradigma, ousando a mudança da prática centrada nos aspectos curativos para a prática centrada na promoção e prevenção da saúde.

---

Destaca-se, ainda, conforme dados evidenciados nesta pesquisa, que 66,7% dessa população apresentam uma faixa etária acima de 60 anos de idade ou mais, compondo a maioria dos entrevistados e foram submetidos ao procedimento cirúrgico de ATPQ, aspecto a ser discutido frente à dependência para o cuidado, que se relaciona à capacidade funcional do idoso.

Sabe-se que durante a hospitalização, essa capacidade pode sofrer declínio, em decorrência do problema de saúde e necessidade, de adaptações no ambiente hospitalar, uma vez que a estrutura física, comumente não foi planejada para atender a essa população. Salienta-se ainda a necessidade da qualificação das equipes prestadoras de cuidado, para atender a esse novo perfil populacional, aspectos esses que podem interferir na melhora ou piora da capacidade funcional do idoso (KAWASAKI, 2004).

Sendo assim, o declínio da capacidade funcional pode ser restaurado após a alta em seu domicílio, mas vai depender dos estímulos recebidos de quem cuida ou do próprio paciente. A relação entre idoso, dependência, independência e autonomia é complexa, entendendo-se que a “autonomia é autogoverno, que se expressa na liberdade para agir e tomar decisões” (PAVARINI e NERI, 2006, p. 63).

Diante disso, o processo de adoecer pode demandar a vivência da hospitalização, de procedimento cirúrgico que interfere em vários aspectos na vida dos indivíduos, representar uma ameaça no seguimento de vida, interromper seus projetos e sonhos ou, se houver alguma sequela, passar a depender do outro nos seus cuidados.

Desse modo, o grau de dependência pode ser maior e interferir de modo mais intensivo na vida dos idosos, e de seus familiares/cuidadores, visto que a restauração da capacidade funcional, o estímulo para autonomia e independência são fundamentais no processo de reabilitação no que se refere ao procedimento no pós-operatório, promovendo, assim, o retorno à vida diária, melhores condições de vida e integração social.

---

---

Outro aspecto a ser discutido se refere às dificuldades do cuidado prestado no domicílio pelos cuidadores. No estudo se percebeu descontrole e despreparo, quando, diante situações novas e adversas, acabam lançando mão de ações que colocam em risco a integridade física do paciente, conforme o relatado abaixo:

*“Primeiro dia que eu cheguei em casa, eu queria comer comida, porque eu não como comida de hospital. Minha irmã preparou. Quando foi umas três horas da manhã me deu dor de barriga, mas a sorte que eu já tinha arrumado a comadre, e meu marido, colocou, só que ele não sabia como fazia depois pra tirar a comadre. E meu marido, levantou, abriu a janela, foi lá pegou uma corda (...). Ele pegou a corda amarrou lá fora, passou a corda pela janela do meu quarto, queria que eu pegasse a corda, pra virar me virar, pra ele me limpar, e eu não conseguia, tinha acabado de chegar do hospital, eu não virava o corpo (...) mas aqui eles não orientaram estas coisas não, de comadre essas coisas não (...).” (E 3.2 F 54).*

Neste relato, novamente se identifica a importância do papel do enfermeiro nas orientações do cuidado, no momento da alta hospitalar, para o paciente e seus cuidadores, ficou explícito que não houve orientações para o uso correto da comadre, higienização após seu uso, etc. Apesar desses procedimentos parecerem simples, requerem alguns cuidados específicos, como movimentar o paciente no leito para colocar e retirar a comadre. Caso isso seja realizado de maneira inadequada poderá gerar uma complicação como a luxação ou a subluxação da prótese. Outro aspecto importante é como proceder à higiene íntima após as necessidades fisiológicas na comadre, prevenindo também riscos e agravos desses procedimentos, destacando, ainda, que a higienização é imprescindível para o conforto e bem-estar do paciente, evitando também as lesões de pele. Deve-se considerar que, caso estes procedimentos não sejam realizados de maneira adequada, o paciente pode ter muita dor e desconforto em todo processo.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade do preparo de cuidadores para assistir pessoas acometidas dos mais variados graus de dependência e com comprometimento da autonomia, a fim de que possam realizar os cuidados segundo as técnicas padronizadas para cada procedimento, mesmo que não possuam formação técnica para tal, prestando assistência com qualidade,

---

promovendo a reabilitação, melhoras, nos aspectos psicossociais, no processo de recuperação e nas condições de saúde das pessoas (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006).

Bocchi (2004) enfatiza a importância do papel do enfermeiro como educador junto aos cuidadores na transição da alta hospitalar para o domicílio, subsidiando os familiares com informações que possam auxiliá-los na solução de problemas, dando acompanhamento mesmo após a alta. Sendo assim, pode-se observar que as pessoas, quando melhor preparadas, preservam a sua integridade e a dos seus entes, lidando melhor com as adversidades da doença e o processo de reabilitação.

Conforme descrevem Thober, Creutzberg e Viegas (2005), pacientes e familiares ao se depararem com a situação de dependência no cuidado domiciliar, precisam se reorganizar para essa nova realidade, readaptando-se rapidamente a outra estrutura familiar que surgiu em decorrência de um problema de saúde entre os membros que residem na casa. A falta de preparo para lidar com a situação, acrescida de condições financeiras inadequadas interferem significativamente e de forma negativa na vida do paciente e de seus familiares, comprometendo o processo de recuperação e o cuidado a ser prestado.

Outros aspectos somam-se a esses. Referem-se à sobrecarga física, conflitos pessoais e familiares, a responsabilidade de cuidar sozinho sem ajuda de outros familiares ou apoio social, entendendo-se esse processo como algo temido, porém como fato natural no decorrer da vida, também pode interferir na recuperação dos indivíduos (PAVARINI; NERI, 2006).

Caldas (2003) faz inferências também das dificuldades vivenciadas no domicílio, durante o processo de cuidar, pois os profissionais de saúde, no momento da alta hospitalar, quando fazem orientações, focam apenas a medicação, a alimentação e os retornos.

A doença é fato omitido, não se fala dela. O cuidado que requer seguimento domiciliar nem sequer chega a ser discutido, como se esse já

---

---

fizesse parte do contexto familiar. O autor fala ainda que os familiares não recebem orientações das formas de acesso ao tratamento, serviços de referências e apoio e, caso venham a demandar auxílio, quando dependem de transporte público devido às limitações do pacientes, também esbarram em dificuldades, estabelecendo assim um circuito vicioso em que falta tratamento para a doença e, como consequência, os pacientes sofrem os agravos, levando a um aumento dos custos com a saúde.

Fonseca, Penna e Soares (2008) relatam o impacto que a dependência pode causar na vida dos cuidadores/familiares, afetando tanto os aspectos sociais, pessoais, financeiros, o que leva a mudanças no estilo de vida. Os autores discorrem sobre a necessidade de uma rede de apoio para tal grupo, pois se sabe que os programas de estratégias da família, criados também com este objetivo não são suficientes para atender a essas demandas. Outra contribuição citada são os programas de internação domiciliar do SUS, que se encontram em processo de implantação em alguns locais. Segue abaixo o relato dos sentimentos vivenciados por uma cuidadora durante o processo do cuidado:-

*“Fui eu quem cuidou, foi muito estressante, não sabia como fazer para colocar a comadre, tirar e colocar na cama, dar banho, por na cadeira, enfim foi duro. Ela ficou três dias na cama, isto foi me angustiando, aí eu peguei cadeira de rodas, cadeira de banho, andador, tudo pra tirar ela da cama. Com uma semana já era pra ela estar andando com o andador, com quinze dias ela andou sem problemas com o andador (...). Olha, eu, como quem cuidou, sugiro que os serviços de saúde possam fazer uma visita, pelo menos uma vez, pra saber como estão as pessoas. A gente tem muito medo de fazer as coisas sem saber se tá certo ou errado, se der algum problema por cuidar errado é um problema para o próprio governo em termos de gastos. Os pacientes retornam muito piores. Eu senti muita falta disso, tive medo de errar no cuidado dela. Isso me deixaria mais tranquila e segura. Eu conheço um vizinho que também tá cuidando da esposa que operou da mesma coisa, ele tá apavorado de medo, daqui a pouco ele vem aqui pra saber como eu cuidei, vê se eu ensino ele (...).” (cuidadora da E10 1F64).*

No relato da cuidadora fica novamente explícita a importância do enfermeiro frente às orientações e treinamento para os familiares/cuidadores com pessoas dependentes no domicílio, em relação:- banho, preparo e adaptações no ambiente, aquisição de materiais, tais como, comadre, cadeiras

---

de banho, andador, bengala, etc. Quanto às orientações para o cuidado, deve-se focar, em como retirar e colocar o paciente no leito, evitando posições inadequadas do membro que possam causar luxações da prótese; evitar sentar em cadeira ou vaso sanitários muito baixos; manter o posicionamento adequado do membro operado; prevenção de pé equino, orientar como auxiliar na deambulação, cuidados com o curativo, em relação à técnica, uso da terapêutica tópica e os aspectos que possam evidenciar sinais de infecção, mudanças de decúbito para prevenção de úlceras por pressão, sinais que evidenciem a luxação da prótese, etc, evitando dessa maneira os riscos e danos que podem ser causados por um cuidado inadequado conforme verbalizou a cuidadora.

Paskulin et al. (2004) descrevem a importância da visita domiciliar pré-operatória realizada aos pacientes que serão submetidos à ATPQ tendo como objetivo conhecer o contexto familiar de cada indivíduo, corrigindo os possíveis fatores de risco e complicações no pós-operatório, traçando assim um plano de cuidado personalizado, e podendo identificar no lar fatores que podem promover quedas e outros danos. Diante dessa estratégia cria-se um vínculo familiar com o usuário, interferindo de forma positiva no tratamento, proporcionando maior segurança e organização no cuidado domiciliar, estímulo à busca da autonomia, visando à recuperação o mais rápido possível, reduzindo o tempo de internação e as complicações no pós-operatório.

Em relação ao momento de alta hospitalar, o grupo estudado informou que não recebeu informações de como proceder em relação aos cuidados de banho, higienização, uso de comadre e acessórios para auxílio de locomoção (cadeira de rodas, andadores, e cadeiras de banho). Em vista disso, esses cuidados foram realizados em seus domicílios com muito medo, insegurança e dificuldades. No entanto, alguns pacientes, tiveram informações médicas para “não colocar o pé no chão, não cruzar as pernas, não sentar em lugar baixo, não deitar sobre o lado operado e ficar em repouso no leito”.

Dessa forma, concordamos com alguns autores que relatam o impacto causado na vida do cuidador, seguido de medo e insegurança em relação ao cuidado, salientando ainda que se os serviços de saúde disponibilizassem

---

programas com enfoque nos cuidados de pessoas dependentes, talvez pudessem contribuir de maneira significativa no cuidado a ser prestado a esses indivíduos nesse momento difícil de suas vidas.

Outro fator limitante no cuidado e de extrema importância para a família é a falta de apoio do sistema de saúde na rede básica e na estratégia de saúde da família, no que se refere ao acesso aos medicamentos, orientações e acompanhamento do cuidado no domicílio. Esse sistema ainda não está preparado para atender às necessidades específicas de toda essa clientela, o que pode interferir no seu processo de recuperação e no cuidado de forma integral, deixando de promover uma assistência domiciliar de qualidade.

Algumas pessoas, ao serem abordadas com relação ao fato de não buscarem ajuda nesses serviços de saúde, afirmam não terem contato ou, quando precisaram de auxílio ou medicamentos, não foram prontamente atendidas, conforme relatos:

*“No posto de saúde só tem remédio barato (.....). Nem o remédio da pressão eu consigo (.....) não tenho contato nenhum com eles. Mas nunca apareceram lá pra nada ( ....) lá nunca chegou (.....)”. (E2.2 M 64).*

*“Eu não tive nenhuma ajuda do posto com medicação, materiais de curativo, não forneceram nada, só os remédios controlados que eu já tomava, depois de muito insistir. Fica difícil um idoso ir no posto desse jeito para fazer os curativos, a minha sobrinha teve que se virar. Tive que comprar gases, luvas, o óleo para o curativo, o dersani, é que eu fiquei deitada, de ficar deitada, fez feridas nas costas (.....)” (E 10. 2. F. 64).*

*“Fazer o quê minha querida, eu tive dificuldade (.....) a gente demora mais paga, eu fui pagando parcelado, para poder comprar o remédio (.....). Apertou mas eu consegui comprar e paguei (...).” (E1 3 M 73).*

*“Para realizar a heparina eu não sabia fazer, eu perguntei no hospital para meninas que aplicavam, as enfermeiras, elas falaram e eu apliquei as 60 injeção, mesmo sem saber.. No posto, eles não vinham aplicar, perguntaram como eu tava fazendo, falei, ela falou que eu tava fazendo exatamente como era pra ser feito, aí continuei. Já passei muita dor, por falta de dinheiro (.....). No posto é muito difícil, tem um par de receita leva lá no posto, não dá, não tem. Eles são de veneta, quando dá na cabeça deles eles falam deixa aí que eu manipulo, quando tá de má vontade, fala que não tem. A gente pergunta, mas não dá para manipular? Fala que não tem mais convênio com a farmácia, e tem o convênio, eles mente, depois mandam remédio com o mesmo nome da farmácia, aí eu acabo ficando sem medicação até ter dinheiro. Às vezes pego na conta da filha da minha mulher na farmácia, mas não gosto muito de comprar em nome de terceiros (.....) eu não gosto de comprar em nome de outro, uma hora não dá para pagar não vai ficar legal nem pra mim nem pra pessoa (...).” (E 3.2 M 40).*

---

*“Eu comprei porque meu sobrinho tem farmácia (...) pago por mês . A minha neta me ajudou...”* (E.6 .2 F 76).

*“Foi difícil, você sabe como que é! No começo eu e minha irmã compramos (.....). Enfim nos reunimos e compramos, mas isso foi uma dificuldade, para comprar e para achar onde comprar, cada lugar é um preço (.....). Não sabia fazer as injeções , mas fiz, tudo é jeito (...).”*  
(E.7 .2 M 53).

*“Os serviços de saúde poderiam ajudar mais em orientação, visitas domiciliares, sabemos que é muito difícil, não tem número suficiente de pessoas. Mas seria interessante receber as pessoas do serviço em casa, sim, não sei se eles teriam condições para atender. Orientações são importantes, é tão difícil (...). Mas os serviços são tão precários, não sei se eles conseguem (...).”* (E. 4. 2. F. 72).

Pelo exposto, podemos verificar que as pessoas que vivenciaram o processo de dependência para o cuidado também sofreram as consequências da falta de apoio nas terapêuticas medicamentosas, necessárias para seu tratamento e sua recuperação no período pós-cirúrgico. Sabemos que o uso dos medicamentos em horários, via correta e posologias certas é de extrema importância para o sucesso do tratamento e restabelecimento precoce dos pacientes.

Sabe-se também que os indivíduos submetidos à ATPQ apresentam risco aumentado no desenvolvimento da trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar, e a literatura discute a necessidade de quimioprofilaxia com anticoagulantes; dentre elas, a heparina subcutânea, cujos riscos, quando não utilizada, aumentam em 40 a 70%. A formação desses trombos está relacionada com alguns fatores, tais como estase venosa, lesão endotelial e alterações na coagulação que ocorrem no período cirúrgico relacionado com o trauma do procedimento. A estase venosa pode ter como causa o posicionamento do membro no momento cirúrgico e a imobilidade após a cirurgia; a lesão do endotélio pode ter relação com o manuseio do membro no ato cirúrgico na mesa ou com o processo de reação térmica causada pela aplicação do cimento nos componentes utilizados na artroplastia (CASSONE et al., 2002).

Diante de tais problemáticas, podemos constatar que muitos dos pacientes ouvidos nesta pesquisa não puderam contar com o apoio dos serviços

---

de saúde no que se referia a acesso dos medicamentos, materiais para curativos, apoio quanto ao preparo e administração dos medicamentos tal como a heparina. Na maioria dos casos, os familiares se reuniam para angariar recursos financeiros para a compra dos medicamentos; alguns, mesmo com dificuldades, parcelavam a compra em farmácias, sendo a única maneira encontrada para a aquisição da terapêutica prescrita pelo médico, e outros ainda se submetiam ao quadro de dor, aguardando melhora nas condições financeiras para a compra do medicamento.

Enfim, compete também ao enfermeiro desempenhar o papel de agente educador dos cuidados relacionados aos medicamentos, no que se refere ao acesso, orientações de preparo e via de administração, riscos e efeitos colaterais, nos pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico de ATPQ, assegurando, dessa maneira, a atenção integral à saúde das pessoas, principalmente dos idosos, conforme preconiza a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que no artigo 6º garante o direito “de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990, p. 211)

Vale ressaltar, ainda, que os profissionais da saúde devem estar atentos, segundo Marin et al. (2008) quanto ao uso e orientação de medicação para os pacientes, pois muitos já apresentam déficit cognitivo, dependência com prejuízo da autonomia, baixa escolaridade, uso de polifármacos, automedicação, que podem comprometer o tratamento sem uso correto dos medicamentos.

Têm-se, assim, mais um desafio a ser vencido no campo da saúde pública que remete às dificuldades do cuidado de pessoas dependentes em seu domicílio e a restrição de acesso às informações como o direito ao medicamento, ao cuidado de forma integral e outras. Para enfrentar essa situação, vêm-se buscando estratégias para implantar um novo modelo de promoção da saúde, visando a não somente tratar o problema, mas identificar precocemente a doença para poder intervir de maneira mais eficaz, o que requer visões diferenciadas da maneira de pensar em saúde (VERAS et al., 2007).

---

---

Guerreiro (2006) destaca a importância da atuação da fisioterapia no cuidado, tendo como objetivo a melhora da capacidade funcional, promovendo ganho de amplitude do movimento da articulação, principalmente quando o paciente é acometido de doenças osteoarticulares. Dessa maneira, promove-se a melhora da força muscular e coordenação motora, o que vai ajudar na realização das atividades da vida diária das pessoas com ganhos na sua autonomia e independência para o cuidado em sua vida.

No cenário que envolve o serviço de fisioterapia, podemos notar que, pelas entrevistas, foi mencionada a não orientação da fisioterapia ou exercícios. Conforme destaca as falas abaixo:-

*“Não me pediram nenhum exercício. Eu me movimentava, mas a fisioterapia não me pediram.”* (E. 8. 2 M. 63).

*“Exercícios não me passaram exercício nenhum, fisioterapia também não”.* (E. 5. 2. M 40).

*“O médico, quando eu vim aqui, eu fiquei 25 dias na cama, e depois comecei a andar de muletas, aí no retorno ele falou para deixar as muletas, e andar, soltar o peso, mas tinha medo, ele falou pode andar, vai soltando o peso. Só agora pediu para fazer a fisioterapia (...).”* (E. 7. 2. M. 53).

Devido à necessidade de essa população deixar o mais precocemente possível o leito para evitar as complicações respiratórias e as possíveis limitações funcionais impostas pelo procedimento, além das alterações funcionais próprias da idade, propõe-se a intervenção do serviço de fisioterapia ainda no pré-operatório e, no pós-operatório, já nos primeiros dias após a cirurgia, treinando com esse indivíduo a marcha com ou sem apoio do membro operado conforme orientação médica. Assim, pode-se intervir no processo de recuperação desse paciente, melhorando as condições para o cuidado, dentre elas, banho no chuveiro, necessidades fisiológicas no banheiro, estimulando a independência para o autocuidado, promovendo sua autonomia e assegurando melhora em seu modo de viver.

Dadas tais dificuldades, as necessidades de saúde, segundo Cecílio (2001, p. 114), compõem-se em quatro grandes conjuntos: “boas condições de

---

vida, acesso à tecnologia como forma de promoção à saúde, vínculo com equipe multiprofissional e autonomia crescente no modo de levar a vida e nas suas necessidades de saúde das mais variadas formas”.

Sendo assim, as pessoas que se submeteram ao procedimento cirúrgico demandam que as suas necessidades de saúde sejam asseguradas de maneira a ter acesso a boas condições de vida, promoção da saúde utilizando os recursos necessários, vínculo com as equipes profissionais, promoção de crescente autonomia em relação ao seu problema e, dessa maneira, garantir seu cuidado integral.

Então, concordando com Queiroz e Salum (1997), que há necessidade de uma nova forma de pensar e agir em saúde que seja capaz de atender às reais necessidades da população. Isso demanda desenvolvimento na produção de saber e tecnologias aderentes à nova realidade. Com este objetivo, nas últimas décadas, os estudiosos vêm produzindo conhecimento, envolvendo temáticas que ampliam a visão de processo de saúde/doença para além dos aspectos biológicos.

As necessidades de saúde, segundo Cecílio (2001), representam um norteador da organização de ações na atenção primária. Nesta lógica, enfatiza-se a importância da instauração da escuta como um instrumento de negociação entre a equipe de saúde e usuários e o cuidado como a forma de responder às necessidades definidas. Para tanto, novas formas de organizar as práticas de saúde são necessárias. Sendo assim, podemos perceber que a população do estudo pede um olhar mais ampliado das suas necessidades de saúde no período pós-cirúrgico para o cuidado integral e humanizado.

Portanto, a proposta de humanização da assistência à saúde, em todos os níveis, se constituiu, numa política transversal, capaz de articular diferentes ações, operacionalizar os princípios dos SUS, propor trocas solidárias, atitudes e ações humanizadoras entre todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2006d). Relacionada a essas questões, torna-se necessário repensar a organização dos processos de trabalho, gestão,

---

planejamento e construção dos novos saberes e práticas em saúde (CECILIO, 2001).

A complexidade da situação exige, então, a articulação das equipes, integração entre os serviços nos mais variados níveis, o desejo de enfrentamento dos problemas de forma interdisciplinar e capacitação dos profissionais para atuar frente às necessidades atuais, preparando os familiares ou cuidadores, propondo ações de cuidado para melhoria na recuperação e promoção de ações de saúde para melhor qualidade de vida, tornando-se o grande desafio a ser enfrentado.

Assim, a proposta da intersectorialidade vem como estratégia de gestão que visa a resolver os problemas da sociedade, propondo soluções integradas, com foco na equidade, sendo capaz de responder com eficácia à problemática apresentada, visualizando os indivíduos na sua totalidade; fazendo articulação com as instituições e pessoas, integrando as práticas e saberes, promovendo novas respostas às situações, exigindo mudanças de posturas das organizações de saúde (JUNQUEIRA, 2004).

Observa-se que as pessoas portadoras de ATPQ apresentam características específicas em relação ao atendimento das necessidades básicas de saúde, riscos e danos, compreendendo os aspectos funcionais, sociais, emocionais e ambientais, fatores esses que interferem na sua recuperação. Em vista disso, propomos a intersectorialidade entre os serviços envolvidos, hospital, ambulatório, unidades básicas de saúde e programa de estratégia da família como atores que possam se articular simultaneamente para responder às demandas de saúde das pessoas que se submetem à ATPQ. Dessa maneira, após a alta hospitalar, ao necessitarem de apoio, poderão contar com esses serviços, sendo referenciados para os respectivos programas. Assim, os usuários possam ser acolhidos, orientados, acompanhados nos variados níveis de atenção, dando continuidade ao cuidado em seu domicílio, não ficando a assistência centrada apenas nas unidades ambulatoriais e hospitalares.

---

Constata-se, então, que, para atuar junto a essa parcela da população submetida à ATPQ, é necessário pautar-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância da saúde visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Neste contexto, o papel dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, deve assumir um dimensionamento ampliado e, muitas vezes, distinto das bases de formação que, por muitos anos, vêm privilegiando o tecnicismo e deixando margens pouco definidas e, portanto, conflituosas para implementar o trabalho interdisciplinar e desenvolver a assistência dentro do modelo da intersetorialidade.

---

**Quadro II** - Categorias e unidades de significados a partir das entrevistas com pacientes que foram submetidos à artroplastia total primária do quadril resultando a temática II - Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram à ATPQ em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e alterações na vida social.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
<p><b>CATEGORIA TRÊS:</b>  <b>“Sentimento de bem-estar após a cirurgia”</b></p>	<p><i>“Estou muito bem, do que eu passei tô ótimo, graças a Deus. Como eu tava, eu tô ótimo (....) não vou falar que me não dói um pouquinho, dói, mas, já tô andando bem, sinto uma dorzinha, agora melhorou oitenta por cento (....) agora já faço alguma coisinha com mais facilidade, eu arrumo cozinha (....) falam como o senhor tá bem, como o senhor andava, e agora, como tava, eles admiram, como eu tô, com a minha idade ,eu vivia parado dentro de casa..Agora já tô andando”.</i>            (E 1.3 M 73).</p> <p><i>“Eu gosto de pescar, depois de dois meses, eles falaram que eu podia, mas sem carregar muito peso (....). A cirurgia pra mim foi um sucesso, porque eu não dormia mais, de tanta dor (...). Hoje eu deito e durmo a noite inteira (....). Com um ano e meio de operado, eu tô até trabalhando (...). Eu agora consigo calçar a meia, a zorba, a calça, não conseguia levantar o pé, já consigo amarrar o tênis, não dormia, agora durmo. Hoje eu já posso ter mais atividade, o que eu não aguentava fazer agora faço, já faço as coisas em casa, meus doces, ajudo a minha esposa em casa, não paro, eu não era mais nada. Agora eu saio, tranquilo, vou pescar. A parte sexual melhorou, antes era pior, porque eu sentia muita dor, câimbra no meu corpo, hoje não sinto nada disso. Hoje eu tive uma vitória, não sofro, deito na cama durmo. Eu encontrei outro céu pra mim, na minha vida, quando eu vi que sozinho eu podia tomar banho, pra mim foi (...) jogar baralho, me cuidar sozinho, depender de tudo, isso foi muito doido dentro de mim”. (E 8.3 M 63).</i></p>
<p><b>CATEGORIA QUATRO:</b>  <b>“Alterações na vida social”</b></p>	<p><i>“ Ficou a dificuldade de caminhar, andar (....) mas a marcha limitou (...). A vida social passou a ser por telefone (....) .com a facilidade do telefone, comecei ir ao açougue, supermercado, por telefone, por não poder caminhar(....) que mudou eu ia à missa, hoje não vou mais (....) subir degraus”. (E 4.4 F 72).</i>  <i>“ Foi difícil não saio mais, só fico dentro de casa (...). Antes eu ia na missa, não vou mais, nem na rua saio mais” (E 9.4 F 66).</i></p>

#### **5.4 Mudanças nas condições de vida das pessoas que se submeteram à ATPQ em relação ao sentimento de bem-estar após a cirurgia e as alterações na vida social.**

As condições de vida das pessoas são reflexos das relações econômicas, sociais, políticas, culturais afetivas e outras. Desse modo, interferem no comportamento e atitude de cada ser humano, o que pode demandar mudanças no modo de viver e levar a vida; onde com certeza essas mudanças trariam impacto significativo sobre a saúde desses indivíduos ou grupos (MOREIRA; CRUZ NETO; SUCENA, 2003).

Percebe-se que o modo de viver das pessoas aos poucos vem tomando uma posição de destaque dentro das teorias de saúde coletiva, reconhecendo-se a influência dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença individual e coletivo na comunidade, principalmente dos determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis (ALMEIDA FILHO, 2004).

Com este enfoque, a Carta de Ottawa (2002), reafirma a importância da promoção da saúde para os indivíduos, destacando os aspectos sociais e individuais, que interem na qualidade de vida e de saúde das pessoas. Diante disso a promoção da saúde não pode ser apenas de responsabilidade dos setores de saúde, mas deve se considerar o estilo de vida e saúde que as pessoas adotam para seu bem estar geral. Sendo imprescindível para ter saúde; paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade, justiça social, etc.

O mesmo documento ressalta ainda algumas estratégias de promoção à saúde, dentre elas, políticas públicas que assegurem bens e serviços de saúde de formas mais seguras e saudáveis; ambientes favoráveis à saúde que promovam condições de vida e trabalho seguro, estimulante, satisfatório e agradável; reorientação dos serviços de saúde que visam mudanças e educação dos profissionais de saúde; reforçando a ação comunitária que propicie auto-ajuda de apoio social que foquem as ações de saúde e por último o desenvolvimento de habilidades pessoais que buscam desenvolver as pessoas de como lidarem com as mais variadas adversidades da vida em todas as fases, inclusive diante das doenças crônicas e causas externas.

Face a isso, Heidmann et al (2006), relata o trabalho desafiador da promoção à saúde, pois este novo cenário requer a necessidade de se romper com o modelo biomédico, vencer as desigualdades sociais, ficando evidente a necessidade de estratégias nos serviços de saúde para melhorar a autonomia das pessoas e preparar os profissionais para atuarem frente as reais necessidades de saúde e compreenderem que as condições de vida refletem na saúde.

---

Sendo assim as pessoas que se submeteram à ATPQ, tiveram mudanças em suas condições de vida nos aspectos relacionados com as alterações degenerativas causadas pelas doenças osteoarticulares, ganho nos aspectos emocionais, sexuais, satisfação quanto ao modo de viver e melhoria na qualidade de vida. Em alguns casos, identifica-se restrição com a marcha, levando a uma dificuldade de acesso que resultou em isolamento social; dentre eles, os que sofreram quedas permaneceram isolados ou restritos no ambiente domiciliar por medo de novas quedas, comportamento que tem como medidas de cuidado e proteção a si mesmo.

---

### 5.4.1 O sentimento de bem-estar após a ATPQ.

Visto o crescente número de pessoas que procuram tratamento médico devido a alterações na capacidade funcional do membro afetado pelas doenças osteoarticulares, a cirurgia de artroplastia tem sido o tratamento de impacto em sua recuperação, melhorando significativamente sua qualidade de vida, devolvendo-lhes a sensação de bem-estar, alívio da dor, aumento da autonomia evitando a piora da dependência e reabilitando-o para atuar de forma mais efetiva na sociedade (HORN; OLIVEIRA, 2005).

Sabe-se que essas pessoas vivenciam algumas dificuldades no processo da doença, dentre elas, a presença da dor crônica progressiva que é muito comum nos indivíduos portadores de doenças que as afetam as articulações, tais como, artrite reumatóide ou osteoartrite, tornando-se insuportável, interferindo nas suas atividades de vida diária, levando a alterações no padrão do sono, no trabalho, interferindo em sua qualidade de vida (ALMEIDA; ARAÚJO; GHEZZI, 1998).

Conforme a North American Nursing Diagnosis Association (2008, p.112), a dor crônica pode ser definida como:

*Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses.*

Diante disso, podemos perceber nos relatos como as pessoas se sentiam antes do procedimento cirúrgico, vivenciando uma infinidade de sentimentos, pois não visualizam nenhuma perspectiva de melhora em sua vida, apenas se viam diante da vida marcada por limitações, dores e sofrimento devido às alterações ocasionadas por essas doenças.

*“Em vista do que eu tava, melhorou bem, eu fiquei daquele jeito, me arrastava, jogado daqui pra baixo, não funcionavam mais as pernas não andava (...). Voltei a andar, graças a Deus, voltei a ser gente, era todo atrofiado, secou tudo, trançou as pernas, era horrível (...). Agora o que eu faço lá é uma comidinha, limpo a casa (...)” (E 23 M 64).*

---

*“Houve melhora, a dor melhorou, fiquei mais tranquilo, tava invocado, tomava remédio não melhorava, operou acabou o sofrimento, dava crise de dor (.....). Agora eu posso sair mais, andar, antes não fazia isso. Pra mim eu fiquei ótimo, tô andando bem, manco um pouquinho, mas já acostumei”* (E 73 M53).

Quando os indivíduos se deparam com as doenças, buscam mobilizar-se para continuar a vida apesar das limitações e alterações impostas. Nesta fase, podem ter a sua vida restringida pela dor, seguida de sofrimento, perdendo a liberdade de escolha, vivendo o isolamento de si e da comunidade (MATHEUS; PINHO, 2006).

Nos relatos da pesquisa, podemos verificar que a doença trouxe sofrimento, perda da mobilidade física, condenação ao leito ou cadeira de rodas, dor crônica, sensação de impotência, deformidades física e outros sentimentos.

O procedimento de artroplastia trouxe, então, novas expectativas de vida a essas pessoas, que voltaram a desenvolver suas atividades diárias, tiveram melhora no quadro de dor, deixaram de fazer uso crônico dos medicamentos analgésicos, o que poderia acarretar outras complicações em sua na saúde; passaram a ter uma vida social mais ativa, que anteriormente não apresentavam, retomaram as atividades domésticas; vivem mais satisfeitos, ficando evidentes as melhorias que a cirurgia ocasionou, promovendo sensação de bem-estar, resgate da mobilidade física prejudicada, capacidade funcional, com melhorias para o autocuidado e qualidade de vida.

Patrizzi et al. (2004) fazem um estudo comparativo da capacidade funcional e a melhoria da qualidade de vida no pré e pós-operatório das pessoas que se submeteram à artroplastia total do quadril. Tornou-se evidente que, no pré-operatório, os pacientes relatavam a presença de dor, dificuldades para caminhar, subir e descer escadas, dificuldades para permanecer sentados em cadeiras por mais de uma hora, dificuldades para amarrar sapatos, claudicação, uso de bengalas, andadores ou muletas para auxílio na marcha, deambulação com distância limitada restrita ao domicílio; em relação à amplitude dos movimentos, restrição para flexão, extensão, adução e rotação medial e lateral do quadril.

---

Pode-se avaliar, no mesmo estudo que, no pós operatório, houve ausência da dor para a grande maioria dos pacientes, conseguiam subir e descer escadas com melhoras significativas permaneciam sentados por mais tempo, a maior parte já conseguia amarrar os sapatos; quanto à claudicação apresentava-se discreta, o uso de bengalas, muletas ou andadores permaneceu para auxílio na marcha, houve melhora da marcha sem limite de distância, e quanto à amplitude de movimento houve ganho significativo de flexão, extensão, abdução, rotação medial e lateral, apenas a adução não foi significativa. Considera-se assim que a artroplastia possui papel fundamental para a melhoria na vida desses indivíduos.

*“Eu gosto de pescar, depois de dois meses, eles falaram que eu podia, mas sem carregar muito peso (...). A cirurgia pra mim foi um sucesso, porque eu não dormia mais, de tanta dor.... Hoje eu deito e durmo a noite inteira (...). Com um ano e meio de operado, eu tô até trabalhando (...). Eu agora consigo calçar a meia, a zorba, a calça. Não conseguia levantar o pé mais para vestir a calça, a meia. O negócio era deitar na cama e gemer de tanta dor, rasgava até a zorba de tanta dor, só gemia e ficava nervoso. Hoje já consigo amarrar o tênis; não dormia, agora durmo. Hoje eu já posso ter mais atividade, o que eu não aguentava fazer, agora faço, já faço as coisas em casa, meus doces, ajudo a minha esposa em casa, não paro, eu não era mais nada. Agora eu saio, tranquilo, vou pescar.. Hoje eu tive uma vitória, não sofro, deito na cama durmo... Eu encontrei outro céu pra mim, na minha vida, quando eu vi que sozinho eu podia tomar banho, pra mim foi (...). jogar baralho, me cuidar sozinho, depender de tudo, isso foi muito doído dentro de mim (.....)” (E 8 3 M 63).*

*“Estou muito bem, do que eu passei tô ótimo, graças a Deus, dói (...). Como eu tava, eu tô ótimo! não vou falar que me não dói um pouquinho, dói, mas, já tô andando bem, sinto uma dorzinha, agora melhorou oitenta por cento (...) agora já faço alguma coisinha com mais facilidade, eu arrumo cozinha (...). Falam como o senhor tá bem, como o senhor andava, e agora, como tava, eles admiram, como eu tô, com a minha idade ,eu vivia parado dentro de casa (...). Agora já tô andando (...).” (E 1 3 M 73).*

Notam-se as inúmeras dificuldades dessas pessoas antes da cirurgia em vários aspectos da sua vida, resultando na falta de qualidade. Após a cirurgia, conseguiram realizar seus próprios cuidados, como vestir-se, calçar e amarrar os sapatos; voltaram a trabalhar; houve melhoras no padrão de sono, conseguindo dormir a noite toda sem a presença de dores que antes incomodavam; houve ganhos nas questões conjugais, além de satisfação pessoal; retorno às suas atividades de lazer e do cotidiano; houve ganhos na

---

sua autonomia em relação ao cuidado, promovendo melhora da autoestima e na independência, tornando-se útil a si mesmo e à comunidade.

Embora os benefícios após a cirurgia ocorram paulatinamente, pôde-se perceber que, além da melhora da dor, da capacidade funcional, do ganho na amplitude de movimentos, a cirurgia promoveu também uma participação mais ativa das pessoas no contexto familiar, social, no lazer, nas questões religiosas, na educação, e no cuidado com os filhos e atividades domésticas. Pode-se observar também que houve ganhos nas relações conjugais. Todos esses fatores interferem na satisfação pessoal que está relacionada com melhores condições de vida e, conseqüentemente, melhorias na saúde. Ficou claro isto, no relato a seguir:

*“Olha, a cirurgia mudou (...). O comportamento da minha mulher, meus filhos me respeitam mais (....) olha, melhorou na educação dos meus filhos, a relação com a minha esposa, a gente discutia muito, agredia-se verbalmente, ela falava que eu era um aleijado (....). Agora eu consigo varrer uma casa, consigo fazer comida, lavo roupa no tanque, antes não conseguia. Cuidado dos filhos eu faço, cuido da higiene deles (...) eu vou na igreja. Melhorou, a prótese melhorou a minha vida (...).” (E 5 4 M 40).*

Outro aspecto citado como melhoria após a cirurgia relaciona-se às questões sexuais, conforme fala abaixo:-

*“A parte sexual, antes era pior, porque eu sentia muita dor, câimbra no meu corpo, hoje não sinto nada disso, agora a minha esposa sente medo, depois da cirurgia, de me machucar (...).” (E 8 3 M 63).*

*“Sexo eu fazia duas vezes por mês, tinha que ir para o hospital tomar injeção. Isso melhorou cem por cento (...).” (E 5 4 M 40).*

*“Na relação íntima com a companheira tinha muita dor, mas a gente dava um jeitinho” (E. 14.3.M 65).*

Araujo et al. (2009) falam da importância das questões sexuais nos homens adultos submetidos à cirurgia, pois pode-se perceber que o assunto é pouco discutido pelas equipes de saúde com os pacientes, o que gera angústia, dúvida e insegurança antes e após o procedimento; diante disso, os autores propõem que esse fator seja considerado na avaliação pré e pós operatória,

---

ênfatizando que os aspectos sexuais muito interferem na qualidade de vida desses indivíduos.

Assim, Tashiro (2001) foca também a importância do enfermeiro realizar as orientações quanto às questões sexuais para as pessoas que foram submetidas à artroplastia total do quadril, no momento da alta, principalmente a não assumirem posições que forcem a abdução e flexão acentuada dos membros inferiores, o que pode ocasionar uma complicação cirúrgica como a luxação da prótese.

Nas entrevistas no grupo de pessoas submetidas à ATPQ, podemos perceber que houve dúvidas nas questões sexuais, fato que não se discutiu em nenhum momento do seu tratamento, ficando evidente que as equipes de saúde focam somente as orientações no cuidado e se preocupam muito com os aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico, embora seja competência também do enfermeiro acrescentar, no seu plano de cuidados desde o pré-operatório, às orientações relacionadas às questões sexuais dessas pessoas.

Chikude et al. (2007) discutem também as mudanças na qualidade de vidas das pessoas que sofreram fratura do colo do fêmur e foram tratadas cirurgicamente com artroplastia parcial do quadril. Pôde-se perceber, ainda que a capacidade funcional estivesse reduzida, em relação aos aspectos físicos estavam satisfeitos. Quanto à dor, estava pouco presente, o que mostra boa qualidade de vida após a cirurgia e tendo o procedimento contribuído para o aumento da sobrevivência; em relação aos aspectos emocionais, os pacientes evoluíram bem, tendo baixa casuística de depressão ou ansiedade. Este procedimento é bem indicado no caso de pacientes instáveis e com idade avançada, devido à baixa atividade e reduzida expectativa de vida.

O índice crescente de fraturas de fêmur na faixa etária mais avançada, o risco aumentado para quedas e a presença de osteoporose continuam sendo motivo de preocupação para a saúde pública no Brasil, visto que o tratamento das fraturas pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento conservador fica reservado para situações em que as fraturas são incompletas ou sem desvios;

---

---

quando indicado o tratamento cirúrgico busca-se a redução e fixação estável da fratura, com a utilização de síntese ou a substituição protética. Com a evolução tecnológica, houve melhora significativa na qualidade do material, reduzindo a agressão cirúrgica no ato operatório e dessa maneira, a cirurgia visa a restabelecer este indivíduo o mais rápido possível, com redução do índice de complicações no pós-operatório, promovendo melhorias na qualidade de vida (SAKAKI et al., 2004).

Segue relato de uma das pessoas entrevistadas que sofreu fratura de fêmur e foi tratada cirurgicamente com artroplastia total do quadril. Voltou a fazer todas as suas atividades diárias normalmente, relatando que nada deixou de fazer após a sua cirurgia; encontra-se bem, apenas cita o medo de cair outras vezes.

*“Eu voltei a fazer tudo que fazia antes (...) fazia tudo em casa, lavo a louça, passo, não deixei de fazer nada, tô bem (...) mas ainda tenho muito medo de cair novamente, medo de novas quedas”.* (E 10 4 F 64).

Conforme estudo realizado por Gonçalves et al., (2006), para avaliar a qualidade de vida após procedimento cirúrgico, pode-se perceber, que no momento pré-operatório, as pessoas encontravam-se inseguras, abatidas e limitadas fisicamente, e ao serem avaliadas, meses após o procedimento cirúrgico, constatou-se que as limitações físicas e emocionais haviam melhorado, e a cirurgia havia mudado o cenário de vida desses indivíduos no aspecto geral da saúde, resgatando-lhes a vitalidade. Houve impacto nos aspectos físicos, emocionais e sociais, promovendo a melhora da saúde e nas suas condições de vida. Com os relatos das pessoas que se submeteram à ATPQ, podemos constatar que a cirurgia também mudou seu estilo de viver no contexto familiar, pessoal e social, permitindo retorno às suas atividades que antes não mais desenvolviam devido à limitação na amplitude do movimento em decorrência da doença. Nesse cenário, houve melhora nas condições de vida, interferindo nas condições de saúde.

---

---

*“Graças a Deus eu tô feliz, muito feliz, porque eu tô andando, faço comida, varro uma casa (...) o médico disse pode viajar, eu gosto de dançar, pode também dançar (...). Tá uma beleza, tenho um pouquinho de dor no nervo da perna (...). Mas aquela dor, não tenho mais nada. Eu não aguentava mais trabalhar na faxina, eu levava o rodo para escorar nele, escondido, doía muito. Hoje eu tô muito feliz, contente (...).” (E 6 4 F 76).*

Face às situações relatadas acima, podemos perceber que, neste grupo de estudo, a ATPQ mudou a vida das pessoas, ou seja, muitos desses indivíduos que já se encontravam restritos ao leito, não deambulavam ou quando realizavam estavam restritos ao auxílio de andadores, muletas ou bengalas; a dor era o cenário mais presente em sua vida, as limitações e alterações funcionais estavam assolando a sua vida, a perda da autonomia e sua liberdade também já se encontravam prejudicadas. Diante disso, pode-se perceber os benefícios que a cirurgia trouxe para as pessoas. Em alguns casos aboliu-se o uso de equipamentos para locomoção, abriram-se novas perspectivas para a vida pessoal, social e familiar, frente aos resultados positivos que levaram a uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

#### **5.4.2 Alterações na vida social**

Euzébios Filho e Guzzo (2009) falam como a desigualdade social interfere nas condições de vida das pessoas. Os fatores de renda, moradia, educação são fenômenos que se manifestam de alguma forma nas condições de saúde. Dessa maneira, a desigualdade social extrapola os limites da materialidade, interferindo em todas as esferas da vida humana.

Com este foco, Lima-Costa, Barretos e Giatti (2002) fazem inferências sobre como as condições socioeconômicas afetam a saúde de adultos mais jovens e idosos na mesma proporção no País, enfocando que as pessoas com poder aquisitivo menor, independente do fator idade, possuem piores condições de saúde, interferindo na percepção de alterações na própria saúde e afetando as ações que poderiam desenvolver para um padrão de vida com hábitos

---

saudáveis. Consequentemente, sofrem alterações na sua qualidade de vida relacionadas à saúde, podendo ter como consequência a evolução de doenças crônicas específicas.

Garcia et al. (2005) buscaram uma compreensão do processo de adoecer e os cuidados necessários nesta fase, identificando a maneira como cada indivíduo reage e como foi vivenciar o processo do adoecimento nas várias facetas do tratamento. Durante esta pesquisa, houve relatos como os pacientes se sentiam nesta fase; as dúvidas e angústias em relação à não compreensão da patologia, o uso correto dos medicamentos, medo da piora clínica em relação à doença, e outros sentimentos estiveram presentes. Sendo assim faz-se necessária, por parte dos profissionais de saúde, uma melhor compreensão da maneira como as pessoas expressam e entendem o processo de adoecer, permitindo, um relacionamento terapêutico mais humanizado e contribuindo para a eficiência do tratamento e acompanhamento.

Face a isso, Moraes e Dantas (2007) falam da importância do suporte social aos pacientes internados para procedimento cirúrgico, pois, durante o processo de adoecer o apoio dos familiares ou amigos são fatores importantes, ficando evidente que, para as pessoas que contaram com apoio social para enfrentamento das doenças no processo de recuperação, houve redução do estresse e depressão. Os autores consideram ainda que o suporte social tenha papel fundamental para estimular a autonomia e a independência no cuidado desses pacientes, promovendo estímulo no comportamento com atitudes saudáveis para melhorias em todo o processo de adoecer; propõem ainda que o enfermeiro inclua o suporte social no planejamento de cuidado para os indivíduos nessa fase.

Nesta lógica, Leite e Gonçalves (2009) fazem inferências da importância da enfermagem construindo significados a partir da interação social com os indivíduos no momento da hospitalização, criando uma prática de cuidado significativa, oriunda das interações entre equipe e paciente, partindo do princípio de que a interação dos profissionais interfere na mudança de comportamento na saúde e no estilo de vida das pessoas.

---

---

Dessa maneira, vale ressaltar também a importância da comunicação como um instrumento valioso para o cuidado emocional das pessoas hospitalizadas, uma vez que estar atento aos aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas contribui para a melhoria da qualidade de vida, destacando ainda que as pessoas, quando são submetidas ao processo de internação, apresentam necessidades nos aspectos bio-psico-social-espiritual e emocional e podem estar afetadas com o processo do adoecimento (ORIA; MORAES; VICTOR, 2004).

Nas entrevistas realizadas podemos perceber que as pessoas que tiveram um suporte social e contaram com apoio de amigos, familiares ou contrataram cuidadores para prestar assistência no período após a cirurgia. Sentiam-se satisfeitas e seguras nas questões relacionadas ao cuidado.

*“Meu filho pagou uma enfermeira da Santa Casa, a minha nora, meu filho também ajudou (...) a enfermeira que vinha de manhã me dava banho, cuidava e me deixava sentada na cadeira, depois à tarde ela voltava novamente e me deitava na cama. Foi isso, não tive problema para cuidarem de mim. Não tive problema, a moça fazia tudo”. (E9 4 F 66).*

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas nesse momento da vida estão relacionadas à forma como encaram o problema da doença e como buscam a solução nessa etapa. Quando associadas com o apoio do suporte social, pode-se avaliar que as reações eram bastante positivas, lidavam com a situação de stress de maneira efetiva, conseguindo mudar o cenário que poderia levar a algum desequilíbrio pessoal ou familiar (MEDEIROS; PENICHE, 2006). Neste enfoque, concordamos com os autores: aqueles que contam com o apoio recebido dos familiares, vizinhos, amigos também conseguem melhor condição de enfrentamento dos problemas causados pela doença, o que favorece o processo de recuperação após a cirurgia.

*“Foi a minha comadre que cuidou de mim também, que ela já tem o dom de cuidar, para fazer curativo, tudo. A injeção era a enfermeira que ia dá, eram duas por dia, uma de manhã e outra à noite, duas por dia, eu não fazia nada, só ficava deitada, porque tinha muita gente para cuidar de mim. Quem cuidou de mim foi a filha, o marido, a comadre e as amigas da enfermagem. Não faltou ninguém para cuidar, na hora de tomar banho punha eu certinha na cadeira para levar para o banheiro, isso não faltou ninguém, tanto da parte da*

---

---

*minha filha com do meu marido, não faltou gente, a minha outra comadre para fazer comida, a outra mulher que é enfermeira para fazer a injeção, tudo isso, não faltou gente (.....)” (E 3 4 F 54).*

Outro fator a ser considerado na família é o suporte informal para a prevenção de quedas nas faixas etárias mais elevadas, pois se sabe que o problema da quedas em pessoas idosas é preocupante, já que é a causa de lesões, incapacidades, internações, sendo a quinta causa de mortalidade entre pessoas com mais de 75 anos. Isso requer um olhar específico para este grupo com programas de educação em saúde para essa população e seus familiares, acreditando na relevância da prevenção para este trauma (CAMPOS et al., 2007). Podemos perceber as mudanças ocasionadas na vida das pessoas que sofreram quedas, tiveram fraturas e foram submetidas à cirurgia, conforme relato a seguir:

*“Agora eu não saio mais, eu ia pra praia, deixava o véio aí e ia, ia pra aqueles lugar tudo, ficava lá na praia, ficava a semana inteira na praia, agora não dá por causa da perna, quando eu ficar boa eu quero ir de novo, vou ficar boa... A única coisa que eu fazia também era ir ao mercado, agora não vou mais porque não posso, né? A empregada que vai (.....).Saio no carro com a minha menina, caminho com ajuda aqui em casa, sento com ajuda perto do portão(.....).Tenho medo de cair novamente”. (E12 4 F 76).*

Identifica-se que os indivíduos após a queda sentem-se ameaçados, vivendo o medo de sofrerem novas quedas. Em relação ao contexto social, há uma preocupação maior em estar em lugares muito movimentados, caminhar pelas vizinhanças, ir ao supermercado. Quanto a, visitar amigos, parentes e sair para eventos sociais, embora haja preocupação, elas ocorrem com menor intensidade (FREITAS; SCHEICHER, 2008).

Dessa maneira, pode-se perceber, nas falas acima, que após vivenciar o trauma da queda, ser submetido ao procedimento cirúrgico, mesmo após a sua recuperação, essas pessoas sentem-se ameaçadas, inseguras, mudaram seu padrão de vida social, se mantendo isoladas, não saem mais de casa. Por medo de novas quedas, deambulam somente dentro de casa e mesmo assim, com restrições. Diante disso, o enfermeiro deve promover ações e orientações que deem maior segurança para essas pessoas no seu convívio social, retomando a sua reinserção social e na comunidade.

---

---

A variável do sexo feminino constitui um fator significativo para ocorrência de quedas, que, associado com a longevidade e a osteoporose, faz com que este risco se acentue, ocasionando as fraturas. Segundo Moreira et al. (2007), o diagnóstico de enfermagem de “marcha alterada” não tem sido marcante para as questões da queda, mas deve ser merecedor de atenção uma vez que a marcha pode ter influência no risco de queda.

Segundo Freitas e Scheicher (2008), entre o grupo de pessoas que sofreram quedas, existe uma grande preocupação com novas quedas ao desenvolverem suas atividades de vida diária, tais como a limpeza da casa, suas atividades básicas como vestir-se, despir-se, banho, sentar-se ou levantar-se de uma cadeira; pois muitas vezes pode ser motivo de declínio das suas atividades de vida diária ou sociais.

Lemos et al. (2006) discutem a piora da qualidade de vida das pessoas acometidas de osteoporose, considerando e agrupando os vários fatores que interferem na suas atividades de vida diária. Dentre eles, podemos destacar as questões do autocuidado, a independência, o trabalho doméstico e a mobilidade, acrescentando ainda os fatores relacionados à fadiga, dor e alterações do humor ocasionadas pelas dores, incluindo também o medo de cair, alterações familiares, principalmente em relação às questões da independência e do isolamento social. Dessa maneira, ao avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, pode-se identificar uma correlação nos domínios que se referem aos aspectos, físicos, sociais e estado geral de saúde.

Ficam evidentes, nas entrevistas feitas, as mudanças causadas na vida dessas pessoas após terem vivenciado a queda seguida de fratura, e serem tratadas cirurgicamente com ATPQ.

*“Bom, andei com andador por muito tempo, acho que até dezembro agora, depois tô com a bengala, só ando com ela. Foi difícil, não saio mais, só fico dentro de casa, tenho muito medo de cair de novo, só vou até o portão. Tenho medo, muito medo. E se cair outra vez? Antes eu fazia tudo sozinha, lavava, passava, cozinhava, hoje só faço a comida, e lavo a minha roupa (.....). Ando aqui dentro de casa, não tenho dor.” (E9 4 F 66).*

---

---

Quando os indivíduos são acometidos de doenças crônicas, as maiores alterações ocorrem na vitalidade e na capacidade funcional, mas sofrem desorganização em muitas outras áreas da vida: familiar, pessoal, no trabalho, nas relações interpessoais, e também alterações na vida social, afetando os aspectos emocionais que interferem na qualidade de vida desses indivíduos (HELITO et al., 2009). Na fala abaixo podemos identificar isso.

*“Na minha vida mudou que, depois da cirurgia. Engraçado, melhorou a minha dor, tinha muita dor, quadril travado, isso melhorou. Ficou a dificuldade de caminhar, andar, tenho artrose de joelho. Na primeira cirurgia voltei a dirigir logo, fiquei mais livre, independente. Com relação aos amigos na vida social, muitas visitas, muitos telefonemas, a vida social passou a ser por telefone, com a facilidade do telefone, comecei a não ir ao açougue, supermercado, tudo por telefone, por não poder caminhar. Essas dificuldades de caminhar, como as calçadas são muito irregulares, minha fisioterapeuta me fez caminhar, treinamento de marcha, degraus, desnível, as dificuldades se não tiver alguém por perto não consegue. São coisas que a gente vai aprendendo. O que mudou eu ia à missa, hoje não vou mais, subir degraus, mas ganhei a graça de receber a comunhão em casa toda semana, antes de operar ia na igreja, hoje a igreja vai até a mim. A cirurgia melhorou a dor, mas a marcha limitou” (E4.4F72)*

Podemos constatar que a doença levou a mudanças na dinâmica da vida dessas pessoas: antes da cirurgia a dor impossibilitava o desenvolvimento das suas atividades da vida diária e do trabalho; após a cirurgia, fica claro que houve melhora nos aspectos relacionados à doença, mas algumas pessoas tiveram alterações nos aspectos sociais como a restrição na marcha devido a outras co-morbidades ou pelo medo de novas quedas, como citado em outros relatos.

Sendo assim, essa relação entre limitação da marcha e a amplitude dos movimentos causa as restrições no convívio social, como não ir mais ao açougue, ao supermercado, à missa, mantendo-se isolada em seu domicílio. Considerando ainda que vivenciar os problemas de acesso em relação à falta de rampas, em alguns locais, calçadas irregulares, mal conservadas, com desníveis, e a falta de apoio de ter alguém por perto que possa garantir maior segurança em relação a quedas, tudo isso faz com que essas pessoas criem

---

---

estratégias de sobrevivência como utilizar o telefone para suprir essa demanda, mantendo-se reclusas em casa, conforme relatado.

Moraes et al. (2008) fazem análise dos aspectos relacionados à artroplastia total do quadril, enfocando que o avanço e a evolução tecnológica dos materiais influenciam no sucesso dos procedimentos cirúrgicos, mas salientam também que, nos indivíduos submetidos ao procedimento cirúrgico, houve melhoras clínicas em relação à dor, marcha e mobilidade, focando que o procedimento atingiu o objetivo que visa à melhora da dor e função do membro afetado, tendo baixo índice de complicações associadas à cirurgia, o que leva a considerar a ATPQ uma boa opção para os pacientes jovens.

Em outra pesquisa feita por Yamamoto et al. (2007), compara-se a avaliação da função e qualidade de vida em pacientes submetidos à artroplastia de ressecção tipo girdlestone. Quando feita a comparação com a ressecção unilateral de girdlestone com o grupo de prótese total de quadril contralateral, pode-se perceber que os pacientes de ressecção unilateral apresentaram alterações em relação à função da marcha, em que a maioria apresentou uma marcha claudicante cuja intensidade variou de leve a severa. Diante disso, podemos notar que, conforme relato abaixo, houve melhoras em vários aspectos, ainda que neste caso também tenha havido alterações na função do membro.

*“Depois que opereei, Nossa Senhora, melhorou bastante! (...). Tô com um pouco de dificuldade para movimentar a minha perna: se eu sento no carro, eu tenho que trazer a perna com a mão, senão ela não vem. Eu tenho dificuldade, para agachar, para pegar qualquer coisa no chão, tenho que esticar a perna para agachar. Antes agachava normal, se for para agachar, eu não consigo. Era normal, essa dificuldade, eu acho. E! Não tinha este problema, ela não vem sozinha, na cama eu tenho que levantar a perna.” (E 7 4 F 54).*

Acreditamos que as restrições apontadas pelos entrevistados devem ser trabalhadas sob a forma de orientações, dando responsabilidade à equipe de profissionais para que desenvolvam atendimentos especiais a esses pacientes, visto que as interferências em decorrência do entendimento deles, no que se

---

relaciona à limitações relatadas por eles, propiciam importantes repercussões sociais, o que certamente implicará alterações mentais como, por exemplo, a depressão.

Finalizando, podemos evidenciar que a artroplastia trouxe valiosas contribuições para a vida das pessoas nos aspectos relacionados à melhoria da dor, mobilidade física, movimentação e amplitude do quadril e membros inferiores, mas, em alguns pacientes pode-se perceber que, apesar da melhoria da sua qualidade de vida, ficaram ainda algumas restrições em relação à marcha, limitação funcional e dores de leve intensidade. A ATPQ, ainda que não resolva todos os problemas, promove uma mudança positiva no cenário da vida das pessoas.

---

## *6. Considerações Finais*



## **Reflexões sobre as práticas assistenciais no cuidado**

Neste estudo constatou-se que a prática assistencial no cuidado de enfermagem aos pacientes submetidos à ATPQ requer um olhar mais específico em relação a treinamentos, orientações e acompanhamento dos cuidadores e dos próprios pacientes em seu domicílio, desde o período pré-operatório até o pós-operatório tardio. Visto que, durante estas etapas os indivíduos sejam tomados por uma série de sentimentos, tais como inquietações, dúvidas, medos, insegurança, angústias e a hospitalização acaba sendo mais um fator gerador de problemas.

Queremos ressaltar que, apesar de algumas dificuldades relatadas pelos pacientes, ao desenvolverem os cuidados em seus domicílios, a ATPQ mudou o cenário da qualidade de vida dessas pessoas, promovendo melhoras em suas condições de saúde, no quadro de dor que limitava as suas atividades de vida diária, na amplitude dos movimentos e na função dos membros, o que permitiu voltarem a deambular, desenvolverem atividades no seu cotidiano, tais como, atividade doméstica, social, trabalho, lazer, etc.

Fica evidente aqui a relevância da atuação do profissional enfermeiro em atuar frente aos cuidados de maneira integrada, articulada, considerando esses indivíduos na sua totalidade, o que favorece o retorno ao domicílio de maneira segura, estimulando a sua independência, reabilitação e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida.

Assim, embora os resultados encontrados nos remetam a uma avaliação positiva nos aspectos relacionados aos procedimentos cirúrgicos da ATPQ, preocupa-nos a partir do momento que constatamos que algumas intervenções se fazem necessárias no plano terapêutico de cuidado em nível de ambulatório e hospital com toda a equipe multidisciplinar. Também sugerimos que outros fatores devem ser considerados para transpor prática empírica, rotineira e alienante, para uma prática fundamentada, consciente e responsável.

---

A partir deste estudo, apresentam-se como propostas:

- ❖ No momento da consulta de enfermagem, no ambulatório ou na unidade hospitalar, em fase pré-operatória, o enfermeiro avalia, faz diagnóstico de enfermagem em relação ao cenário domiciliar, necessidade do cuidador/familiar, faz as orientações para aquisição de equipamentos que possam auxiliar no cuidado, e propõe as intervenções. Ainda, nesta fase, o enfermeiro faz uma avaliação da necessidade de uma visita do serviço social ao domicílio, e propõe as alterações para um cuidado seguro no pós-operatório e, no caso dos pacientes que residem fora do município de Marília, que devem contar com o apoio do serviço social local para auxiliar nesta atividade.
  - ❖ Elaboração de um manual, por parte dos profissionais de saúde, constando orientações específicas em relação ao cuidado com o ambiente domiciliar tendo em vista o banheiro, uso de escadas, cuidados ao sentar, posições sexuais e outras. Este manual deverá ser entregue no momento da consulta de enfermagem ainda no pré-operatório.
  - ❖ Há necessidade de o profissional enfermeiro desenvolver o plano de cuidado específico articulado em nível de ambulatório, hospital, unidades básicas de saúde e estratégias do programa de família, promovendo a integralidade da assistência nos diversos níveis, utilizando-se da intersectorialidade como estratégia para acesso aos cuidados após a alta hospitalar, e assegurando a continuidade do cuidado no contexto domiciliar.
  - ❖ Ainda na unidade hospitalar, o enfermeiro deve contar com a participação do serviço social para que, desde o momento da internação, possa promover a alta social deste indivíduo nos aspectos relacionados ao cuidado, acesso e orientações para a aquisição dos medicamentos.
-

- ❖ No ambiente hospitalar, os enfermeiros devem realizar o treinamento dos familiares/cuidadores no que se refere ao banho, higiene íntima, uso correto de comadres ou papagaios, alertar o paciente para não sentar-se em cadeira ou sanitários que forcem a flexão da coxa sobre o quadril promovendo um grau de flexão inferior a 90 graus, uso correto dos medicamentos principalmente no caso dos injetáveis, curativos, etc.
- ❖ O profissional da fisioterapia deverá ensinar o treino de marcha com andador já no pré-operatório e no pós-operatório, o mais precocemente possível, iniciando a marcha com estes pacientes com ou sem apoio do membro operado de acordo com as orientações da prescrição médica.
- ❖ Solicitar a participação do profissional da psicologia para avaliação dos aspectos relacionados aos sentimentos que permeiam estes indivíduos no pré e pós-operatório e a necessidade de intervenções no suporte social que se faz necessário neste período.
- ❖ Faz-se relevante na equipe multiprofissional de saúde a necessidade de orientações aos pacientes e seus familiares/cuidadores para medidas individuais e coletivas de prevenção de quedas às pessoas com idade mais avançada, reduzindo assim os riscos e as consequências oriundas dos traumas.

Apesar de essas questões serem de difícil execução, são urgentes e necessárias. Há necessidade do envolvimento de todos os profissionais da saúde, o que requer mudanças em sua postura em relação ao cuidado, um olhar holístico centrado no indivíduo, porém e acima de tudo há vontade de se quebrarem paradigmas e mudar a realidade da assistência em todas as facetas.

Nesta lógica, fazem-se necessários contínuos investimentos no treinamento dos profissionais de saúde, visando a uma abordagem multidimensional e interdisciplinar no que se refere ao cuidado das pessoas portadoras de artroplastia total do quadril, tendo como estratégias norteadoras a

---

integralidade do cuidado, o enfrentamento da fragilidade do paciente, seus familiares/cuidadores, visando à promoção da saúde, melhorias na qualidade de vida e interação social desses indivíduos.

Todas essas ações trarão subsídios para viabilização de uma prática mais segura para o cuidado, como também a redução das complicações que podem ser geradas por ações isoladas e inconsequentes, que podem ser evitadas, se os profissionais assumirem o seu papel de agente de educação em saúde, compartilhando vivências em busca da resolução fundamentada e evidenciada na ciência.

Apesar de a amostra deste estudo nos parecer pequena, ela nos traz informações para subsídios do trabalho a ser desenvolvido na Famema com o grupo de pessoas que serão submetidas à ATPQ.

---

# *Referências*



---

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, out./dez. 2004.

ALMEIDA, M. A.; ARAÚJO, V. G.; GHEZZI, M. I. L. Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 33-37, jan. 1998.

ALMEIDA, M. A.; LONGARAY, V. K.; CEZARO, P. Diagnósticos de enfermagem prevalentes e cuidados prescritos para pacientes ortopédicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/502/115>>. Acesso em: 7 jul. 2008.

ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 37-43, mar. 2009.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; FERREIRA, M. N. L.; PETRIBÚ, K.; MARIANO, M. H. A. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 42-48, jan./fev. 2009.

BACHION, M. M.; MAGALHÃES, F. G. S.; MUNARI, D. B.; ALMEIDA, S. P.; LIMA, M. L. Identificação do medo no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 298-304, jul./set. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003.

BAUMGAERTNER, M. R.; HIGGINS, T. F. Fraturas do colo do fêmur. In: BUCHOLZ, R. W.; HECKMAN, J. D. (Eds.). **Rokwood e Greens: fraturas em adultos**. 5. ed. Barueri: Manole, 2006. v. 2, cap. 38, p.1579-1633.

---

---

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H.; ARAÚJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, jan./fev. 2009.

BOCCHI, S. C. M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 569-573, set./out. 2004.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-738, jul./set. 2005.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 7 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ces/portaria\\_399-06.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ces/portaria_399-06.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2006/GM/GM=2528.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 mar. 2008. Seção I, p. 26-30. Republicado.

---

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Curso Básico do Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2008. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/PORT\\_MSGM\\_325\\_2008\\_REPUBLICA DA.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/PORT_MSGM_325_2008_REPUBLICA DA.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163- 177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis ( Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77- 93, jan./ abr. 2007.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773- 781, jan. 2003.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 24. n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

---

---

CAMPOS, J. F. S.; POLETTI, N. A. A.; RODRIGUES, C. D. S.; GARCIA, T. P. R.; ANGELINI, J. F.; DOLLINGER, A. P. A. V.; RIBEIRO, R. C. H. M. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 4, p. 193-197, out./dez. 2007.

CARTA de Ottawa. Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, novembro de 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/does/cartas\\_prom\\_saude.pdf](http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/does/cartas_prom_saude.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2009.

CASSONE, A.; VIEGAS, A. C.; SGUIZZATTO, G. T.; CABRITA, H. A. B. A.; AQUINO, M. A.; FURLANETO, M. E.; REIFF, R. B. M.; LEME, L. E. G.; AMATUZZI, M. M. Trombose venosa profunda em artroplastia total de quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 153-161, maio 2002.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 57-66, jan./fev. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. O idoso na família e seus cuidadores. In: CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Org.). **Compreendendo e cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006. cap. 3, p. 51-71.

---

---

CHIKUDE, T.; FUJIKI, E. N.; HONDA, E. K.; ONO, N. K.; MILANI, C. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura do colo do fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 197-199, 2007.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 330-336, mar./abr. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN- 159/1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=1970>>. Acesso em: 30 set. 2009.

DABOV, G.; PEREZ, E. Transtornos não-traumáticos diversos. In: CANALE, S. T. (Ed.). **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 10. ed. Barueri: Manole, 2006. v.1, cap. 25, p. 905-962.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS- DIEESE. **Salário mínimo nominal e necessário**. São Paulo, [200-?]. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salmin Menu09-05.xml#2008>>. Acesso em: 19 de agosto de 2008.

DUARTE, Y. A. O. A dependência e a perda da autonomia na velhice. In: CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Org.). **Compreendendo e cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006. cap. 2, p. 33-50.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set. 2004.

EUZÉBIOS FILHO, A.; GUZZO, R. S. L. Desigualdade social e pobreza: contexto de vida e de sobrevivência. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 35-44, jan./abr. 2009.

---

---

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 531-537, out./dez. 2006.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, fev. 2004.

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 95-102, jan./mar. 2004.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-399, maio/jun. 2009.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17- 27, jan. 2008.

FORTES, E. M.; RAFFAELLI, M. P.; BRACCO, O. L.; TAKATA, E. T. T.; REIS, F. B.; SANTILI, C.; LAZARETTI-CASTRO, M. Elevada morbimortalidade e reduzida taxa de diagnóstico de osteoporose em idosos com fratura de fêmur proximal na cidade de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 7, p. 1106- 1114, out. 2008.

---

---

FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnóstico de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 143-151, maio/ago. 2004.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 112-116, jan./mar. 2008.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, jan./abr. 2008.

GALI, J. C. Osteoporose. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-62, abr./jun. 2001.

GARCIA, M. A. A.; ODONI, A. P. C.; SOUZA, C. S.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 537-552, set./dez. 2005.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Porque fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 1, n. 2, p. 5-19, jul. /dez. 2006.

GOMES, R.; MENDOÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out. 2002.

GONÇALVES, D. Artroplastia do quadril com a prótese total de Charnley: bases biomecânicas, técnicas casuística pessoal, impressões preliminares. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. 363-371, jul. 2003.

---

---

GONÇALVES, F. D. P.; MARINHO, P. E. M.; MACIEL, M. A.; GALINDO-FILHO, V. C.; DORNELLAS DE ANDRADE, A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 121-126, jan./mar. 2006.

GUARNIERO, R. Osteoporose. In: HEBERT, S.; XAVIER, R.; PARDINI JÚNIOR, A. G.; BARROS FILHO, T. E. P. (Org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 30, p. 763-765.

GUERREIRO, D. C. G. O papel da fisioterapia no cuidado do idoso. In: CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Org.). **Compreendendo e cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional**. Botucatu: Conselho Editorial da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006. cap. 8, p. 143-151.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.

HARKESS, J. W. Artroplastia do quadril. In: CANALE, S. T. (Ed.). **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 10. ed. Barueri: Manole, 2006. v.1, cap.7, p. 315-482.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEBS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006.

HELITO, R. A. B.; BRANCO, J. N. R.; D'INNOCENZO, M.; MACHADO, R. C.; BUFFOLO, E. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-57, jan./mar. 2009.

---

---

HORN, C. C.; OLIVEIRA, S. G. Qualidade de vida pós-artroplastia total de joelho. **RBCEH: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 2, n. 2, p. 57-64, jul./dez. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2000**: características gerais da população: resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000\\_populacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2008.

JUÁREZ, G. M. R.; GOIS, C. F. L.; SAWADA, N. O. Ansiedade e medo: avaliação crítica dos artigos na área da saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. p. 139.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1. p. 25-36, jan./abr. 2004.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KAWASAKI, K. **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LEITE, M. T.; GONÇALVES, L. H. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 108-115, jan./mar. 2009.

LEMONS, M. C. D.; MIYAMOTO, S. T.; VALIM, V.; NATOUR, J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 46, n. 5, p. 323-328, set./out. 2006.

---

---

LENARDT, M. H.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; PÍVARO, A. B. R.; BORGHI, A. C. S. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 737-745, out./dez. 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil?: um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813- 824, 2002.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1085-1092, out./dez. 2006.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** 2001. 427 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MARIN, M. J. S. **Preparando o idoso para a alta hospitalar.** 1999. 170 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.; BERTASSI, V. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 560- 564, set./out. 2004.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. B.; ROCETI, L. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, jul. 2008.

---

---

MARQUES, R. M. Considerações sobre o tema do desemprego na economia “globalizada”. **Cadernos Puc. (São Paulo)**, São Paulo, n. 7, p. 67-82, 1998.

MARTELETO, L. J. O papel do tamanho da família na escolaridade dos jovens. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 159-177, jul./dez. 2002.

MARTINS, J. J.; SCHNEIDER, D. G.; BUNN, K. R.; GOULART, C. A.; SILVA, R. M.; GAMA, F. O.; ALBUQUERQUE, G. L. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 30-37, jan./mar. 2008.

MATHEUS, M. C. C.; PINHO, F. S. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 49-55, jan./mar. 2006.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizada no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, jul./set. 1993.

---

---

MORAES, M.; RODRIGUES, R.; BARR, R.; ONO, N. K.; FUJIKI, E. N.; MILANI, C. Resultados preliminares da artroplastia do quadril metal-metal de superfície (análise dos primeiros 40 casos com seguimento médio de 3 anos). **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 19-22, 2008.

MORAES, T. P. R.; DANTAS, R. A. S. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 323-329, mar./abr. 2007.

MOREIRA, M. D.; COSTA, A. R.; FELIPE, L. R.; CALDAS, C. P. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in outpatient facility. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 311-317, mar./abr. 2007.

MOREIRA, M. R.; CRUZ NETO, O.; SUCENA, L. F. M. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 161-173, jan./fev. 2003.

MORITA, I. A questão do trabalho: análise conceitual de uma variável fundamental na reprodução social. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 41, n. 2, p. 82-88, maio/ago. 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION- NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, M. L. P.; JANSEN, M. M.; ALMEIDA, M. A. Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidado de enfermagem em artroplastia total de quadril. **Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 74-76, 2007.

---

---

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Ação sobre os determinantes sociais de saúde**: aprendendo com as experiências anteriores. [S.l.], 2005. Disponível em: <[http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1\\_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2008.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/pdf/R4\\_comunica.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2009.

PASKULIN, L. M. G.; EIDT, O. R.; MORAIS, E. P.; JANSEN, M.; SCHOSSLER, T.; GONÇALVES, A. Clientes idosos submetidos à artroplastia total de quadril primária (ATQP): o que pensam a respeito do cuidado recebido no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-221, abr./ jun. 2004.

PATRIZZI, L. J.; VILAÇA, K. H. C.; TAKATA, E. T.; TRIGUEIRO, G. Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos à artroplastia total. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 44, n. 3, p. 185-191, maio/jun. 2004.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?: o discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-348, mar./ago. 2004.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 5, p. 49- 70.

---

---

PEREIRA, L. S. M.; GOMES, G. C. Avaliação funcional. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. (Ed.). **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 3, p. 17-30.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R, A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2003. p. 7-34.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p. 190-207.

RABELLO, B. T.; CABRAL, F. P.; FREITAS, E. P.; PENEDO, J.; CURY, M. B.; RINALDI, E. R.; PEIXOTO, L. Artroplastia total de quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 336-342, ago. 2008.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoa com deficiência física. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 123-131, abr./jun. 2005.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; CHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265- 1273, jul./ago. 2008.

SAKAKI, M. H.; OLIVEIRA, A. R.; COELHO, F. F.; LEME, L. E. G.; SUZUKI, I.; AMATUZZI, M. M. Estudo da mortalidade na fratura de fêmur proximal em idosos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 242- 249, out./dez. 2004.

---

---

SCHWARTSMANN, C. R.; BOSCHIN, L. C. Quadril do adulto. In: HEBERT, S.; XAVIER, R.; PARDINI JÚNIOR, A. G.; BARROS FILHO, T. E. P. (Org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 15, p. 362- 392.

SILVA, N. A.; MONTANDON, A. C. O. S.; CABRAL, M. V. S. P. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 6, S21- S28, 2008. Suplemento 1.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré- operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, nov./dez. 2005.

SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; MARQUES, C. C. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, jul./ago. 2008.

SUZUKI, I. Alterações ortopédicas em geriatria. In: HEBERT, S.; XAVIER, R. PARDINI JÚNIOR, A. G.; BARROS FILHO, T. E. P. (Org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, cap. 31, p. 766-770.

TASHIRO, M. T. O. Artroplastia total do quadril: processo de cuidar. In: TASHIRO, M. T. O.; MURAYAMA, S. P. G. (Org.). **Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Atneneu, 2001. cap. 23, p. 251-269.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARÃES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. **Revista Mal- Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 182-200, mar. 2006.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.

---

TURK, D. C.; BURWINKLE, T. M. Assessment of chronic pain in rehabilitation: outcomes measures in clinical trials and clinical practice. **Rehabilitation, Psychology**, Tempe, v. 50, n. 1, p. 56-64, 2005.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; COELHO, F. D.; SANCHEZ, M. A. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 3, p. 355-370, jan. 2007.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1765-1777, nov. 2007. Suplemento.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Metodologia qualitativa e quantitativa. In : \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. cap. 3, p. 33 - 44.

VONO, Z. E. **Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Ed. Senac, 2007.

YAMAMOTO, P. A.; LAHOZ, G. L.; TAKATA, E. T.; MASIERO, D.; CHAMLIAN, T. R. Avaliação da função e qualidade de vida em pacientes submetidos a artroplastia de ressecção tipo Girdlestone. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 214-217, 2007.

---

# *Apêndice*



## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Pesquisa:- Condições de vida de pacientes com Artroplastia Total Primária do Quadril (AT P Q.): Sentimentos e Alterações Vivenciadas.**

O presente trabalho objetiva compreender os sentimentos e as alterações na vida dos pacientes submetidos à artroplastia total primária do quadril que realizaram cirurgia no ambulatório de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), pretendendo identificar as características sociodemográficas desses pacientes e os fatores que interferem no processo de recuperação. Com estas informações vamos conhecer as dificuldades desses usuários e propor estratégias de cuidados, tendo como objetivo a melhoria nas condições de vida dessa população.

Para tanto será, realizado um trabalho de campo com entrevistas audiogravada divididas em uma primeira parte com itens de caracterização sociodemográfica, e a segunda com um roteiro de perguntas previamente estabelecidas para identificar os fatores que interferem no processo de recuperação após a cirurgia. Após a entrevista será feita uma análise de conteúdo a partir dos objetivos.

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: “**Condições de Vida de Pacientes com Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ): Sentimentos e Alterações Vivenciadas**” no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia - Famema. SP” realizada por Aparecida Bezerra de Lima, enfermeira, Coren 53537, aluna regular do mestrado em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina Botucatu FMB/UNESP, sob orientação da Dra. Ione Morita, socióloga da 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 desse trabalho. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, esse termo assinado, elaborado em duas vias, fica uma para o entrevistado e a outro será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Marília,..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
ENTREVISTADO

\_\_\_\_\_  
PESQUISADOR

Nome dos pesquisadores responsáveis:-

Aparecida Bezerra de Lima –

Rua: Aziz Atallah S/N Marília

Bairro Fragata C- Fone 0xx(14) 3402-1744, SP.

e-mail: aparecida.bezerra@famema.br

Profª Drª Ione Morita.

Rua: Isaltino Pinheiro de Castro, No 466, Botucatu, SP.

Telefone: (14) 3882-6384 E-mail: imorita@fmb.unesp.br

---

**Apêndice B** - Instrumento de coleta de dados

***Pesquisa: Condições de vida de pacientes com Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ): Sentimentos e Alterações Vivenciadas.***

**1. Condições Socioeconômicas.**

Rendimento:

- ( ) Até 01 salário mínimo.
- ( ) De 01 a 02 salários mínimos
- ( ) De 02 a 03 salários mínimos
- ( ) De 03 a 04 salários mínimos

**1. Número de pessoas que residem na casa.**

- 2.** Em relação à cirurgia no momento da alta hospitalar, houve orientações sobre cuidados em casa? Quais?
  - 3.** Quem cuidou do Sr (a) após a cirurgia?
  - 4.** Como foram os cuidados de higiene, curativo, locomoção?
  - 5.** Fez uso de algum medicamento após a sua cirurgia? Como foi para conseguir as medicações? E para utilizá-las?
  - 6.** Fale a respeito de exercícios/fisioterapia após a cirurgia.
  - 7.** Como foi para retornar ao ambulatório após a cirurgia?
  - 8.** O que mudou em sua vida após a cirurgia? (na casa, em relação à família, aos amigos, trabalho, vizinhos, comunidade, sentimentos, etc)
  - 9.** Como o Sr<sup>o</sup> (a) acha que os serviços de saúde poderiam atuar frente às situações como essas que vivenciou?
-

*Anexas*



**ANEXO A**

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil

Internações Valor total Valor médio AIH Média permanência Óbitos por Ano/mês compet.

Procedimento: 39016129 ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL NÃO CIMENTADA OU HÍBRIDA, 39018121 ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL CIMENTADA

Período: Jan/2007- Dez/ 2007

Ano/mês compet.	Internações	Valor total	Valor médio AIH	Média permanência	Óbitos
jan-07	797	2.720.866,29	3.413,88	7,3	18
fev-07	763	2.606.290,91	3.415,85	7,3	24
mar-07	831	2.831.932,34	3.407,86	7,6	19
abr-07	813	2.807.185,85	3.452,87	7,1	26
mai-07	921	3.144.629,70	3.414,36	7,3	21
jun-07	896	3.095.059,57	3.454,31	7,4	25
jul-07	876	3.048.606,86	3.480,14	6,9	17
ago-07	921	3.209.094,53	3.484,36	7,1	24
set-07	909	3.132.683,39	3.446,30	7,2	15
out-07	883	3.088.369,96	3.497,59	7,4	13
nov-07	801	2.828.280,14	3.530,94	7,3	12
dez-07	937	3.251.152,15	3.469,75	8	22
Total	10348	35.764.151,69	3.456,14	7,3	236

Fonte: Núcleo Técnico de Informações / Sistema de Informações Hospitalares

**ANEXO B**

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil

Internações Valor total Valor médio AIH Média permanência Óbitos por Ano/mês compet.

Procedimento: 0408040084 ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA, 0408040092 ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Período: Jan/2008- Dez/2008

Ano/mês compet.	Internações	Valor total	Valor médio AIH	Média permanência	Óbitos
<b>2008</b>					
jan-08	436	1.474.496,48	3.381,87	6,8	8
fev-08	725	2.451.541,57	3.381,44	7,4	20
mar-08	817	2.779.449,11	3.402,02	7,3	7
abr-08	767	2.629.784,85	3.428,66	7,1	17
mai-08	886	2.940.023,85	3.318,31	7,1	9
jun-08	877	2.956.744,43	3.371,43	7,3	16
jul-08	935	3.163.432,96	3.383,35	7,1	25
ago-08	1094	3.696.214,13	3.378,62	7,5	24
set-08	998	3.383.972,93	3.390,75	7,2	23
out-08	990	3.428.509,89	3.463,14	7,5	30
nov-08	916	3.135.816,79	3.423,38	7,1	11
dez-08	941	3.209.868,27	3.411,12	7,2	18
	<b>10382</b>	<b>35.249.855,26</b>	<b>3.395,29</b>	<b>7,2</b>	<b>208</b>

Fonte: Núcleo Técnico de Informações / Sistema de Informações Hospitalares

## Anexo C

**Faculdade de Medicina de Marília**  
**Hospital das Clínicas de Marília**  
**Pedido de Internação - Procedimentos Ambulatoriais**  
 (Pequena Cirurgia, Diagnose e Terapia)

INTERNACAO		(Preenchimento exclusivo do Sistema de Internação)	
-----		Numero Internacao: <b>1126000</b>	
Data : 31/10/2008	Hora: 16:48	Leito: 1 ID 970	Numero FAA: 0000000
Setor: CE-CLINICA ESPECIALIZADA		Prestador: 1.22.220.00-CIRURGIA GERAL	
Convenio: 01-SUS	Plano:	Pasta: NAO	
DADOS PESSOAIS			
-----			
Ignorado	: NAO		
Paciente	: <b>0238583 - TESTE III</b>		
Data Nascimento:	<b>20/12/1977</b>	Sexo:	<b>M</b>
CPF	: 00000000000	Documento:	nao consta
Nome da Mae	: TESTE	Telefone	:
Nome do Pai	: TESTE	Cor	: BRANCA
Nome do Conjugue:		Estado Civil:	SOLTEIRO
Naturalidade	: MARILIA/SP	Instrucao	: 1.o GRAU
Profissao	: ESTUDANTE	Religiao	: CATOLICO
ENDERECO			
-----			
Rua	: RUA DAS ROSAS	Numero:	56
Bairro	: PALHITAL	Complemento:	
Distrito :		CEP:	99999999
		Municipio:	999999 - IGORADO
		UF:	DF
DADOS COMPLEMENTARES			
-----			
Acompanhante	: XXXXXXXXXXXXXXXXX		
Vinculo	: AAAAAAAAAAAAAAAAAA		
Notificar	: XXXXXXXXXXXXX		
Endereco	: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Telefone	: XXXXXXXXXXXXX		
Informacoes	:		
Funcionario	: 4113-PAULO DONIZETI LUCON		

Solicitação Médica	
<b>Registro</b>	<b>Nome</b>
<b>Data</b>	<b>Hipótese Diagnóstica</b>
<b>Observação</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <b>Médico (carimbo e assinatura)</b>	

Queixa e Duração / História da Moléstia Atual
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Obs: Os dados para preenchimento do pedido de internação foram simulados.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)