UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

DISSERTAÇÃO

QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL

DIONE LIMA BRAZ

Pelotas, 2014

Dione Lima Braz

QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.ª Enf.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B827q Braz, Dione Lima

Qualidade de vida após cirurgia de fêmur ou quadril / Dione Lima Braz ; Maria Elena Echevarría-Guanilo, orientadora. — Pelotas, 2014.

104 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Qualidade de vida. 2. Fratura de fêmur. 3. Fratura de quadril. I. Echevarría-Guanilo, Maria Elena, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Folha de Aprovação

Dione Lima Braz

QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

Banca examinadora:

_____

Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo (UFPel)

_____

Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales (UFPel)

_____

Prof.ª Dr.ª Rosani Manfrin Muniz (UFPel)

_____

Prof.ª Dr.ª Celmira Lange (UFPel)

_____

Prof.ª Dr.ª Simone Coelho Amestoy (UFPel)

Dedicatória

À minha família, que é meu lugar para voltar quando as dificuldades aparecem e meu palco para comemorar cada vitória. Vocês são minha base, fazem tudo ser possível e fazem valer a pena.

À meu filho Gabriel, meu maior incentivador, meu parceiro de estudos, meu amigo, meu fã e meu ídolo, e, sobretudo, o amor da minha vida.

Agradecimentos

Aos membros da banca, Prof.ª Dr.ª Roxana Gonzales, Prof.ª Dr.ª Celmira Lange, Prof.ª Dr.ª Rosani Muniz e Prof.ª Dr.ª Simone Amestoy, pelo carinho na acolhida deste estudo, por suas considerações e sugestões, e pela generosidade em dividir conhecimentos e experiências.

Aos membros do GEPQ, em especial a Liliana Antoniolli, pelas contribuições e auxílio na execução deste estudo.

À Faculdade de Enfermagem e ao programa de Pós-Graduação da UFPel, por possibilitarem esta conquista e por me guiarem e incentivarem em mais esta etapa de minha caminhada acadêmica.

À Prof.ª Dr.ª Maria Elena pela dedicação e amizade; sobretudo pelo exemplo de profissionalismo e dedicação.

Aos colegas da pós-graduação, pelo aprendizado conjunto, pela diversão e companheirismo.

Aos participantes da pesquisa que tornaram possível a realização deste estudo dividindo conosco suas vivências e perspectivas.

Aos meus irmãos Neimar, Nelma, Elton, Andréia, Maristela e Marcos, pelo amor incondicional, apoio e incentivo.

À meu marido Alvaro pela parceria de vida, pelo amor, carinho e dedicação. Obrigado pela compreensão, companheirismo e assessoria técnica.

À meu filho Gabriel, razão maior da minha busca por aprimoramento, obrigado por encarar mais esta etapa a meu lado, por ser sempre compreensivo e amoroso.

À minha mãe que está sempre em meu coração e pensamento me inspirando. Saudades eternas.

À meu pai pela compreensão por minhas ausências e pelo orgulho que sempre demonstra.

À minha amiga Enf.ª Caroline Kroning por ter sido minha inspiração, por ter acreditado em meu potencial e incentivado esta caminhada, demonstrando seu carinho e amizade.

À minha amiga Enf.ª Renata Xavier, pela ajuda recebida e principalmente pela amizade e alegria garantida.

À minha equipe de trabalho no Banco de Sangue da Santa Casa de Misericórdia que sempre torceu por mim e sempre teve a palavra de incentivo na hora certa.

A todos os amigos e familiares que, de longe ou de perto, torceram por mim.

A esta força que temos dentro de nós, que nos faz acreditar no futuro, ter certeza da vitória e resiliência para encarar as dificuldades, DEUS.

Ninguém é suficientemente perfeito,
que não possa aprender com o outro e,
ninguém é totalmente destituído de valores
que não possa ensinar algo ao seu irmão.
(São Francisco de Assis)

RESUMO

BRAZ, Dione Lima. **Qualidade de vida após cirurgia de fêmur ou quadril**. Data da defesa: 28/03/2014. 106f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural). Orientadora: Maria Elena Echevarría-Guanilo. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo teve como objetivo identificar as mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos submetidos à cirurgia por fratura ou desgaste de fêmur ou quadril entre o terceiro (T1) e sexto (T2) mês após a cirurgia. Fizeram parte do estudo pacientes que realizaram cirurgia de fêmur ou quadril em um Hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2013, com protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa: 198/2013. Os participantes foram pré-selecionados a partir dos registros do serviço, sendo incluídos: adultos maiores de 18 anos, independente do sexo, que residissem em Pelotas/RS ou até 50 km de distância e que apresentassem condições emocionais e pontuação mínima de 13 no Mini-exame do Estado Mental (MEEM). Para a coleta de dados seguiu-se quatro etapas: 1.ª – identificação dos potenciais participantes nos registros do serviço; 2.ª – seleção dos participantes a partir dos critérios de inclusão e exclusão; 3.ª – contato telefônico para convite de participação e agendamento da entrevista no domicílio e a 4.ª etapa consistiu na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicação do formulário sociodemográfico, o MEEM e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF–36), sendo este aplicado em dois momentos, no terceiro e no sexto mês após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 19. Foi aplicado o Teste de *Mann-Whitney* para identificar diferenças das médias segundo as variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade e situação conjugal; e o teste de *Wilcoxon* para a identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 no T1 e T2. Nível de significância adotado p= 0,05. A amostra foi composta majoritariamente pelo sexo feminino (17) com média de 63,75 (DP: 20,78) anos e sem companheiro (14). As pontuações dos domínios se apresentaram variadas: 16,67 no domínio Aspecto Físico a 69,00 pontos em Saúde Mental na primeira medida (T1); e 12,50 em Aspecto Físico a 81,44 em Estado Geral de Saúde na segunda medida (T2). Os domínios Estado Geral de Saúde (M: 67,17 e M: 81,44) e Aspecto Emocional (M: 31,94; M:58,33), apresentaram mudanças positivas expressivas no T2. O domínio Dor apresentou média maior no sexo feminino (10,18) e menor no masculino (4,80), sendo estatisticamente significante (p=0,04). Os sujeitos com maior nível de escolaridade apresentaram médias mais baixas nos domínios Capacidade Funcional (Nível 1: 9,29 e Nível 2: 6,13), Aspecto Físico (Nível 1: 8,75, Nível 2: 7,75) e Aspecto Emocional (Nível 1: 8,75 e Nível 2: 7,75). Na comparação das médias do T1 e T2, apresentaram diferenças estatisticamente significantes, os domínios Estado Geral de Saúde (p=0,01) e Aspecto Emocional (p=0,05), observando-se aumento nas pontuações médias no T2, indicando melhora na avaliação. Conclui-se que a amostra do estudo foi composta predominantemente por idosos do sexo feminino e sem companheiro conjugal. Houve redução das médias em cinco dos oito domínios do SF-36, inferindo-se piora da QVRS no T2, sendo o domínio Aspecto Físico o mais afetado. Mulheres apresentaram melhores médias para o domínio Dor, representando uma variação significativa. Na avaliação

entre T1 e T2 apresentou significância estatística a elevação nas médias dos domínios Estado Geral de Saúde e Aspecto Emocional, no T2.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Fratura de fêmur; Fratura de quadril.

Abstract

BRAZ, Dione Lima. **Life quality after femur or hip surgery**. 2014. 106f. Dissertation (Master Degree). Pós-graduate program in Nursin. Federal University of Pelotas, 2014.

This study aimed to identify the changes found on life quality evaluation related to adults surgery submitted caused by femur or hip fracture or wear between the third (T1) and the sixth (T2) month after the procedure. Patients that were femur or hip surgery submitted in a large Hospital in a city in Rio Grande do Sul, Brazil, in the period between March and May of 2013, under the protocol number 198/2013 of Research Ethics Committee, have taken part on it. The participants were pre-elected from the service register, being included: higher than 18 year-old adults, gender independent, that Pelotas/Rs residents or up to 50 km far and have presented emotional conditions and a minimal punctuation of 13 on the Mental State Mini-Test (MSMT). Four steps were followed to the data collection: 1st – potential participants identification on the registers; 2nd – participants selection under the inclusion and exclusion criteria; 3rd – phone contact to invite to participate and further home interview appointment and 4th – step that consisted on the Free and Clear Consent Term signature and socio-demographic form, the MSMT and the *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF–36) application, being the last applied on the third and the sixth month after the femur or hip surgery. The data were analyzed though the *Statistical Package for Social Science* (SPSS) program, version 19. The *Mann-Whitney* Test was applied to identify the average differences according to gender, age, school degree and marital status; and the *Wilcoxon* Test to identify the differences among the SF-36 in T1 and T2 medium domain. The significant level adopted was *p*= 0,05. The sample was mainly composed by females (17) with an average age of 63,75 (DP: 20,78) and single (14). The domains punctuation have been presented varied: from 16,67 on the Physical Aspect domain to 69,00 points in Mental Health on the first measurement (T1); and 12,50 in the Physical Aspect to 81,44 in the Health General Sate on the second measurement(T2). The Health General State (M: 67,17 and M: 81,44) and Emotional Aspect (M: 31,94; M:58,33) domains have presented expressive positive changes in T2. The Pain domain has presented a higher average on females (10,18) and a lower on males (4,80), being statistically significant (p=0,04). The subjects with a higher school degree have presented the lower averages in the Functional Capacity (Level 1: 9,29 and Level 2: 6,13), Physical Aspect (Level 1: 8,75, Level 2: 7,75) and emotional Aspect Level (Level 1: 8,75 and Level 2: 7,75). Comparing the T1 and T2 averages, the Health General State (p=0,01) and Emotional Aspect (p=0,05) were statistically significant, being an increase on the medium punctuation on T2, indicating a evolution on the evaluation. It is concluded that the sample was composed by single elders from the female gender. There was an average decrease on five of the eight domains of SF-36 and it is noticed a worsening in the QVRS of T2, being the Physical Aspect domain the most affected. Women have presented better average on the Pain domain, representing a significant variation. The evaluation between T1 and T2 has presented statistical relevance on the average elevation in the Health General State and Emotional Aspect domains in T2.

Key Words: Quality of life, Femur fracture, Hip fracture

Sumário

I Projeto de Pesquisa..... 11

II Relatório do Trabalho de Campo..... 76

III Artigo de Defesa..... 84

I PROJETO DE PESQUISA

Dione Lima Braz

QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo

Pelotas, 2014

Lista de Quadros

Quadro 1 - Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.....42

Quadro 2 - Cronograma das atividades.....43

Lista de abreviaturas

ATQ	Artroplastia total do quadril
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EQ 5D	*EuroQol-5 Dimension*
GDS	*Geriatric Depression Scale*
HHS	*Harris Hip Score*
HUI	*Health Utilities Index*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
MEEM	Mini-exame do Estado Mental
MOS	Levantamento de Apoio Social
MRSA	*Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBV	Suporte Básico de Vida
SF 36	*Short Form Health Survey*
SF-6D	*Short-Form six-dimension utility index*
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	*World Health Organization Quality of Life assessment*
15 D	15 D *Instrument*

Sumário

1 Introdução..... 16
1.1 Justificativa..... 18
2 Objetivos..... 20
2.1 Objetivo Geral..... 20
2.2 Objetivo Específico..... 20
3 Hipóteses..... 21
4 Revisão de Literatura..... 22
4.1 Qualidade de vida: conceito e avaliação..... 22
4.2 Afecções de fêmur e quadril: ocorrência, tratamento e impacto na qualidade de vida..... 28
5 Metodologia..... 35
5.1 Caracterização do estudo..... 35
5.2 Local do estudo..... 35
5.3 População do estudo..... 36
5.4 Critérios para seleção dos sujeitos..... 36
5.4.1 Critérios de inclusão..... 36
5.4.2 Critérios de exclusão 36
5.5 Instrumentos de coleta de dados..... 36
5.5.1 Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos..... 36
5.5.2 Mini-exame do Estado Mental – MEEM..... 37
5.5.3 *The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey* (SF-36)…… 37
5.6 Procedimento para coleta de dados..... 38
5.7 Variáveis..... 39
5.8 Análise dos dados..... 39
5.9 Procedimentos éticos..... 40
5.10 Divulgação dos resultados..... 41
6 Orçamento e recursos envolvidos..... 42
6.1 Recursos humanos..... 42
6.2 Recursos materiais e plano de despesas..... 42
7 Cronograma..... 43
Referências..... 44
Apêndices..... 56
Anexos..... 69

1 Introdução

O termo Qualidade de Vida (QV) envolve muitos significados, que refletem experiências e valores dos indivíduos e da coletividade. QV é, portanto, uma construção social com a marca da diversidade de hábitos e costumes (MINAYO; HARTZ e BUSS, 2000).

QV consiste na percepção do indivíduo de sua posição na vida, na conjuntura cultural, social e no sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e inquietações (The WHOQOL Group, 1995).

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) contempla a avaliação do estado de saúde e da capacidade funcional, considerando a longevidade, o acesso à saúde e os sintomas ou sequelas resultantes da doença ou tratamento. Deve-se avaliar ainda a capacidade do indivíduo de desempenhar suas atividades diárias, de acordo com sua idade e papel social (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005).

A avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde pode ser afetada por diversas condições as quais podem ser provenientes de causas externas (acidentes automobilísticos, fraturas, queimaduras, quedas, entre outros) ou ainda em consequência de enfermidades. Estas alterações de saúde podem levar ao desenvolvimento de condições crônicas que repercutem de forma significante na avaliação de QVRS (MINAYO, HARTZ, e BUSS, 2000; CHAGAS, 2011).

No contexto atual de envelhecimento populacional, o tema QV torna-se cada vez mais relevante como área de investigação e de contribuição para o aprimoramento das ações de saúde tendo como consequência o aumento da prevalência de doenças ou condições crônicas (CARNEIRO et al., 2013).

Dentre estas condições as afecções musculoesqueléticas, por exemplo, as fraturas de fêmur e a fratura ou desgaste de quadril, tem alcançado números expressivos. Não apenas em razão do envelhecimento populacional, como também devido ao aumento do número de acidentes automobilísticos geradores de traumas

de grande impacto. A frota de veículos cada vez maior, circulando no mundo inteiro, em que o sistema viário e o planejamento urbano não acompanharam tal crescimento, contribuem com a crescente agressividade dos motoristas e o aumento no número de acidentes de trânsito (CHAGAS, 2011; MARIN e QUEIROZ, 2000).

Cerca de 3% dos pacientes acometidos por fratura de fêmur e dois terços dos pacientes com fraturas ou luxações de quadril tem menos de 50 anos, sendo ambas geralmente decorrentes de impacto de alta energia, podendo culminar em complicações sistêmicas importantes (POZZI et al., 2011; PIRES et al., 2010).

As fraturas podem acarretar em imobilidade, dependência dos familiares e mortalidade. As fraturas de fêmur são bastante comuns em pacientes idosos com comorbidades associadas, geralmente, relacionadas à queda, que decorre da dificuldade visual, auditiva, de equilíbrio, uso de medicamentos, perda progressiva de força nos membros inferiores, osteoporose, dentre outros (BRASIL, 2009; POZZI et al., 2011).

Lesões de fêmur ou quadril em pacientes idosos, especialmente com mais de 70 anos de idade, geralmente são decorrentes de traumas de baixa energia, em que as mulheres são mais acometidas que os homens, numa proporção de 3:1 (POZZI et al., 2011).

Em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo que avaliou a QV em idosos após um ano de fratura os autores constataram que de um total de 73 pacientes estudados, 44,2% voltaram a deambular sem auxílio e 11,5% não conseguiram mais deambular, mesmo com auxílio. Esta perda funcional tem efeito marcante na QV dessa população, refletindo não só no comprometimento da capacidade motora, mas também na forma como este paciente percebe sua inserção social e familiar frente a sua limitação física, refletindo em sua avaliação de estado de saúde (GUIMARÃES et al., 2011).

Em estudo caso-controle que comparou 61 pacientes após fratura (idade média de 74 anos) e 61 pacientes controle, sem fratura (idade média de 73 anos), demonstrou que a ocorrência de fraturas representam importante preditor de piora da saúde física resultando em declínio na avaliação da QVRS (ROHDE et al., 2010).

Houve um crescimento aproximado de 40% no número de internações decorrentes de fraturas em idosos do ano de 2001 para o ano de 2009, sendo o sexo feminino o mais atingido (BRASIL, 2009).

Os dados epidemiológicos apontam ainda, a repercussão econômica da ocorrência deste agravo. Nos Estados Unidos ocorrem mais de 500 mil fraturas de quadril por ano. Estima-se que em 2040 o custo de tratamento desses pacientes chegue a, aproximadamente, 16 bilhões de dólares por ano (BUCHOLZ et al., 2006). No Brasil, no ano de 2009 o Sistema Único de Saúde (SUS) teve um gasto aproximado de 81 milhões de reais com o custeio do tratamento de fraturas em pacientes idosos (BRASIL, 2009).

Fleck (2008) refere que na última década é crescente a preocupação de pesquisadores acerca da avaliação de QVRS e ressalta a consideração dessas medidas como respeitáveis indicadores de avaliação da efetividade de intervenções terapêuticas.

Considerando a amplitude do conceito de QV e as mudanças decorrentes da correção cirúrgica de fratura ou desgaste do fêmur ou quadril, somadas aos preocupantes dados epidemiológicos relacionados a este agravo, entendemos como relevante a avaliação da QVRS nestas condições, a fim de proporcionar à equipe de enfermagem o conhecimento e a compreensão dos fatores envolvidos no processo de recuperação, possibilitando pautar planejamentos, atividades e condutas sendo um facilitador neste processo.

1.1 Justificativa

A ocorrência de cirurgias de fêmur e de quadril vem aumentando nas últimas décadas, tendo como principais fatores associados o envelhecimento populacional e a imprudência de motoristas e motociclistas no trânsito. As equipes de saúde devem estar aptas a prestar assistência de maneira integral, uma vez que não apenas as funções orgânicas entram em desequilíbrio, mas todo um conjunto de dimensões subjetivas que afetam diretamente a qualidade de vida (SAKAKI et al., 2004; ARRUDA et al., 2009; SHYU et al., 2010).

Ao respeito, Guimarães et al. (2011) apontam que a maioria dos estudos focaliza a elevação da mortalidade após a ocorrência de fraturas de fêmur, no entanto poucos estudos avaliam a morbidade e a implicação de mudanças/limitações provocadas pela nova condição na qualidade de vida desses indivíduos. Uma vez que a necessidade de indivíduos serem submetidos à cirurgia devido a fraturas de fêmur ou por fratura ou desgaste articular de quadril, somado a

outros fatores, tais como grau de dependência prévia e recursos disponíveis, poderia levar ao desenvolvimento de limitações físicas e influenciar negativamente na qualidade de vida desses sujeitos (OLIVO-RODRÍGUEZ; TAPIA-PÉREZ; JIMÉNEZ-AVILA, 2012).

Desta maneira, a realização do presente estudo justifica-se pela necessidade de produzir conhecimento, acerca da QVRS de pacientes submetidos à cirurgia de fêmur ou de quadril, em decorrência de fratura ou desgaste da articulação, auxiliando na identificação precoce de aspectos a serem abordados por profissionais de saúde, tais como a enfermagem, no processo de recuperação e no plano de alta, os quais contribuam na melhoria da QVRS após o tratamento e a alta hospitalar.

Diante do exposto a questão que norteará este estudo será: **Quais as mudanças ocorridas na avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos após cirurgia de fêmur ou quadril no terceiro e sexto mês após a cirurgia?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Identificar as mudanças ocorridas na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e sexto mês após a cirurgia.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os pacientes submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril;

Identificar as diferenças na avaliação de QVRS, segundo sexo, idade, anos de escolaridade, situação conjugal e tipo de cirurgia entre o terceiro e o sexto mês após a cirurgia;

Identificar os fatores preditores para QVRS de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e o sexto mês após a cirurgia.

3 Hipóteses

- Idosos representam a maior proporção dos pacientes submetidos a cirurgias por fratura/desgaste de quadril ou fratura de fêmur;
- Sexo, idade, anos de escolaridade, situação conjugal e tipo de cirurgia influenciam na avaliação da QVRS nos primeiros seis meses após realização do procedimento cirúrgico.

4 Revisão de literatura

Com o objetivo de organizar as informações e os principais conceitos que sustentaram esta proposta de estudo, nesta seção apresentaremos uma revisão de literatura, a qual foi organizada em dois subtítulos: 1) Qualidade de vida: conceito e avaliação, e 2) Afecções de fêmur e quadril: ocorrência, tratamento e impacto na QVRS.

4.1 Qualidade de vida: conceito e avaliação

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) é resultado de um processo histórico que teve seu início antes da era cristã e sofreu alterações ao longo do tempo, sendo aprimorado, ampliando sua abrangência (FAYER e MACHIN, 2007).

Entretanto, o termo QV foi mencionado pela primeira vez por *Lyndon Johnson*, em 1964, na ocasião presidente dos Estados Unidos. Ele afirmou que os objetivos de uma nação não podem ser medidos através do balanço financeiro, mas sim, da QV proporcionada às pessoas (FLECK et al., 1999). Com o passar do tempo o conceito se popularizou, passando a ser utilizado como sinônimo de bem-estar, condições adequadas de vida e satisfação (MUSSCHENGA, 1997).

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948; p. 100) definiu saúde como: “o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência da doença”. Baseando-se neste conceito, a partir de 1975, áreas médicas que tratavam de patologias com baixa perspectiva de cura, passaram a primar pelo bem-estar do paciente, surgindo a necessidade de implementar a avaliação da QV (BLAY e MERLIN, 2013). Tal avaliação poderia oferecer informações acerca da mudança em distintos aspectos de saúde e novas intervenções poderiam ser propostas para a realização dos cuidados.

Em 1995, pesquisadores da OMS, integrantes do Grupo *World Health Organization Quality of Life assessment* – WHOQOL conceituaram QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de

valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). Este conceito apresenta a importância da compreensão da QV como um conceito multidimensional e que quando abordada a temática, é necessário atentar para a pluralidade das questões envolvidas (ALMEIDA et al., 2012). Tais como: aspectos culturais, crenças, hábitos, significados conferidos a – por exemplo – vida e a saúde, expectativas ou planos, aspetos econômico, responsabilidades sejam essas profissionais, como membro de uma família ou dentro da sociedade.

Sua avaliação, então sofreu influência de aspectos físicos, sociais, econômicos, religiosos e morais, os quais o tornaram um conceito amplo e multidimensional, que poderia ser utilizado por diversas áreas do conhecimento como arquitetura, publicidade, campanhas políticas e saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Os termos Saúde e QV já foram considerados como sinônimos, entretanto convém ressaltar que a saúde é um domínio que forma parte da QV. Isto é, a saúde forma parte do aspctos que compõe o amplo conceito de QV (FLECK, 2008); como a dor, a qual é discutida como componente importante da avaliação de saúde, a qual interfere na avaliação da QVRS. Portadores de dor crônica sofrem alterações importantes em suas atividades diárias, isto em decorrência da intensidade da dor e consequente redução de sua capacidade física. Tais mudanças se refletem na baixa avaliação de QVRS (QUEIROZ et al., 2012).

A introdução do conceito de QV na área da saúde foi impulsionada pelo avanço tecnológico das ciências médicas, pelo consequente incremento na epidemiologia das doenças crônicas e pelas críticas ao modelo assistencial no qual o ser humano é visto como uma estrutura a ser reformada (SIQUEIRA, 2005).

Na procura de um conceito que defina QV, de forma a representar um norte único, pesquisadores e estudiosos da temática têm se deparado com a dificuldade na amplitude do conceito e na sua essência, principalmente, subjetiva (FLECK, 2008; ALMEIDA et al. 2012; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Valderas et al. (2005) apontam que QVRS está atrelada à capacidade funcional, à duração da vida, aos sintomas ou lesões provenientes da doença e tratamento, e à habilidade de desempenhar as atividades diárias. Pode-se considerar que QVRS é um fenômeno subjetivo, o qual é, frequentemente, avaliado através de autorrelato e está, necessariamente, ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Portanto, a avaliação

da QVRS engloba domínios relacionados a aspectos físicos, psicológicos e de funcionamento social; sua avaliação permite que profissionais de saúde identifiquem aspectos específicos afetados e planejem suas intervenções a partir deste conhecimento (TESTA; SIMONSON, 1996; CHIU et al., 2012).

Para Theofilou (2013) a dificuldade na diferenciação dos conceitos de QV em grande parte dos estudos, pode estar relacionada com a ampla variedade de definições para QV e QVRS. A partir das definições propostas, o autor aponta que QVRS estaria definida como níveis ótimos de saúde mental, física e de funcionamento social, incluindo as relações e percepções de saúde, aptidão, satisfação de vida e bem-estar. Ainda, avaliações do nível de satisfação do paciente com o tratamento e resultado, em relação a seu estado de saúde e perspectivas de futuro, devem ser incluídas.

Assim, a QVRS contemplaria a avaliação do estado de saúde, a capacidade funcional, a duração de vida, os sintomas ou lesões provenientes de doença e tratamento, e a oportunidade de saúde das pessoas (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). Os autores destacam que ao se utilizar o conceito de QVRS torna-se necessário analisar a capacidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas, ponderando seu papel social e sua idade.

Nos últimos 50 anos, é crescente o interesse pelo estudo, avaliação e discussão acerca da avaliação da QV. Fleck (2008) sugere que esta demanda crescente deve-se, principalmente, ao fato da avaliação valorizar a perspectiva do paciente e permitir a estimativa do real impacto de uma enfermidade e seu tratamento sob um aspecto multidimensional. Frente à necessidade de avaliação de QV, Lopes et al. (2007) apontam que nas últimas décadas foram desenvolvidos e publicadas uma série de instrumentos e escalas com esta abordagem, os quais se destinam a complementar a avaliação dos dados clínicos e objetivos.

A qualidade de vida em condições crônicas deverá seguir a recomendação da OMS de incluir múltiplas dimensões de funcionamento e bem-estar. Tais medidas vêm sendo reconhecidas atualmente também como instrumento de avaliação de efetividades de intervenções terapêuticas (FLECK, 2008).

Os instrumentos que se destinam a esta avaliação podem ser classificados em genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos estão direcionados para a quantificação da percepção do paciente sobre seu estado de saúde geral, isto é, sem especificidade de determinada condição de saúde. Sua ampla base confere a

vantagem de permitir a comparação de diferentes grupos de indivíduos (saudáveis ou não) ou diferentes fases da doença ou tratamento. Os instrumentos específicos são aplicados em determinadas áreas ou ainda para avaliar uma terapêutica específica, não podendo ser comparados com estudos de outras patologias (LOPES et al., 2007; SIQUEIRA, 2005; FAIRCLOUGH, 2010). Estes estão direcionados a capturar informações surgidas a partir da avaliação de uma condição (ou doença) de saúde específica, por exemplo, câncer, fraturas de quadril, queimaduras e Parkinson.

Cabe ao pesquisador escolher o instrumento genérico ou específico a ser utilizado, isto a partir do objetivo pretendido e características da população alvo do estudo que pretende desenvolver ou situações que pretende avaliar. Ainda, é importante que o avaliador ou pesquisador tenham clareza, prévia à escolha do instrumento a ser utilizado, do objetivo da avaliação, situação do paciente (hospitalizado ou não) e outras características, por exemplo, grau de instrução, idade e momento da aplicação, uma vez que aspectos como estes poderão influenciar na compreensão do instrumento.

Lopes et al. (2007) em estudo que descreve instrumentos de avaliação de QV em ortopedia, sugere a utilização de um instrumento específico para a condição ou doença de interesse, associado à utilização de um instrumento genérico e cita o SF-36 como o genérico mais utilizado, em nível mundial, para avaliação de pacientes com desordens músculo esqueléticas.

Prévio à definição do instrumento a ser utilizado para avaliação de QVRS, no presente projeto, foi realizada uma busca bibliográfica que permitisse identificar quais instrumentos estariam sendo utilizados para tal avaliação. Para tanto, se consultou a base de dados *Public Medical – Pubmed*. Após a consulta ao *MeSh* (*Medical Subject Headings*) foram definidos como descritores de busca: "*Femoral Fractures*" e "*Quality of Life*" unidos por meio do operador booleano AND.

O descritor *Quality of Life* foi selecionado como tópico maior e foram estabelecidos como limites de busca: adultos, humanos, idiomas inglês/português/espanhol, publicados nos últimos cinco anos. O tempo de publicação de cinco anos objetivou proporcionar a consulta da literatura atual.

Desta busca emergiram 38 artigos (APÊNDICE A), dentre os quais: seis estudos não utilizaram escalas para avaliação (LOPEZ et al., 2013; WEISSENBERGER et al., 2013, SPLAVSK et al., 2013; HUTCHINGS, FOX e

CHESSER, 2011; SEEMAN et al., 2010; ZIDÉN et al., 2010); cinco estudos utilizaram o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF–36) (OLIVO et al., 2012; ROHDE et al., 2010; SHYU et al., 2010; HALLBERG et al., 2009; SHYU et al., 2009); Doze utilizaram o *EuroQol-5 Dimension* (EQ 5D) (LEONARDSSON et al., 2013; BORGSTRÖM et al., 2013; MIEDEL et al., 2012; BEAUPRE et al., 2012; . LEE et al., 2012; SCHAAFSMA et al., 2012; MIEDEL et al., 2011; HOEKSTRA et al., 2011; ADACHI et al., 2011; ENOCSON et al., 2009; EKSTRÖM et al., 2009; HAGINO et al., 2009); dois utilizaram a associação entre estas duas escalas (SF-36 e EQ 5D) (ROUX et al, 2012; ADACHI et al, 2010); Quatro estudos utilizaram o SF-36 associado a outras escalas: *Harris Hip Score* - HHS, Levantamento de Apoio Social – MOS, *Geriatric Depression Scale* – GDS, *Questionnaire Quality of Life Questionnaire in Patients with Fertebral Fractures* – QUALEFFO-41 (GIESSAUF et al., 2012; SHYU et al., 2012; RONDANELLI et al., 2011; JAHELKA et al., 2009); dois estudos utilizaram WOHOQL (CHIU et al., 2012; YAO, LEE, TSAUO, 2009); um estudo utilizou a associação entre 15 D *Instrument* – 15 D e *short-form six-dimension utility index* – SF-6D (ROHDE, MOUM, HAUGEBERG, 2012). Seis artigos adotaram as seguintes escalas: *Short Form 12-Item Survey- SF-12* (SCHNEPPENDAHL et al., 2011) HHS (HEDBECK et al., 2011), *Health Survey* SF-8 (KATO, HOSHIYAMA, HARADA, 2010), GDS (SHYU et al., 2009), *Karnofsky Performance Scale Index* – Karnofsky (LÓPEZ et al., 2009), e *Health Utilities Index* –HUI (PAPAIOANNOU et al., 2009).

Dando seguimento a busca, foram mantidos os limites de busca estabelecidos e estruturada estratégia de busca com os descritores controlados "*Quality of life*" e "*Hip Joint*", sendo o primeiro descritor selecionado como tópico maior para a busca. Desta estratégia emergiram 18 artigos (APÊNDICE B): três estudos não aplicaram escalas (DAMPIER et al., 2011; JIANG et al., 2011; SCHAFROTH et al., 2010); dois estudos aplicaram o SF-36 (SAMUEL et al., 2012; SHI et al., 2009); quatro estudos aplicaram o SF-36 associado a outras escalas: *Western Ontario e McMaster Universities Osteoartrite Index* – WOMAC (GREIDANUS et al., 2013), SF-36 associado a *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* – BASDAI, *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score* – ASDAS, *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI) e *Ankylosing Spondylitis Quality of Life* – ASQoL (YILMAZ et al., 2013). SF-36 associado ao *Toronto Extremity Salvage Score* –TESS e *Musculoskeletal Tumor Society* – MSTS (GRIESSER et al., 2012), SF-36 associado

a HHS e WOMAC (MARICONDA et al., 2011); um estudo usou EQ 5D associada a WOMAC (ENGESAETER et al., 2013); um estudo usou em conjunto as escalas WOMAC , *Oxford Hip Score*, e SF-12 (RAHMAN et al., 2013); os demais estudos (7) optaram pela aplicação das escalas: *Assessment of Quality of Life* – AQoL (ACKERMAN et al., 2013), *Hip Outcome Internacional 33 – iHot 33 e Hip Outcome Internacional 12* (GRIFFIN et al., 2012), iHot 33 (MOHTADI et al., 2012), WOMAC associado a *Psychological Distress Scale – Kessler* e AQoL (ACKERMAN e OSBORNE, 2011), WOMAC associado a *Score Oxford, UCLA Activity Score* e SF-12 (AL-TAKI et al., 2011), *Osteoporosis Assessment Questionnaire-Short Version* – OPAQ-SV (SILVERMAN et al., 2012) e HHS (MALVIYA, STAFFORD e VILLAR, 2012).

Dos 56 artigos selecionados, 47 referiram a utilização de alguma escala sendo que deste total o SF-36 foi aplicada, sozinho ou em associação a outro instrumento, em 17 artigos, sendo a ferramenta mais utilizada, seguida do EQ5D. Desta maneira, a utilização do instrumento SF-36 encontra embasamento na literatura atual, por ser amplamente utilizada em nível mundial para propor a avaliação de QVRS para população alvo deste estudo.

Embora, majoritariamente, os estudos que utilizam o SF-36 abordaram a população idosa, este instrumento também foi utilizado com êxito em população adulta (abaixo de 60 anos de idade) (ASTUR et al., 2011) sendo apontado como um questionário genérico, de fácil aplicação, validado para língua portuguesa (CICONELLI et al., 1999) e que atende à proposta do presente estudo.

Para Chikude et al. (2007), no tangente a capacidade funcional, o instrumento de avaliação do estado de saúde SF-36 avalia a ocorrência e o alcance das limitações relacionadas à capacidade física. Na avaliação relacionada aos aspectos físicos e emocionais são abordadas, não somente as limitações na especificidade e quantidade de trabalho, como também o impacto na vida diária do paciente.

O SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e traduzido e validado para o português do Brasil por Ciconelli et al. (1999). Foi proposto com a finalidade de ser um questionário de ampla avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Sua estrutura permite a representação de múltiplas dimensões (WARE e SHERBOURNE, 1992; CICONELLI et al., 1999).

A fim de compreendermos melhor as circunstâncias de saúde que levam os pacientes a uma condição cirúrgica, seja em decorrência de um evento traumático

ou de cunho degenerativo, e seu processo de recuperação e readaptação, a seguir apresentaremos um capítulo abordando esta temática.

4.2 Afecções de fêmur e quadril: ocorrência, tratamento e impacto na QVRS

Os ossos são definidos como peças rígidas, de número, formato e coloração diversos que em conjunto formam o esqueleto humano. Sua estrutura está formada por tecido ósseo, cartilaginoso, conjuntivo denso, epitelial, adiposo e nervoso, e tem como função a sustentação do organismo, a proteção de estruturas vitais, o armazenamento de sais e a função hematopoiética (FATTINI e DANGELO, 2007; FALOPPA e ALBERTONI, 2008).

No presente estudo abordaremos o fêmur, que é classificado como um osso longo e o quadril ou cintura pélvica, considerado um osso irregular, bem como as condições que comumente implicam em alterações de saúde, que requerem de uma intervenção cirúrgica e os reflexos na qualidade de vida dos sujeitos.

Os ossos longos são constituídos pelas extremidades chamadas de epífises e pelo corpo, chamado de diáfise. Apresentam o comprimento maior que a largura e são levemente curvados a fim de conferir maior resistência. O fêmur é o maior e mais pesado osso do corpo humano. Tem articulação proximal com o quadril e distal com a patela e tíbia (FATTINI e DANGELO; 2007; SHETH e LONNER, 2010).

A cintura pélvica é uma estrutura complexa, projetada para garantir sustentação do peso e auxiliar na mobilidade, por exemplo, na deambulação. O osso do quadril é formado pelo íleo, ísquio e púbis que se fundem durante a puberdade formando uma única peça óssea. O quadril articula-se entre si anteriormente em nível da sínfise púbica e posteriormente com o sacro e, ainda, com o fêmur (FATTINI e DANGELO, 2007).

Além de sustentação, os ossos e as articulações, representam importantes estruturas de movimentação do corpo, as quais são submetidas, ao longo da vida, a distintas forças e atividades, podendo acarretar em fraturas ou desgastes. Estas, por sua vez, podem culminar no estabelecimento de condições crônicas, visto que as fraturas ou o desgaste destas estruturas acarretam em dor, limitações de mobilidade, perda de força e afastamento das atividades de vida diária, afetando a qualidade de vida (LOPES et al., 2007; SHET e LONNER, 2010).

As fraturas da diáfise do fêmur são lesões graves, decorrentes de forças violentas, muitas vezes associadas a comprometimento de outros órgãos, podendo

determinar deformidades e sequelas ao paciente, em razão de complicações imediatas ou tardias (PIRES et al., 2006).

O tratamento para estas condições pode ser conservador ou cirúrgico. O tratamento conservador é pouco utilizado em adultos e restringe-se aos pacientes cuja condição clínica contraindique severamente o procedimento cirúrgico. Já o tratamento cirúrgico é mais frequente, pois confere recuperação mais eficiente e rápida, possibilitando maior chance de retomada da vida cotidiana (CHIKUDE et al., 2007) e diminuindo o risco de complicações, tais como sequelas motoras, infecção, dentre outras (PIRES et al., 2006).

O tratamento conservador para as fraturas de diáfise do fêmur envolve, por exemplo, a utilização de tração cutânea, esquelética e imobilização gessada. A tração cutânea é realizada com pesos sobre a tira da tração ou uma bota de espuma fixada à pele, sendo utilizada para controlar o espasmo muscular e para imobilizar a área antes de uma cirurgia. O peso aplicado não deve ultrapassar a tolerância da pele (em geral 2 a 3,5 quilos) (EDWARDS; DANDY, 2011).

A tração esquelética é utilizada com maior frequência para tratar de fraturas de fêmur, tíbia, úmero e da coluna cervical. É aplicada em ato cirúrgico, através de um pino ou fio metálico inserido no osso distal à fratura. Os pesos são fixados aos pinos através de um arco por um sistema de cabos e roldanas, que exercem tração em quantidade e direção apropriada. Uma tração esquelética efetiva utiliza como frequência pesos de sete a 12 quilos. A imobilização gessada consiste em impedir a mobilidade do membro através da utilização de tala gessada ou aparelho gessado, que mantém a redução e alinhamento da fratura proporcionando alívio da dor e auxiliando na correta consolidação da fratura (EDWARDS; DANDY, 2011).

Ambas condutas, anteriormente referidas, implicam na permanência do paciente no leito até indicação da terapêutica a ser seguida. Aspetos como tratamento em unidades não especializadas, equipamentos inadequados, número insuficiente de profissionais de saúde, entre outros; podem contribuir para o surgimento de outras complicações, tais como, problemas respiratórios e úlceras por pressão, principalmente entre pacientes idosos. Situações que podem interferir no período de recuperação no ambiente hospitalar e após a alta.

Astur et al. (2011) em estudo que objetivou analisar os dados epidemiológicos de pacientes com fratura de fêmur, frente a um total de 314 casos, concluíram que há discreto predomínio das fraturas do colo de fêmur (52,9%) em relação às fraturas

transtrocanterianas (47,1%). A idade dos pacientes variou entre 21 e 100 anos, sendo as fraturas de fêmur mais frequentemente encontradas em pacientes maiores de 60 anos de idade. Ainda, os autores encontraram relação significativa entre a faixa etária e o diagnóstico, sendo que o diagnóstico de fratura do colo de fêmur ocorreria, predominantemente, na sétima e oitava décadas de vida e o diagnóstico de fratura transtrocanteriana sendo mais comum a partir da oitava década de vida.

O tratamento cirúrgico reduz a incidência de morbidade e mortalidade provocadas pela fratura do colo do fêmur. Nas fraturas estáveis, muitas vezes é possível a sua fixação preservando a cabeça do fêmur, porém nas instáveis pode ser necessária a utilização da artroplastia total ou parcial do quadril (CHIKUDE et al., 2007).

As lesões de quadril podem apresentar etiologia desconhecida, decorrentes de procedimentos cirúrgicos ou secundárias a outras condições patológicas (por exemplo, artrite reumatoide, doença de Gaucher, lúpus eritematoso sistêmico e outros). A lesão do quadril, como a osteonecrose da cabeça do fêmur, a fratura e o desgaste articular, é uma condição grave, caracterizando-se por comprometimento da motricidade e dor insidiosa, sendo o procedimento cirúrgico a terapêutica de escolha. No Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO, no ano de 2007, foram realizadas 624 cirurgias reparadoras (SILVA et al., 2009).

O desgaste da articulação do quadril ocorre quando a cartilagem articular, que deveria promover o deslizamento da cabeça do fémur no acetábulo, se encontra danificada ou ausente. Esta condição faz com que o fêmur entre em atrito com o osso do quadril podendo levar a remodelagem óssea e a falência articular, causando alterações significantes na articulação que são percebidas através da dor e da redução da amplitude dos movimentos (SHETH e LONNER, 2010). O tratamento conservador (redução de peso, exercícios aeróbicos de baixo impacto, hidroterapia, terapia farmacológica) é uma opção terapêutica, porém quando se esgotam as possibilidades de tratamento clínico a cirurgia é indicada.

Nos Estados Unidos são realizados anualmente 250 mil artroplastias totais de quadril (ATQ) e os estudos de acompanhamento demonstram sucesso de 96% após 10 anos (SHETH e LONNER, 2010). No Rio Grande do Sul, no ano de 2013, foram registradas 549 fraturas designadas, pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10), como fraturas de pescoço, tórax ou pelve e fratura de fêmur. Destas, 452

corresponderam a fraturas de fêmur (DATA SUS, 2013). Infelizmente não foi possível acessar dados epidemiológicos brasileiros a respeito da realização de ATQ.

A recuperação dos pacientes submetidos a cirurgias de fêmur e quadril depende das condições pré-cirúrgicas, do tipo de lesão instalada e da técnica empregada em sua correção. Também, poderá sofrer o impacto causado por complicações pós-cirúrgicas, tais como pseudoartrose, necrose avascular da cabeça de fêmur e infecção de sítio cirúrgico (SCHUROFF et al., 2013).

A pseudartrose junto com a necrose avascular da cabeça femoral constituem as principais complicações da fratura do colo do fêmur. Este tipo de fratura é mais comum na população idosa, mas a maior incidência de pseudoartrose é, comumente, encontrada nos pacientes mais jovens e que sofreram fraturas por trauma de média e alta intensidade (SCHWARTSMANN et al., 2009).

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das principais complicações relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e 14% a 16% em pacientes hospitalizados (ANVISA, 2009). Esta complicação é uma condição grave e o *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) é o patógeno mais frequentemente encontrado. O quadro infeccioso pós-cirúrgico é apontado como determinante no aumento do tempo de internação hospitalar, sendo necessário rever a profilaxia com antibióticos, a técnica empregada e os cuidados de esterilização dos materiais, a fim de previnir este agravo (MERRER et al., 2007).

Dentre as complicações pós-cirúrgicas mais fequentes, Pires et al. (2006), ressaltam que os altos índices de tromboembolismo pulmonar, somado, a trombose venosa profunda, pode chegar a 44% dos agravos.

O longo tempo de reabilitação, que pode ser acrescido em decorrência de complicações, somado ao aumento da expectativa de vida da população, tem contribuído para que a recuperação de afecções no fêmur e quadril seja considerada uma condição crônica (MERRER et al., 2007; FREITAS e MENDES, 2007).

De acordo com as considerações acerca do processo de reabilitação pós-cirúrgica de fêmur e articulação do quadril, e ponderando sobre o conceito emitido pela OMS, que define doença crônica como condição de duração prolongada e progressão lenta, exigindo tratamento continuado ao longo de um período (WHO, 2002), compreende-se que este processo de terapêutica e recuperação pós-cirurgia

de fêmur ou quadril, constitui uma condição crônica, a qual pode ser temporária ou permanente.

É importante destacar que incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde (WHO, 2002) vêm aumentando em decorrência da elevação da expectativa de vida da população mundial, chegando, no último século, especialmente em países desenvolvidos, a um acréscimo médio de 30 a 40 anos (CARNEIRO et al., 2013).

Para Freitas e Mendes (2007) o aumento na expectativa de vida somado ao avanço da ciência médica vem tornando necessário pensar sobre o processo de saúde e doença, visando proporcionar ao paciente, com doença/condição crônica, auxílio no desenvolvimento de estratégias de adaptação aos prejuízos e restrições impostos por sua condição de saúde.

Entre as estratégias, destaca-se, a necessidade de o profissional esclarecer ao paciente sobre seu estado de saúde, suas limitações e potencialidades, bem como prepará-lo para retomar o autocuidado. Os idosos são a população, majoritariamente, atingida pelas fraturas de fêmur apresentando altas taxas de incapacidade funcional e mortalidade pós-cirúrgica (ARNDT, TELLES e KOWALSKI, 2009).

Em estudo que avaliou o impacto de diferentes tipos de fraturas na avaliação de QVRS de 347 mulheres idosas, autores (CHIU et al., 2012) concluíram que dos tipos de fraturas estudadas (vértebra, antebraço e fêmur), as fraturas de fêmur apresentaram maior impacto negativo na avaliação de QVRS, no sexto e no décimo segundo mês após a fratura.

Segundo Machado et al. (2012) a QV de idosos após fratura de fêmur se encontraria diminuída em relação a população que não sofreu este agravo. Este estudo apontou diferenciações relacionadas ao sexo, papel social e faixa etária. As mulheres apresentaram escores mais severos no quesito ligado à funcionalidade física e os homens no domínio de saúde mental. Acredita-se que a melhor funcionalidade física encontrada nos homens seja, em parte, devido à sua menor faixa etária. O sexo masculino apresentou maior tolerância à dor e melhores escores de aspectos sociais e as mulheres, embora tenham faixa etária mais elevada, conseguem manter melhor avaliação no domínio psíquico.

Diversas investigações têm sido delineadas para abordar o estudo das causas, a terapêutica indicada e o prognóstico para população idosa submetida à

cirurgia de fêmur ou articular (MARTINI et al., 2012; MESQUITA et al., 2009; ARNDT, TELLES e KOWALSKI, 2009; RHODE et al., 2010; CHIU et al., 2012; MACHADO et al., 2012; CHIKUDE et al., 2007; GUIMARÃES et al., 2011), mas autores relatam que ainda se encontram poucos estudos voltados a população adulta, abaixo de sessenta anos de idade (ASTUR et al., 2011).

Lobato e Abreu (2008) traçaram, através de análise documental, o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com fraturas de membros inferiores atendidos em um serviço de urgência da região norte do Brasil. Dos 715 sujeitos que formaram parte da amostra, 58% correspondia à faixa etária de 15 a 59 anos, sendo o fêmur o osso mais atingido e tendo como causas mais comumente encontradas quedas da própria altura e acidentes de trânsito.

Em estudo retrospectivo que avaliou 1486 fichas de atendimento de vítimas de causas externas, atendidas por um serviço de Suporte Básico de Vida (SBV) da cidade de Catanduva, interior do Estado de São Paulo, Brasil, Batista et al. (2006) concluíram que do total de pacientes 66,8% tiveram como mecanismo de trauma o acidente de trânsito, sendo 42,2% ocorridos com motos. A região pélvica e os membros inferiores foram as regiões corpóreas mais afetadas, sendo que 7,9% das ocorrências cursaram fratura exposta.

Para Arruda et al. (2009) acidentes automobilísticos que culminam em fraturas expostas de fêmur, ocorrem em sua grande maioria na população adulta, sendo a exposição da fratura um complicador a mais no processo de recuperação deste paciente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considera-se população adulta aquela compreendida entre 20 e 59 anos de idade, que de acordo com dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE (2011), esta constitui a parcela populacional economicamente ativa.

Face aos aspectos trabalhados no tangente ao tempo de recuperação e limitações implicadas, acredita-se que a ocorrência de fratura de fêmur e fratura ou desgaste de quadril, na população idosa e adulta, principalmente nas situações que requerem de um tratamento cirúrgico, impacta diretamente na capacidade de desempenhar atividades diárias no âmbito social e laboral, repercutindo na avaliação de QVRS dos pacientes (RHODE et al., 2010; MACHADO et al.,2012). Desta forma torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que proponham esta ponderação e instiguem à reflexão acerca das necessidades apresentadas a partir da condição

cirúrgica em decorrência destas alterações de saúde subsidiando a proposição de condutas da equipe multiprofissional como um todo e, de maneira especial, da equipe de enfermagem que está presente em todas as fases do processo de recuperação.

A equipe de enfermagem deverá desenvolver e aplicar protocolos de preparo para alta hospitalar, na qual o incentivo ao autocuidado e a minimização do grau de dependência deva ser estimulado. Estas atividades de educação em saúde devem ser desenvolvidas em todos os âmbitos da atenção a saúde e ser extensiva a familiares e cuidadores (COSTA, CASSIO e ACIOLLI, 2012).

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de delineamento longitudinal.

Os estudos quantitativos, representados pela forma de apresentação numérica dos resultados, são centrados na objetividade e, geralmente, tencionam mostrar os dados de forma clara, explícita e generalizada (POLIT e BECK, 2011). O modelo longitudinal é utilizado para estudar mudanças ao longo do tempo demonstrando a sequência temporal dos eventos, permitindo o estabelecimento de causalidade (POLIT e BECK, 2011).

No presente estudo, a opção pelo delineamento longitudinal segue as recomendações de Blay e Merlin (2013), que sugerem este delineamento como o mais adequado quando o objetivo é a mensuração da QV, por proporcionar comparações entre resultados obtidos em mais de uma ocasião. Segundo os autores a verificação do nível de QV de um grupo encontra-se exatamente na identificação de sua variação, obtida com a comparação entre resultados ao longo do tempo.

5.2 Local do estudo

Os sujeitos serão selecionados a partir dos registros do serviço de traumatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – SCMP, a mais antiga instituição assistencial e hospitalar em funcionamento na referida cidade (SCMP, 2013).

A instituição foi fundada em 20 de junho de 1847, atualmente é um hospital de grande porte, de caráter filantrópico, contando com 369 leitos para internação. O serviço de traumatologia é responsável pelo atendimento de ortopedia e traumatologia da cidade de Pelotas (SCMP, 2013).

Cabe destacar que os participantes serão identificados a partir dos registros do serviço de traumatologia, do SCMP, porém as entrevistas serão agendadas no

domicílio dos pacientes de acordo com a disponibilidade dos mesmos, averiguada em contato telefônico prévio.

5.3 População do estudo

Farão parte da amostra do estudo todos os indivíduos atendidos no serviço de traumatologia da SCMP que foram submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril, no período de março a maio de 2013 e que cumpram os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os potenciais sujeitos de pesquisa serão pré-selecionados a partir dos registros de atendimento do serviço.

5.4 Critérios para seleção dos sujeitos

5.4.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo os sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham realizado cirurgia de fêmur ou de quadril no serviço de traumatologia no período determinado, que apresentem condições emocionais e cognitivas que permitam a sua participação, que atinjam uma pontuação mínima de 13 pontos no Mini-exame do Estado Mental – MEEM e residam no município de Pelotas/RS ou até 50 km de distância da cidade (ANEXO A).

5.4.2 Critérios de exclusão

Não serão incluídos indivíduos que apresentem comorbidades prévias à cirurgia que possam interferir no resultado do estudo, tais como: sequelas motoras e neurológicas, diagnóstico psiquiátrico ou alterações emocionais em estado agudo. Esta avaliação se baseará nos registros médicos e no relato dos sujeitos.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

5.5.1 Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos: formulário elaborado para realização de coleta de dados relacionados à identificação, informações sociodemográficas (sexo, idade/data de nascimento, estado civil/situação conjugal, escolaridade e raça) e relacionadas ao trauma e procedimento cirúrgico realizado (data da ocorrência da fratura, data da cirurgia, tempo de internação e tipo de fratura) (APÊNDICE C).

5.5.2 Mini-exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO – A): também conhecido como Teste de Folstein (1975), consiste em um questionário de 30 pontos utilizado

para rastrear perdas cognitivas. Foi validado no Brasil em 1994 (BERTOLUCCI et al., 1994), desde então autores vem trabalhando sugestões para adaptações às diferentes realidades, por exemplo: níveis educacionais e faixa etária (BURCKI et al., 2003; KOCHHANN et al. 2009; SANTOS et al., 2010; BERTOLUCCI et al.,1994).

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). É um dos poucos testes validados no Brasil, sendo amplamente utilizado e inclusive recomendado pelo Ministério da Saúde (SANTOS et al., 2010).

A utilização do MEEN neste estudo tem o objetivo de identificar sujeitos que apresentem perdas cognitivas severas que invalidem sua avaliação de QVRS a partir do SF-36. Utilizou-se para tanto a versão adaptada às condições de escolaridade do Brasil, proposta por Bertolucci et al. (1994) e Burcki et al. (2003), que constataram em testagens comparativas, entre sujeitos de diferentes graus de escolaridade, melhor desempenho ao utilizar-se o MEEM na versão adaptada a realidade nacional.

Será utilizado, no presente estudo, os pontos de corte propostos por Bertolucci et al. (1994), que considera a influência da educação sobre o MEEM. Desta forma o ponto de corte para o diagnóstico genérico de declínio cognitivo em sujeitos brasileiros é de 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade baixa e média e 26 pontos para alta escolaridade.

5.5.3 *The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey* (SF-36) (ANEXO – B): é um instrumento genérico multidimensional formado por 36 itens, distribuídos em oito domínios: Capacidade Funcional (dez itens); Aspectos Físicos (dois itens); Aspectos Emocionais (três itens); Dor (dois itens); Estado Geral de Saúde (cinco itens); Vitalidade (quatro itens); Aspectos Sociais (dois itens); Saúde Mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há de um ano atrás. A pontuação para cada um dos domínios pode variar de zero a 100, no qual zero seria indicativo de pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde do sujeito. Considerado no presente estudo como medida de QVRS.

O SF-36 está relacionado com os aspectos sociais e propõe analisar a integração do indivíduo em atividades sociais, avaliando-se sua participação nas mesmas foi afetada devido a seus problemas de saúde (CICONELLI et al., 1999).

5.6 Procedimento para coleta de dados

Será realizado contato com a instituição, a qual pertencem os registros de atendimento do serviço de traumatologia, encaminhada carta expondo o interesse e solicitando autorização para realização da pesquisa na instituição (APÊNDICE D).

Será apresentado ainda, o termo de confidencialidade (APÊNDICE E) assinado pela pesquisadora, no qual se garanta a observação dos princípios éticos durante a utilização dos prontuários. Após autorização, o projeto será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da SCMP (APÊNDICE F), sendo iniciada a coleta de dados, após recebimento de parecer de aprovação.

Para a coleta de dados serão percorridas as seguintes etapas:

1.ª etapa: identificação dos potenciais participantes no banco de registros de atendimento do serviço de traumatologia da SCMP;

2.ª etapa: seleção dos participantes a partir dos critérios de inclusão e exclusão presumíveis através dos registros consultados;

3.ª etapa: realização de contato telefônico com os possíveis participantes para convite de participação na pesquisa e agendamento de entrevista no domicílio, sendo realizadas três tentativas de contato – frente ao insucesso, estes serão considerados como perdas.

4.ª etapa: será dividida em três subetapas:

Etapa a – contato com o paciente e explicação dos objetivos da pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE G).

Etapa b – aplicação do MEEM, instrumento que permitirá identificar a possibilidade de continuidade ou não as subsequentes etapas do estudo observando os pontos de corte anteriormente descritos.

Etapa c – aplicação do questionário sociodemográfico (APÊNDICE C) e do questionário SF-36 (Anexo B) no terceiro mês (Tempo 1 – T1), no sexto mês (Tempo – T2) após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril.

De acordo com Machado et al. (2012) a avaliação de QV realizada no sexto mês do pós-cirúrgico proporciona o afastamento das consequências da inflamação aguda que decorre do trauma e da intervenção cirúrgica, possibilitando a

identificação das consequências a médio e longo prazo na deambulação, dor, limitações e dependência de terceiros, impactando na autoavaliação da QVRS.

5.7 Variáveis

As variáveis utilizadas serão do tipo: dependentes e independentes. Segundo Polit e Beck (2010) a variável dependente corresponde ao que o pesquisador pretende entender ou explicar e a variável independente corresponde à exposição em questões focadas na prática baseada em evidências. Desta maneira, foram selecionadas como variável dependente: qualidade de vida relacionada à saúde, por meio da aplicação do SF-36, a qual contempla valores correspondentes a oito domínios; e como variável independente: fratura, sexo, idade, situação conjugal, grau de escolaridade, situação socioeconômica e tempo de permanência hospitalar.

5.8 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos em questão (Formulário de coleta de dados sociodemográficos, MEEM e o SF-36) serão organizados e digitados na planilha MS Excel-2010. Após, serão processados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 19.0.

Inicialmente, para as variáveis quantitativas serão realizadas análises descritivas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), e para as variáveis categóricas, análises de frequência simples.

Para testar diferenças entre grupos, quanto à pontuação dos domínios do SF-36, será realizado o Teste t *de Student* ou *MANN - WHITNEY* (segundo avaliação das características dos dados e número de participantes abordados) para duas amostras independentes contemplando as variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade e situação conjugal.

O teste *t* de *students* para amostras dependentes*,* ou seu correspondente o teste de *WILCOXON, será* aplicado para a identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 entre o terceiro e o sexto mês após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril.

A sensibilidade à mudança entre as medidas, a partir da aplicação do SF-36, será estudada por meio da obtenção do tamanho do efeito (*effect size*) ou análises do Delta, entre ambas as medidas (terceiro e sexto mês pós-cirurgia). A

interpretação seguirá a seguinte classificação: pequeno (0,2 a 0,49), moderado (0,5 a 0,79) e alto (>0,8) (COHEN, 1997; KAZIS, ANDERSON e MEENAN, 1989).

Para responder a este objetivo do estudo, será realizada análise de regressão considerando como variável resposta os domínios mais afetados. Em uma primeira etapa serão inseridas as variáveis sociodemográficas que têm sido apontadas como possíveis fatores na determinação de prejuízos na QVRS de pacientes submetidos à cirurgia de fêmur ou de quadril: sexo (1=feminino e 2=masculino), idade (em anos) e anos de escolaridade (Nível 1= até Fundamental incompleto e Nível 2= Fundamental completo a +). O nível de significância adotado foi de 0.05.

5.9 Procedimentos éticos

Os sujeitos serão esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e após será solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias ficando uma com o pesquisador e a outra com o entrevistado. Será garantido aos sujeitos do estudo o anonimato, a fim de resguardar a privacidade. Este estudo observará a Resolução 196/96[1] do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na Resolução COFEN 311/2007[2] Cap.III, Art. 89, 90 e 91 que trata das responsabilidades e deveres e os Art. 94, 96 e 98 que se refere às proibições.

5.10 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados em meio acadêmico e científico mediante a elaboração de um artigo que será apresentado juntamente com um relatório para a

---

[1]Resolução nº 196/96 Resolução que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade cientifica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado

[2] Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Capítulo III: Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados; Art. 92 – Disponibilizar os resultados à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 – Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. (Proibições) Art. 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96 – Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 97 – Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados. Art. 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

conclusão do Mestrado em Enfermagem. Os artigos científicos produzidos a partir deste estudo serão publicados em periódicos indexados de acordo com a temática abordada.

6 Orçamento e recursos envolvidos

6.1 Recursos humanos

- Revisor de português

- Revisor de inglês

- Revisor de espanhol

- Discentes da graduação em Enfermagem

6.2 Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 1 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto*

Material	Quantidade	Custo Unitário R$	Custo Total R$
Borracha	01	1,50	1,50
Caneta	04	2,00	8,00
Lápis	02	1,00	2,00
Pen-drive	01	30,00	30,00
Papel A4 - pacote 500 f.	05	16,00	80,00
Cartucho p/ impressora	04	17,00	68,00
Encadernação	06	14,00	84,00
Cd	06	1,50	9,00
Encadernação final	06	65,00	390,00
Transporte	100	2,55	153,00
Transporte zona rural	4	50	200
Revisão de português	02	150,00	300,00
Tradução para espanhol	01	60,00	60,00
Tradução para inglês	01	60,00	60,00
Consulta a estatístico	01	200,00	200,00
Total de Despesas			1.645,50

*Os gastos serão custeados pela autora

7 Cronograma:

Quadro 2 – Cronograma das atividades

Período	**2012**		**2013**				**2014**	
Atividades	1º sem.	2º sem.	Jan - Mar	Abr-Jun	Jul -Nov	Dez	Jan/fev	Mar.
Definição do tema	X	X						
Revisão de literatura		X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto		X	X	X				
Qualificação do projeto					X			
Encaminhamento ao CEP				X				
Coleta de dados**				X	X			
Análise dos dados					X	X	X	
Elaboração da dissertação				X	X	X	X	
Apresentação da dissertação/artigo								X

**Os dados serão coletados após a aprovação do comitê de ética em pesquisa.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, I. N.; BENNELL, K. L.; OSBORNE, R. H. *Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study*. **BMC Musculoskelet Disord**. 23;12:108, May, 2011.

ACKERMAN, I. N.; ADEMI, Z; OSBORNE, R. H.; LIEW, D. Comparison of health-related quality of life, work status, and health care utilization and costs according to hip and knee joint disease severity: a national Australian study. **Phys Ther**. 93(7):889-99, Jul, 2013.

ADACHI, J. D.; ADAMI, S.; GEHLBACH, S.; ANDERSON, F. A. JR.; BOONEN, S.; CHAPURLAT, R. D.; COMPSTON, J. E.; COOPER, C.; DELMAS, P.; DÍEZ-PÉREZ, A.; GREENSPAN, S.L.; HOOVEN, F. H.; LACROIX, A. Z.; LINDSAY, R.; NETELENBOS, J. C.; WU, O.; PFEILSCHIFTER, J.; ROUX, C.; SAAG, K. G.; SAMBROOK, P. N.; SILVERMAN, S.; SIRIS, E. S.; NIKA, G.; WATTS, N. B. *Impact of prevalent fractures on quality of life: baseline results from the global longitudinal study of osteoporosis in women.* **Mayo Clin Proc**. 2010, Sep; 85(9):806-13.

ADACHI, J. D.; LYLES, K. W.; COLÓN-EMERIC, C. S.; BOONEN, S.; PIEPER, C. F.; MAUTALEN, C.; HYLDSTRUP, L.; RECKNOR, C.; NORDSLETTEN, L.; MOORE, K.A.; BUCCI-RECHTWEG, C.; SU, G.; ERIKSEN, E.F.; MAGAZINER, J. S. *Zoledronic acid results in better health-related quality of life following hip fracture: the HORIZON-Recurrent Fracture Trial.* **Osteoporos Int**. 22(9):2539-49, Sep, 2011.

ADEMIR, S.; MARK, D.; MARCO, P.; JOSIEANO, V.; FERNANDO, M.; RENATO, L. Resultado funcional após hemiartroplastia de quadril para tratamento de fraturas do colo femoral. **Rev. Port. Ortop.Traum**. vol. 21, n. 2, pp. 179-190, jun, 2013.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida – Definição conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: EACH/USP, 2012.

AL-TAKI, M. M; MASRI, B. A; DUNCAN, C. P; GARBUZ, D. S. *Quality of life following proximal femoral replacement using a modular system in revision THA*. **Clin Orthop Relat Res**. 469(2):470-5, Feb, 2011.

ARNDT, A. B. M.; TELLES, J. L.; KOWALSKI, S. C. O custo direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília, 2009. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 14 (2), 221-231, 2011.

ARRUDA, L. R. P.; SILVA, M. A. C.; MALERBA, F. G.; FERNANDES, M. C.; TURÍBIO, F. M.; MATSUMOTO, M. H. *Open Fractures: Prospective and epidemiological study*. **Acta Ortop Bras**., Itaquera, 17 (6), p. 326-330, 2009.

ASTUR, D.C.; ARLIANI, G. G.; BALBACHEVSKY, D.; FERNANDES, H. J. A.; REIS, F. B. Fraturas da extremidade proximal do fêmur tratadas no Hospital São Paulo/Unifesp – estudo epidemiológico. **Rev. Bras. Medicina**, São Paulo, v 68, abr. 2011.

BATISTA, S. E. A.; BACCANI, J. G.; SILVA, R. A. P.; GUALDA, K. P. F.; VIANNA JR, R. J. A.; ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MECANISMOS DE TRAUMA, AS LESÕES E O PERFIL DE GRAVIDADE DAS VÍTIMAS, EM CATANDUVA – SP. **Rev. Col. Bras**. Cir Vol. 33 - Nº 1, Jan. / Fev. 2006.

BEAUPRE, L. A.; JONES, C. A.; JOHNSTON, D. W.; WILSON, D. M.; MAJUMDAR, S. R. *Recovery of function following a hip fracture in geriatric ambulatory persons living in nursing homes: prospective cohort study*. **J Am Geriatr Soc**. 60(7):1268-73, Jul, 2012.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S.M; CAMPACCI, S.R; JULIANO, Y. *The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status*. **Arq Neuropsiquiatr** 52(1):1 -7, Mar, 1994.

BLAY, S. L.; MERLIN, M. S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Denise Pará Diniz; Nestor Schor. (Org.). **Qualidade de vida**. 2ed. Barueri-SP: Manole, 2013, v. 1, pp. 21-34.

BORGSTRÖM, F.; LEKANDER, I.; IVERGARD, M.; STRÖM, O.; SVEDBOM, A.; ALEKNA, V.; BIANCHI, M. L.; CLARK, P.; CURIEL, M. D; DIMAI, H. P.; JÜRISSON, M.; KALLIKORM, R.; LESNYAK, O.; MCCLOSKEY, E.; NASSONOV, E.; SANDERS, K. M.; SILVERMAN, S.; TAMULAITIENE, M.; THOMAS, T.; TOSTESON, A. N.; JÖNSSON, B.; KANIS, J. A. *The International Costs and Utilities Related to Osteoporotic Fractures Study (ICUROS) – quality of life during the first 4 months after fracture*. **Osteoporos Int**. 24(3):811-23, Mar, 2013.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <*www.ibge.gov.br*>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde, Março de 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde. Indicadores e Dados Básicos – 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 08 mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde. Indicadores e Dados Básicos – 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Quedas de idosos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. Anuário do Sistema Público do Emprego Trabalho e Renda 2010/2011. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/dados_estatisticos/anuario-do-sistema-publico-de-emprego-trabalho-e-renda.htm>. Acesso em: 08 mar. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 311 de 18 de janeiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Acesso em: 20 out. 2012.

BUCHOLZ, R. W.; COURT-BROWN, C.M.; J.D.; TORNETTA, P. **Fraturas em Adultos.** Vol. 1, 7 ed, Manole, 2006. 1338 p.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**. 61(3-B):777-781, 2003.

CARNEIRO, L. A. F. et al. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar** – São Paulo, IESS [org], 2013.

CHAGAS, D. M. **Estudo sobre fatores contribuintes de acidentes de trânsito urbanos**. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

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 Ortop Bras.** 15 (4: 197-199, 2007).

CHIU, M. H.; HWANG, H. F.; DAI LEE; CHIEN, D. K.; CHEN, C. Y.; LIN, M. R.; *Effect of Fracture Type on Health – Related Quality of Life Among Older Women in Taiwan.* ***Arch Phys med Rehabil***, Vol. 93, Março, 2012.

CHIU, M. H.; HWANG, H. F.; LEE, H. D.; CHIEN, D. K.; CHEN, C. Y.; LIN, M. R. *Effect of Fracture Type on Health-Related Quality of Life Among Older Women in Taiwan*. **Arch Phys Med Rehabil.** 93(3):512-9, May, 2012.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINAO, I.; QUARESMA, M. R.; Tradução para Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Brasileira de Reumatologia**. Vol. 39, n. 3, Mai/Jun, 1999.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Mineira de Enfermagem.** Vol. 17, dez, 2012.

Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2 ed. Hills-Dale, NJ: Lawrence, 1997.

D'AUBIGNE R. M.; POSTEL, M. *Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis.* ***Clinical Orthopaedics and Related Research****.* Vol. 467, 7-27, Jan, 2009.

DAMPIER, C.; LEBEAU, P.; RHEE, S.; LIEFF, S.; KESLER, K.; BALLAS, S.; ROGERS, Z.; WANG, W. *Health-related quality of life in adults with sickle cell disease (SCD): a report from the comprehensive sickle cell centers clinical trial consortium.* **Am J Hematol**. 86(2):203-5, Feb, 2011.

DIEESE – Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2010-2011. Mercado de Trabalho. DIEESE SP: 2011.

EDWARDS, D. J.; DANDY, D. J. **Fundamentos em Ortopedia e Traumatologia – uma abordagem prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 5 ed. 512 pp.

EKSTRÖM, W.; NÉMETH, G.; SAMNEGÅRD, E.; DALEN. N.; TIDERMARK, J. *Quality of life after a subtrochanteric fracture: a prospective cohort study on 87 elderly patients.* **Injury.** 40(4):371-6, Apr, 2009.

ENGESAETER; LABORIE, L. B.; LEHMANN, T. G.; FEVANG, J. M.; LIE, S. A.; ENGESAETER LB; ROSENDAHL, K. Prevalence of radiographic findings associated with hip dysplasia in a population-based cohort of 2081 19-year-old Norwegians. **Bone Joint J**. 95-B(2):279-85, Feb, 2013.

ENOCSON, A.; PETTERSSON, H.; PONZER, S.; TÖRNKVIST, H.; DALÉN, N.; TIDERMARK, J. *Quality of life after dislocation of hip arthroplasty: a prospective cohort study on 319 patients with femoral neck fractures with a one-year follow-up*. **Qual Life Res**. 18(9):1177-84, Nov, 2009.

FAIRCLOUGH, D. L**.; Design and analysis of quality of life studies in clinical trials.** 2 ed. Chapman & Hall Book, 2010. 404 pp.

FALOPPA, F.; ALBERTONI, W. M.; **Guia de ortopedia e traumatologia**. Manole, 2008. 724 pp.

FATINNI, C. A.; DANGELO, J. G. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 671 pp.

FAYER, P. M.; MACHIN, D. *Scores and measurements: Validity, reability, sensitivity.* ***Quality of life***. London: Wile, p. 45-71, 2007.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R.; Condição Crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** 7 Jul./Ago., 15(4), 2007.

FLÁVIO, F.; WALTER, M. A.; **Guia de Ortopedia e Traumatologia** – Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP – EPM. Editora Manole, 2008. 724 pp.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1, p.19-28, jan/mar, 1999.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 228 pp. 2008.

FOLSTEIN, F. M.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R.; MINI-MENTAL *State a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician Marshal.* ***J. Psychiat. Res***, vol. 12, p. 189-198, 1975.

GIESSAUF, C.; GLEHR, M.; BERNHARDT, G. A.; SEIBERT, F. J.; GRUBER, K.; SADOGHI, P.; LEITHNER, A.; GRUBER, G*. Quality of life after pertrochanteric femoral fractures treated with a γ nail: a single center study of 62 patients*. **BMC Musculoskelet Disord**. 30;13:214, Out, 2012.

GRIESSER, M. J.; GILLETTE, B.; CRIST, M.; PAN, X.; MUSCARELLA, P.; SCHARSCHMIDT, T.; MAYERSON, J*. Internal and external hemipelvectomy or flail hip in patients with sarcomas: quality-of-life and functional outcomes*. **Am J Phys Med Rehabil**. 91(1):24-32, Jan, 2012

GRIFFIN, D. R.; PARSONS, N.; MOHTADI, N. G.; SAFRAN, M. R. *A short version of the International Hip Outcome Tool (iHOT-12) for use in routine clinical practice*. **Arthroscopy**. 28(5):611-6; quiz 616-8, May, 2012.

GREIDANUS, N. V.; CHIHAB, S.; GARBUZ, D. S.; MASRI, B. A.; TANZER, M.; GROSS, A. E.; DUNCAN, C. P. Outcomes of minimally invasive anterolateral THA are not superior to those of minimally invasive direct lateral and posterolateral THA.. **Clin Orthop Relat Res**. 471(2):463-71, Feb, 2013.

GUIMARÃES, F. A. M.; LIMA, R. R.; SOUZA, A. C.; LIVANL, B.; BELANGERO, W. D. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. **Rev. Bras. Ortop**., 46 (Suppl 1): 48-54, 2011.

HAGINO, H.; NAKAMURA, T.; FUJIWARA, S.; OEKI, M.; OKANO, T.; TESHIMA, R. *Sequential change in quality of life for patients with incident clinical fractures: a prospective study*. **Osteoporos Int**. 20(5):695-702, May, 2009.

HALLBERG, I.; BACHRACH-LINDSTRÖM, M.; HAMMERBY, S.; TOSS, G.; EK, A. C. *Health-related quality of life after vertebral or hip fracture: a seven-year follow-up study*. **BMC Musculoskelet Disord**. 3;10:135, Nov, 2009.

HARRIS, W. H. *Traumatic Arthritis of the Hip after Dislocation and Acetabular Fractures: Treatment by Mold Arthroplasty an end-result study using a new method of result evaluation.* **J Bone Joint Surg Am**, 01; 51(4):737 737-755, Jun, 1969.

HEDBECK, C. J.; TIDERMARK, J.; PONZER, S.; BLOMFELDT, R.; BERGSTRÖM, G. *Responsiveness of the Short Musculoskeletal Function Assessment (SMFA) in patients with femoral neck fractures*. **Qual Life Res**. 20(4):513-21, May, 2011.

HOEKSTRA, J. C.; GOOSEN, J. H.; DE WOLF, G. S.; VERHEYEN, C. C. *Effectiveness of multidisciplinary nutritional care on nutritional intake, nutritional status and quality of life in patients with hip fractures: a controlled prospective cohort study*. **Clin Nutr**. 30(4):455-61, Aug, 2011.

HUTCHINGS, L.; FOX, R.; CHESSER, T.; *Proximal femoral fractures in the elderly: How are we measuring outcome?* ***Injury, Int. J. CareInjured***. 42, 1205-1213, 2011.

JAHELKA, B.; DORNER, T.; TERKULA, R.; QUITTAN, M.; BRÖLL, H.; ERLACHER, L. Health-related quality of life in patients with osteopenia or osteoporosis with and without fractures in a geriatric rehabilitation department. **Wien med wochenschr**. 159(9-10):235-40, May, 2009.

JIANG, Y.; ZHANG, K.; DIE, J.; SHI, Z.; ZHAO, H.; WANG, K. *A systematic review of modern metal-on-metal total hip resurfacing vs standard total hip arthroplasty in active young patients*. **J Arthroplasty.** 26(3):419-26, Apr, 2011.

KATO, C.; IDA, K.; HOSHIYAMA, M.; HARADA, A. *Does fall-related self-efficacy in hip-protector users affect quality of life and physical activity in nursing homes in Japan?*. **J Am Geriatr Soc**. 58(9):1810-2, Sep, 2010.

KAZIS, L. E.; ANDERSON, J. J.; MEENAN, R. F.; Effect sizes for interpreting changes in health status. **Medical Care,** Philadelphia, v. 27, p. 178-189. Sipplement 3.

KOCHHANN, R.; CERVEIRA, M. O.; GODINHO, C.; CAMOZZATO, A. L.; CHAVES, M. L.F.; Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. **Dementia & Neuropsychologia**. 3(2):88-93. Jun, 2009.

LEE, A. Y.; TAN, J.; KOH, J., FOOK-CHONG, S. M.; LO, N. N.; HOWE, T. S. *Five-year outcome of individuals with hip fracture admitted to a Singapore hospital: quality of life and survival rates after treatment*. **J Am Geriatr Soc**. 60(5):994-6, May, 2012.

LEONARDSSON, O.; ROLFSON, O.; HOMMEL, A.; GARELLICK, G.; ÅKESSON, K.; ROGMARK, C. Patient-reported outcome after displaced femoral neck fracture: a national survey of 4467 patients. **J Bone Joint Surg Am**. 18;95 (18):1693-9, Sep, 2013.

LOBATO, M. A.; ABREU, M. F. R. **Perfil clínico epidemiológico dos pacientes com fraturas de membros inferiores atendidos no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência**. 2008. 50f. TCC (Graduação em Fisioterapia). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia, Belém.

LOPES, A. D.; STADNIKY, S. P.; MASIERO, D.; CARRERA, E. F.; CICONELLI, R. M.; GRIFFIN, S. Tradução e adaptação cultural do WORC: um questionário de

qualidade de vida para alterações do manguito rotador. **Rev. Bras. Fisioter**. 10(3):309-15, Jul-Set, 2007.

LÓPEZ, V. J.; FERNÁNDEZ-VALENCIA, J. A.; COMBALÍA, A.; CONILL, C.; RÍOS, J. *Quality of life and survival after surgical treatment of metastatic femoral fractures*. **Med Clin (Barc).** 4;133(5):177-9, Jul, 2009.

LOPEZ, C. C.; GAMBA, M. A.; MATHEUS, M. C. *Meaning of living with external fixation for grade III open fracture of lower limbs: patient view*. Ver. **Gaucha Enferm.** 34(2):148-53, Jun. 2013.

MACHADO, A. M.; BRAGA, A. L. F.; GARCIA, M. L. B.; MARTINS, L. C. Avaliação da qualidade de vida em idosos pós-fratura da extremidade proximal do fêmur. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 70-75, Mai./Ago. 2012.

MALVIYA.; STAFFORD, G. H.; VILLAR, R. N. *Impact of arthroscopy of the hip for femoroacetabular impingement on quality of life at a mean follow-up of 3.2 years*. **J Bone Joint Surg Br.** 94(4):466-70, Apr, 2012.

MARICONDA, M.; GALASSO, O.; COSTA, G. G.; RECANO, P.; CERBASI, S. *Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study*. **BMC Musculoskelet Disord.** 6;12:222, Out, 2011.

MARIN, L.; QUEIROZ, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p. 7-21, jan/mar, 2000.

MARTINI, F. P.; GUERRA, M. T. E.; MENDES, M. R.; ECHEVESTE, S. S. Estudo epidemiológico das fraturas de fêmur proximal em Canoas no ano de 2010. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (4): 320-324, out/dez, 2012.

MERRER, J.; GIROU, E.; JACOB, A. L.; MONTRAVERS, P.; LUCET, J. C.; *Surgical Site Infection After Surgery to Repair Femoral Neck Fracture: A French Multicenter Retrospective Study.* ***Infection control and hospital epidemiology***, vol. 28, n. 10, Out. 2007.

MESQUITA, G. V.; LIMA, M. A. L. T. A.; SANTOS, A. M. R.; ALVES, E. L. M.; BRITO, J. N. P. O. B.; MARTINS, M. C. C. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 18(1): 67-73. Jan/Mar, 2009.

MIEDEL, R.; TÖRNKVIST, H.; PONZER, S.; TIDERMARK, J. *Musculoskeletal function and quality of life after an unstable trochanteric fracture treated with the trochanteric gamma nail*. **Arch Orthop Trauma Surg**. 132(10):1495-503, Out, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 1.ª reimp. Brasília – DF, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde coletiva**. 5 (1): 7-18, 2000.

MOHTADI, N. G.; GRIFFIN, D. R.; PEDERSEN, M. E.; CHAN, D.; SAFRAN, M. R.; PARSONS, N.; SEKIYA, J. K.; KELLY, B. T.; WERLE, JR.; LEUNIG, M.; MCCARTHY, J. C.; MARTIN, H. D.; BYRD, J. W.; PHILIPPON, M. J.; MARTIN, R. L.; GUANCHE, C. A.; CLOHISY, J. C.; SAMPSON, T. G.; KOCHER, M. S.; LARSON, C. M. *The Development and validation of a self-administered quality-of-life outcome measure for young, active patients with symptomatic hip disease: the International Hip Outcome Tool (iHOT-33).* **Arthroscopy.** 28(5):595-605; quiz 606-10.e1, May, 2012.

MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness, **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 22, p. 11-28, 1997.

NETELENBOS, J. C.; PFEILSCHIFTER, J.; ROSSINI, M.; SAAG, K. G.; SAMBROOK, P. N.; SILVERMAN, S.; SIRIS, E. S.; WATTS, N. B.; BOONEN, S. *Burden of non-hip, non-vertebral fractures on quality of life in postmenopausal women: the Global longitudinal study of Osteoporosis in Women (GLOW).* **Osteoporos Int**. 23(12):2863-71, Dec, 2012.

OMS – Cuidados inovadores para condições crônicas – componentes estruturais de ação. Relatório Mundial – **OMS**, 2002.

OMS – Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, adoptado pela Conferência Internacional de Saúde, New York, 19-22 junho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial de Saúde, n. 2, 100 pp.) e entrou em vigor em 7 de abril de 1948.

OLIVO-RODRÍGUEZ, A. G.; TAPIA-PÉREZ, H.; JIMÉNEZ-AVILA, J. M. *Quality of life of patients after periprosthetic hip fracture surgery].* **Acta Ortop Mex.** 26(3):174-9, May/Jun, 2012.

PAPAIOANNOU, A.; KENNEDY, C. C.; IOANNIDIS, G.; SAWKA, A.; HOPMAN, W. M.; PICKARD, L.; BROWN, J. P.; JOSSE, R. G.; KAISER, S.; ANASTASSIADES, T.; GOLTZMAN, D.; PAPADIMITROPOULOS, M.; TENENHOUSE, A.; PRIOR, J. C.; OLSZYNSKI, W. P.; ADACHI, J. D.; CAMOS STUDY GROUP. *The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study*. **Osteoporos Int**. 20(5):703-14, May, 2009.

PIRES, R. E. S.; FERNANDES, H. J. A.; BELLOTI, J. C.; BALBACHEVSKY, D.; FALOPPA, F. ; REIS, F. B. Como são tratadas as fraturas diafisárias fechadas do fêmur no Brasil? Estudo Transversal. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 14, n. 3, p. 165-169, 2006.

PIRES, R. E. S.; REIS, F. B.; SIMÕES, C. E.; SANTOS, L. E. N.; RODRIGUES, V. B.; ANDRADE, M. A. P.; NETO, P. J. P. Fratura diafisária do fêmur: reprodutibilidade das classificações AO – ASIF e WINQUIST. **Acta Ortop**. Bras.; 18 (4): 197-9, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre. Artmed, 2011, 668 pp.

POZZI, I.; REGINALDO, S.; ALMEIDA, M. V.; CRISTANTE, A. F.; Manual de Trauma Ortopédico. **Soc. Bras. de Ortop. e Traumat. (SBOT)** – Comissão de Educação Continuada, SP, 2011.

RAHMAN, W. A.; GREIDANUS, N. V.; SIEGMETH, A.; MASRI, B. A.; DUNCAN, C. P.; GARBUZ, D. S. Patients report improvement in quality of life and satisfaction after hip resurfacing arthroplasty. **Clin Orthop Relat Res**. 471(2):444-53, Feb, 2013.

ROHDE, G.; HAUGEBERG, G.; MENGSHOEL, A. M.; MOUM, T.; WAHL, A. K. *Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures. A case-control study.* ***BMC Musculoskelet Disord***. 29;11:226, Set. 2010.

RONDANELLI, M.; OPIZZI, A.; ANTONIELLO, N.; BOSCHI, F.; IADAROLA, P.; PASINI, E.; AQUILANI, R.; DIOGUARDI, F. S. *Effect of essential amino acid supplementation on quality of life, amino acid profile and strength in institutionalized elderly patients*. **Clin Nutr**. 30(5):571-7, Out, 2011.

ROUX, C.; WYMAN, A.; HOOVEN, F. H.; GEHLBACH, S. H.; ADACHI, J. D.; CHAPURLAT, R. D.; COMPSTON, J. E.; COOPER, C.; DÍEZ-PÉREZ, A.; GREENSPAN, S. L.; LACROIX, A. Z.; ROHDE, G.; MOUM, T.; HAUGEBERG, G. *Comparing 15D and SF-6D performance in fragility wrist and hip fracture patients in a two-year follow-up case-control study*.. **Value Health**. V15 pg 1100 -1107, out, 2012.

SCMP – Santa Casa de Misericórdia de Pelotas disponível em: <http://www.santacasadepelotas.com.br/historia.php>. Acesso em 14 mai 2013.

SAKAKI, M. H.; OLIVEIRA, A. R.; COELHO, F. F.; LEME, L. E.G.; SUZUKI, I.; AMATUZZI, M. M.; Estudo da Mortalidade na fratura do Fêmur Proximal em idosos. **ACTA ORTOP BRAS** 12(4) - Out/Dez, 2004.

SAMUEL, D.; ROWE, P.; HOOD, V.; NICOL, A. The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults. **Age Ageing**. 41(2):224-30, Mar, 2012.

SANTOS, C. S.; CERCHIARI, A. N.; ALVARENGA, M. R. M.; FACCENDA, O.; OLVEIRA, M. A. C. Avaliação da confiabilidade do Mini-exame do Estado Mental em Idosos e Associação com Variáveis Sociodemográficas. **Cogitare Enferm**. 15(3): 406-12, Jul/Set, 2010.

SCHAAFSMA, F. G.; KURRLE, S. E.; QUINE, S.; LOCKWOOD, K.; CAMERON, I.D. *Wearing hip protectors does not reduce health-related quality of life in older people.* **Age and Ageing**. 41(1):121-5, Jan, 2012.

SCHAFROTH, M. U.; BLOKZIJL, R. J.; HAVERKAMP, D.; MAAS, M.; MARTI, R. K. *The long-term fate of the hip arthrodesis: does it remain a valid procedure for selected cases in the 21st century?* **Int Orthop**. 34(6):805-10, Aug, 2010.

SCHWARTSMANN, C. R.; TELÖKEN, M. A.; BOSCHIN, L. C.; IVO SCHMIEDT, FALAVINHA, R.; CRESTANI, M. V.; Osteotomia Valgizante para Pseudartrose do Colo do Fêmur: RELATO DE 32 Casos, **Rev. Bras. Ortop**. 44(2): 159-63, Mar- Abr, 2009.

SCHNEPPENDAHL, J.; BETSCH, M.; PETROV, V.; BÖTTNER, F.; THELEN, S.; GRASSMANN, J. P.; HAKIMI, M.; WINDOLF, J.; WILD, M. *Recovery after hip fractures: influence of bipolar hemiarthroplasty on physical disability and social dependency in the elderly*. **Hip Int**. 21(6):751-6, Nov/Dec, 2011.

SCHUROFF, A.; DEEKE, M.; PEDRONI, M.; VALÉRIO, J.; MIELKE, F.; LOCKS, R.; Resultado funcional após hemiartroplastia de quadril para tratamento de fraturas do colo femoral. **Rev. Port. Ortop. Traum**. Vol. 21, n. 2, Lisboa, jun., 2013.

SEEMAN, E.; BOONEN, S.; BORGSTRÖM, F.; VELLAS, B.; AQUINO, J. P.; SEMLER, J.; BENHAMOU, C. L.; KAUFMAN, J. M.; REGINSTER, J.Y. *Five years treatment with strontium ranelate reduces vertebral and nonvertebral fractures and increases the number and quality of remaining life-years in women over 80 years of age*. ***Bone.*** 46(4): 1038-42, Abr. 2010.

SHETH, N. P.; LONNER, J. H. **Guia de procedimentos em ortopedia**. As principais cirurgias. RJ: Arte e ideia Ltda. 2010, 407 pp.

SHI, H. Y.; KHAN, M.; CULBERTSON, R.; CHANG, J.K.; WANG, J. W.; CHIU, H. C. *Health-related quality of life after total hip replacement: a Taiwan study*. **Int Orthop**. 33(5):1217-22, out, 2009.

SHYU, Y. I.; CHEN, M. C.; LIANG, J.; TSENG, M. Y. *Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge*. **J Adv Nurs**. 68(3):658-66, Mar, 2012.

SHYU, Y. I.; CHEN, M. L.; CHEN, M. C.; WU, C. C.; SU, J. Y. J. *Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge.* **Clin Nurs**. 18(5):755-64, Mar, 2009.

SHYU, L. Y. I.; LIANG, J.; WU, C. C.; CHENG, H. S.; CHEN, M. C.; *An Interdisciplinary Intervention for Older Taiwanese Patients After Surgery for Hip Fracture Improves Health-related Quality of Life.* ***BMC Musculoskeletal Disorders***, 11: 225, 2010.

SHYU, L. Y. I.; LIANG, J. WU, C. C.; SU, J. Y.; CHENG, H. S.; CHOU, S. W.; CHEN, M. C.; YANG, C. T.; TSENG, M. Y.; *Two-Year Effects of Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in Older Taiwanese.* ***Journal American Geriatrics Society*****,** 58: 1081-1089, 2010.

SHYU, Y. I.; CHENG, H. S.; TENG, H. C.; CHEN, M. C.; WU, C. C.; TSAI, W. C. *Older people with hip fracture: depression in the postoperative first year*. **J Adv Nurs**. 65(12):2514-22, Dec, 2009.

SILVA, A. A.; SCHULZ, A. V. C.; COSTA, A. B.; ALMEIDA, B. R. F.; ALMEIDA, B. S. S.; SILVA, E. A. L.; SANTOS, J. F. M.; ANTUNES, J. M.; SOUZA, R. C. R.; DUARTE, S. A. M.; FERREIRA, S. R. N. **Caderno de enfermagem em ortopedia. Instituto nacional de traumatologia e ortopedia.** Vol. 2, mai, 2009.

SILVERMAN, S.; VISWANATHAN, H. N.; YANG, Y. C.; WANG, A.; BOONEN, S.; RAGI-EIS, S.; FARDELLONE, P.; GILCHRIST, N.; LIPS, P.; NEVITT, M.; PALACIOS GIL-ANTUÑANO, S.; PAVELKA, K.; REVICKI, D.; SIMON, J.; MACARIOS, D.; SIRIS, E. S. *Impact of clinical fractures on health-related quality of life is dependent on time of assessment since fracture: results from the FREEDOM tri*al. **Osteoporos Int**. 23(4):1361-9, Apr, 2012.

SIQUEIRA, S.M de F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SPLAVSKI, B.; LOVRIĆ, I.; MUZEVIĆ, D.; SOLDO, I.; PINOTIĆ, K.; SPLAVSKI, B. Reducing pain and improving quality of life for patients suffering the acetabular fracture. **Coll Antropol**. 37(1):183-7, Mar, 2013.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. *Assessment of quality-of-life outcomes.* ***N Engl J Med,*** 334:835-40, 1996.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization . **Social Science and Medicine**, v. 41, n.10, p 1403-1409, 1995.

THEOFILOU, P. Quality of Life: Definition and Measurement. **Europe's Journal of Psychology.** Vol. 9(1), 150–162. Fev, 2013.

VALDERAS, J. M.; FERRER, R. M.; ALONSO, J. *Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes*. **Medicina Clínica**, v. 125, p. 56-60, 2005. Suplemento 1.

WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C. D. *The MOS 36 – Item Short – Form Health Suvery (SF – 36). I Conceptual Framework and Item Selection.* ***Medical Care****, Philadelphia*, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WEISSENBERGER, N.; THOMMEN, D.; SCHUETZ P.; MUELLER, B.; REEMTS, C.; HOLLER, T.; SCHIFFERLI, J.A.; GERBER, M.; HUG, B.L. *Head-to-head comparison of fee-for-service and diagnosis related groups in two tertiary referral hospitals in Switzerland: an observational study.* ***Swiss Med Wkly***. 17;143: w 13790, 17 May. 2013.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Organization.Special Issue “Quality of Life” in **Social Science and Medicine**, v.46, n.12, p. 1569-1998, 1995.

WOOD, G. L. B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 122-139, 2001.

YAO KP, LEE HY, TSAUO JY *Are hip-specific items useful in a quality of life questionnaire for patients with hip fractures?* **Int J Rehabil Res**. 32(3):245-50, Sep, 2009

YILMAZ, O.; TUTOGLU, A.; GARIP, Y.; OZCAN, E.; BODUR, H. *Health-related quality of life in Turkish patients with ankylosing spondylitis: impact of peripheral involvement on quality of life in terms of disease activity, functional status, severity of pain, and social and emotional functioning.* **Rheumatol Int**. 33(5):1159-63, May, 2013.

ZIDÉN, L.; KREUTER, M.; FRÄNDIN, K. *Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people.* ***Disabil Rehabil***; 32(1):18-32, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Consulta a base de dados *Pubmed* unindo os descritores "*Femoral Fractures*" e "*Quality of Life*" com o booleano *and*. O descritor *Quality of Life* foi selecionado como tópico maior e foram estabelecidos os limites: adultos, humanos, idiomas inglês, português e espanhol, 5 anos de publicação.

ESCALAS	ESTUDOS
Não usou escala	1- **Meaning of living with external fixation for grade III open fracture of lower limbs: patient view**. Lopez CC, Gamba MA, Matheus MC. Rev Gaucha Enferm. 2013 Jun;34(2):148-53 2- **Head-to-head comparison of fee-for-service and diagnosis related groups in two tertiary referral hospitals in Switzerland: an observational study**. Weissenberger N, Thommen D, Schuetz P, Mueller B, Reemts C, Holler T, Schifferli JA, Gerber M, Hug BL. Swiss Med Wkly. 2013 May 17;143:w13790 3- **Reducing pain and improving quality of life for patients suffering the acetabular fracture**. Splavski B, Lovrić I, Muzević D, Soldo I, Pinotić K, Splavski B. Coll Antropol. 2013 Mar;37(1):183-7 4- **Proximal femoral fractures in the elderly: how are we measuring outcome?** Hutchings L, Fox R, Chesser T. Injury. 2011 Nov;42(11):1205-13 5- **Five years treatment with strontium ranelate reduces vertebral and nonvertebral fractures and increases the number and quality of remaining life-years in women over 80 years of age**. Seeman E, Boonen S, Borgström F, Vellas B, Aquino JP, Semler J, Benhamou CL, Kaufman JM, Reginster JY. Bone. 2010 Apr;46(4):1038-42 6- **Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people**. Zidén L, Kreuter M, Frändin K. Disabil Rehabil. 2010;32(1):18-32
SF-36	1- **Quality of life of patients after periprosthetic hip fracture surgery**. Olivo-Rodríguez AG, Tapia-Pérez H, Jiménez-Avila JM. Acta Ortop Mex. 2012 May-Jun;26(3):174-9 2 - **Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures. A case-control study**. Rohde G, Haugeberg G, Mengshoel AM, Moum T, Wahl AK. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Sep 29;11:226. 3 - **An interdisciplinary intervention for older Taiwanese patients after surgery for hip fracture improves health-related quality of life**. Shyu YI, Liang J, Wu CC, Cheng HS, Chen MC. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Sep 29;11:225 4- **Health-related quality of life after vertebral or hip fracture: a seven-year follow-up study**. Hallberg I,

	Bachrach-Lindström M, Hammerby S, Toss G, Ek AC. BMC Musculoskelet Disord. 2009 Nov 3;10:135 5- **Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge**. Shyu YI, Chen ML, Chen MC, Wu CC, Su JY. J Clin Nurs. 2009 Mar;18(5):755-64
EQ 5D	1- **Patient-reported outcome after displaced femoral neck fracture: a national survey of 4467 patients**. Leonardsson O, Rolfson O, Hommel A, Garellick G, Åkesson K, Rogmark C - J Bone Joint Surg Am. 2013 Sep 18;95(18):1693-9 2- **The International Costs and Utilities Related to Osteoporotic Fractures Study (ICUROS)--quality of life during the first 4 months after fracture**. Borgström F, Lekander I, Ivergård M, Ström O, Svedbom A, Alekna V, Bianchi ML, Clark P, Curiel MD, Dimai HP, Jürisson M, Kallikorm R, Lesnyak O, McCloskey E, Nassonov E, Sanders KM, Silverman S, Tamulaitiene M, Thomas T, Tosteson AN, Jönsson B, Kanis JA. Osteoporos Int. 2013 Mar;24(3):811-23 3- **Musculoskeletal function and quality of life after an unstable trochanteric fracture treated with the trochanteric gamma nail**. Miedel R, Törnkvist H, Ponzer S, Tidermark J. Arch Orthop Trauma Surg. 2012 Oct;132(10):1495-503. Epub 2012 Jun 19. 4- **Recovery of function following a hip fracture in geriatric ambulatory persons living in nursing homes: prospective cohort study.** Beaupre LA, Jones CA, Johnston DW, Wilson DM, Majumdar SR. J Am Geriatr Soc. 2012 Jul;60(7):1268-73 5- **Five-year outcome of individuals with hip fracture admitted to a Singapore hospital: quality of life and survival rates after treatment**. Lee AY, Tan J, Koh J, Fook-Chong SM, Lo NN, Howe TS. J Am Geriatr Soc. 2012 May;60(5):994-6 6- **Wearing hip protectors does not reduce health-related quality of life in older people**. Schaafsma FG, Kurrle SE, Quine S, Lockwood K, Cameron ID. Age Ageing. 2012 Jan;41(1):121-5 7- **Musculoskeletal function and quality of life in elderly patients after a subtrochanteric femoral fracture treated with a cephalomedullary nail.** Miedel R, Törnkvist H, Ponzer S, Söderqvist A, Tidermark J. J Orthop Trauma. 2011 Apr;25(4):208-13 8- **Effectiveness of multidisciplinary nutritional care on nutritional intake, nutritional status and quality of life in patients with hip fractures: a controlled prospective cohort study**. Hoekstra JC, Goosen JH, de Wolf GS, Verheyen CC. Clin Nutr. 2011 Aug;30(4):455-61

	9- **Zoledronic acid results in better health-related quality of life following hip fracture: the HORIZON-Recurrent Fracture Trial**. Adachi JD, Lyles KW, Colón-Emeric CS, Boonen S, Pieper CF, Mautalen C, Hyldstrup L, Recknor C, Nordsletten L, Moore KA, Bucci-Rechtweg C, Su G, Eriksen EF, Magaziner JS. Osteoporos Int. 2011 Sep;22(9):2539-49 10- **Quality of life after dislocation of hip arthroplasty: a prospective cohort study on 319 patients with femoral neck fractures with a one-year follow-up**. Enocson A, Pettersson H, Ponzer S, Törnkvist H, Dalén N, Tidermark J. Qual Life Res. 2009 Nov;18(9):1177-84 11- **Quality of life after a subtrochanteric fracture: a prospective cohort study on 87 elderly patients**. Ekström W, Németh G, Samnegård E, Dalen N, Tidermark J. Injury 2009 Apr;40(4):371-6 12- **Sequential change in quality of life for patients with incident clinical fractures: a prospective study**. Hagino H, Nakamura T, Fujiwara S, Oeki M, Okano T, Teshima R. Osteoporos Int. 2009 May;20(5):695-702
SF-36 + EQ 5D	1- **Burden of non-hip, non-vertebral fractures on quality of life in postmenopausal women: the Global Longitudinal study of Osteoporosis in Women (GLOW).** Roux C, Wyman A, Hooven FH, Gehlbach SH, Adachi JD, Chapurlat RD, Compston JE, Cooper C, Díez-Pérez A, Greenspan SL, Lacroix AZ, Netelenbos JC, Pfeilschifter J, Rossini M, Saag KG, Sambrook PN, Silverman S, Siris ES, Watts NB, Boonen S; GLOW investigators. Osteoporos Int. 2012 Dec;23(12):2863-71 2- **Impact of prevalent fractures on quality of life: baseline results from the global longitudinal study of osteoporosis in women.** Adachi JD, Adami S, Gehlbach S, Anderson FA Jr, Boonen S, Chapurlat RD, Compston JE, Cooper C, Delmas P, Díez-Pérez A, Greenspan SL, Hooven FH, LaCroix AZ, Lindsay R, Netelenbos JC, Wu O, Pfeilschifter J, Roux C, Saag KG, Sambrook PN, Silverman S, Siris ES, Nika G, Watts NB; GLOW Investigators. Mayo Clin Proc. 2010 Sep;85(9):806-13
SF-36 + HHS	**Quality of life after pertrochanteric femoral fractures treated with a γ nail: a single center study of 62 patients.** Giessauf C, Glehr M, Bernhardt GA, Seibert FJ, Gruber K, Sadoghi P, Leithner A, Gruber G. BMC Musculoskelet Disord. 2012 Oct 30;13:214
SF-36 +MOS	**Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge**. Shyu YI, Chen MC, Liang J, Tseng MY. J Adv Nurs. 2012 Mar;68(3):658-66.
SF-36 + GDS	**Effect of essential amino acid supplementation on quality of life, amino acid profile and strength in**

	institutionalized elderly patients. Rondanelli M, Opizzi A, Antoniello N, Boschi F, Iadarola P, Pasini E, Aquilani R, Dioguardi FS. Clin Nutr. 2011 Oct;30(5):571-7
SF-36 + QUALEFFO	**Health-related quality of life in patients with osteopenia or osteoporosis with and without fractures in a geriatric rehabilitation department.** Jahelka B, Dorner T, Terkula R, Quittan M, Bröll H, Erlacher L. Wien Med Wochenschr. 2009 May;159(9-10):235-40
SF-12	**Recovery after hip fractures: influence of bipolar hemiarthroplasty on physical disability and social dependency in the elderly**. Schneppendahl J, Betsch M, Petrov V, Böttner F, Thelen S, Grassmann JP, Hakimi M, Windolf J, Wild M. Hip Int. 2011 Nov-Dec;21(6):751-6
HIP HARRIS	**Responsiveness of the Short Musculoskeletal Function Assessment (SMFA) in patients with femoral neck fractures**. Hedbeck CJ, Tidermark J, Ponzer S, Blomfeldt R, Bergström G. Qual Life Res. 2011 May;20(4):513-21
SF-8	**Does fall-related self-efficacy in hip-protector users affect quality of life and physical activity in nursing homes in Japan?** Kato C, Ida K, Hoshiyama M, Harada A. J Am Geriatr Soc. 2010 Sep;58(9):1810-2
EDG (GDS)	**Older people with hip fracture: depression in the postoperative first year**. Shyu YI, Cheng HS, Teng HC, Chen MC, Wu CC, Tsai WC. J Adv Nurs. 2009 Dec;65(12):2514-22
Esc. Karnofsky	**Quality of life and survival after surgical treatment of metastatic femoral fractures**. López VJ, Fernández-Valencia JA, Combalía A, Conill C, Ríos J. Med Clin (Barc). 2009 Jul 4;133(5):177-9
Escala HUI	**The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study**. Papaioannou A, Kennedy CC, Ioannidis G, Sawka A, Hopman WM, Pickard L, Brown JP, Josse RG, Kaiser S, Anastassiades T, Goltzman D, Papadimitropoulos M, Tenenhouse A, Prior JC, Olszynski WP, Adachi JD; CaMos Study Group. Osteoporos Int. 2009 May;20(5):703-14
15 D + SF 6D	**Comparing 15D and SF-6D performance in fragility wrist and hip fracture patients in a two-year follow-up case-control study**. Rohde G, Moum T, Haugeberg G. Value Health. 2012 Dec;15(8):1100-7. doi: 10.1016/j.jval.2012.08.2200. Epub 2012 Oct 25.
WHOQOL	1- **Effect of Fracture Type on Health-Related Quality of Life Among Older Women in Taiwan**. Chiu MH, Hwang HF, Lee HD, Chien DK, Chen CY, Lin MR. Arch Phys Med Rehabil. 2012 Mar;93(3):512-9 2- **Are hip-specific items useful in a quality of life questionnaire for patients with hip fractures?** Yao KP, Lee HY, Tsauo JY. Int J Rehabil Res. 2009 Sep;32(3):245-50

APÊNDICE B – Consulta a base de dados *Pubmed* unindo com o booleano *AND* os descritores controlados "*Hip Joint*" e "*Quality of life*", que foi selecionado como tópico maior. Foram estabelecidos os limites: adultos, humanos, idiomas inglês, português e espanhol, 5 anos de publicação. Deste cruzamento emergiram 18 artigos.

ESCALAS	ESTUDOS
Não utilizou escala	1- **Health-related quality of life in adults with sickle cell disease (SCD): a report from the comprehensive sickle cell centers clinical trial consortium**. Dampier C, LeBeau P, Rhee S, Lieff S, Kesler K, Ballas S, Rogers Z, Wang W; Comprehensive Sickle Cell Centers (CSCC) Clinical Trial Consortium (CTC) Site Investigators. Am J Hematol. 2011 Feb;86(2):203-5 2- **A systematic review of modern metal-on-metal total hip resurfacing vs standard total hip arthroplasty in active young patients**. Jiang Y, Zhang K, Die J, Shi Z, Zhao H, Wang K. J Arthroplasty. 2011 Apr;26(3):419-26 3- **The long-term fate of the hip arthrodesis: does it remain a valid procedure for selected cases in the 21st century?** Schafroth MU, Blokzijl RJ, Haverkamp D, Maas M, Marti RK. Int Orthop. 2010 Aug;34(6):805-10
SF-36	1- **The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults**. Samuel D, Rowe P, Hood V, Nicol A. Age Ageing. 2012 Mar;41(2):224-30 2- **Health-related quality of life after total hip replacement: a Taiwan study**. Shi HY, Khan M, Culbertson R, Chang JK, Wang JW, Chiu HC. Int Orthop. 2009 Oct;33(5):1217-22
AQoL	**Comparison of health-related quality of life, work status, and health care utilization and costs according to hip and knee joint disease severity: a national Australian study**. Ackerman IN, Ademi , Osborne RH, Liew D. Phys Ther. 2013 Jul;93(7):889-99
EQ 5D + WOMAC	**Prevalence of radiographic findings associated with hip dysplasia in a population-based cohort of 2081 19-year-old Norwegians**. Engesæter, Laborie LB, Lehmann TG, Fevang JM, Lie SA, Engesæter LB, Rosendahl K. Bone Joint J. 2013 Feb;95-B(2):279-85
WOMAC , Oxford Hip Score, e SF-12	**Patients report improvement in quality of life and satisfaction after hip resurfacing arthroplasty**. Rahman WA, Greidanus NV, Siegmeth A, Masri BA, Duncan CP, Garbuz DS. Clin

	Orthop Relat Res. 2013 Feb;471(2):444-53.
WOMAC , SF-36, PAT5D	**Outcomes of minimally invasive anterolateral THA are not superior to those of minimally invasive direct lateral and posterolateral THA**. Greidanus NV, Chihab S, Garbuz DS, Masri BA, Tanzer M, Gross AE, Duncan CP. Clin Orthop Relat Res. 2013 Feb;471(2):463-71
SF36 ASDAS , BASDAI , BASFI , BASM e ASQoL	**Health-related quality of life in Turkish patients with ankylosing spondylitis: impact of peripheral involvement on quality of life in terms of disease activity, functional status, severity of pain, and social and emotional functioning**. Yılmaz O, Tutoğlu A, Garip Y, Ozcan E, Bodur H. Rheumatol Int. 2013 May;33(5):1159-63
Hip Outcome Internacional 33, e Hip Outcome Internacional, 12	**A short version of the International Hip Outcome Tool (iHOT-12) for use in routine clinical practice.** Griffin DR, Parsons N, Mohtadi NG, Safran MR; Multicenter Arthroscopy of the Hip Outcomes Research Network. Arthroscopy. 2012 May;28(5):611-6; quiz 616-8
Hip Outcome (ihot -33)	**The Development and validation of a self-administered quality-of-life outcome measure for young, active patients with symptomatic hip disease: the International Hip Outcome Tool (iHOT-33).** Mohtadi NG, Griffin DR, Pedersen ME, Chan D, Safran MR, Parsons N, Sekiya JK, Kelly BT, Werle JR, Leunig M, McCarthy JC, Martin HD, Byrd JW, Philippon MJ, Martin RL, Guanche CA, Clohisy JC, Sampson TG, Kocher MS, Larson CM; Multicenter Arthroscopy of the Hip Outcomes Research Network. Arthroscopy. 2012 May;28(5):595-605; quiz 606-10.e1
Harris Hip Score	**Impact of arthroscopy of the hip for femoroacetabular impingement on quality of life at a mean follow-up of 3.2 years**. Malviya , Stafford GH, Villar RN. J Bone Joint Surg Br. 2012 Apr;94(4):466-70.
SF- 36 + TESS + MSTS	**Internal and external hemipelvectomy or flail hip in patients with sarcomas: quality-of-life and functional outcomes**. Griesser MJ, Gillette B, Crist M, Pan X, Muscarella P, Scharschmidt T, Mayerson J. Am J Phys Med Rehabil. 2012 Jan;91(1):24-32
SF-36 + Harris Hip Score + WOMAC	**Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study**. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbasi S. BMC Musculoskelet Disord. 2011 Oct 6;12:222
OPAQ –SV	**Impact of clinical fractures on health-related quality of life is dependent on time of assessment since fracture: results from the FREEDOM trial**. Silverman S, Viswanathan HN, Yang YC, Wang A, Boonen S, Ragi-Eis S, Fardellone P, Gilchrist N, Lips P, Nevitt M, Palacios Gil-

	Antuñano S, Pavelka K, Revicki D, Simon J, Macarios D, Siris ES. Osteoporos Int. 2012 Apr;23(4):1361-9.
AQoL + WOMAC + Kessler	**Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study**. Ackerman IN, Bennell KL, Osborne RH. BMC Musculoskelet Disord. 2011 May 23;12:108
WOMAC + Score Oxford + UCLA Activity Score + SF-12	**Quality of life following proximal femoral replacement using a modular system in revision THA**. Al-Taki MM, Masri BA, Duncan CP, Garbuz DS. Clin Orthop Relat Res. 2011 Feb;469(2):470-5

Apêndice C – Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Tel.: (53) 8140-0777 e-mail: elena_meeg@hotmail.com
Orientanda: Enf.ª Dione Lima Braz
Tel.: (53) 9107-7644 e-mail: dionepel@bol.com.br

Nome:	
Data de nasc.:	Sexo:
Raça:	Escolaridade:
Estado civil:	Renda:
Situação profissional:	Tipo de moradia:
Data ocorrência fratura:	Data cirurgia:
Data da alta:	
Procedimento cirúrgico realizado:	
Complicações cirúrgicas:	

APÊNDICE D – Carta à Gerência de Enfermagem do Hospital Santa Casa de Pelotas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Tel.: (53) 81400777
e-mail: elena_meeg@hotmail.com

Orientanda: Enf.ª Dione Lima Braz
Tel.: (53) 91077644
e-mail: dionepel@bol.com.br

Pelotas, de 2013.

Prezada gerente de Enfermagem:

Ao cumprimentá-la cordialmente, eu, Dione Lima Braz, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem – UFPel, e tendo como orientadora a Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo, venho por meio deste, solicitar sua autorização para desenvolver minha pesquisa intitulada "**QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL"**.

A presente pesquisa tem como objetivo identificar as mudanças ocorridas na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e sexto mês após a cirurgia. Em anexo encontra-se uma cópia do projeto, contendo os dados necessários para a sua apreciação.

Ressaltamos que assumimos o compromisso ético de resguardar os pacientes envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, garantindo o anonimato, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de Pesquisas envolvendo seres humanos.

Na certeza da acolhida de nossa solicitação, desde já agradecemos e nos colocamos a disposição para informações adicionais que se façam necessárias.

_____

Enf.ª Mestranda Dione Lima Braz

De acordo_____Data:_____

APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Tel.: (53) 8140 0777
E-mail: elena_meeg@hotmail.com

Orientanda: Enf.ª Dione Lima Braz
Tel.: (53) 9107 7644
E-mail: dionepel@bol.com.br

Pelo presente termo nós, **Dione Lima Braz** e **Maria Elena Echevarría-Guanilo**, assumimos o compromisso de manter sigilo e confidencialidade sobre todos os dados de identificação referentes aos prontuários utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **"QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL"**, durante a realização do estudo e mesmo após sua conclusão.

Os dados serão utilizados exclusivamente para produção científica que não revele a identificação dos sujeitos de pesquisa

Pelotas, _____ de _____ de 2013.

Enf.ª Dione Lima Braz Orientanda	Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo Orientadora

APÊNDICE F – Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Tel.: (53) 8140 0777 - e-mail: elena_meeg@hotmail.com
Orientanda: Enf.ª Dione Lima Braz
Tel.: (53) 9107 7644 - e-mail: dionepel@bol.com.br

Pelotas, de 2013.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas/RS.

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a V. S.ª apreciação e autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **"QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL"**, que tem como objetivo identificar as mudanças ocorridas na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e sexto mês após a cirurgia.

Informamos que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para produção científica, que resultará em minha dissertação de mestrado, junto à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª **Maria Elena Echevarría Guanilo**.

Ressalta-se que serão respeitados os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos como prevê a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Desde já agradecemos a atenção dispensada pelos senhores e nos voluntariamos a fornecer informações adicionais que julgarem pertinentes.

Atenciosamente,

Enf.ª Dione Lima Braz Orientanda	Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo Orientadora

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Tel.: (53) 81400777
E-mail: elena_meeg@hotmail.com

Orientanda: Enf.ª Dione Lima Braz
Tel.: (53) 91077644
E-mail: dionepel@bol.com.br

Prezado (a) Sr. (a) gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **"QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA DE FÊMUR OU QUADRIL"**, que tem como objetivo identificar as mudanças ocorridas na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e sexto mês após a cirurgia.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora **Dione Lima Braz**, sob orientação da Professora Dr.ª **Maria Elena Echevarría Guanilo**, nos meses de junho a novembro de 2013. Serão aplicados três instrumentos de avaliação (Mini-exame do Estado Mental – MEEM, Questionário sociodemográfico e o *The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey* – SF-36) em dois momentos: no terceiro e no sexto mês após a cirurgia.

Salientamos que não haverá custo em sua participação na pesquisa e que poderá retirar seu consentimento no momento que desejar, sem que isto implique em prejuízo de qualquer ordem. Reforçamos ainda que os dados coletados serão utilizados em produção científica observando a garantia de anonimato dos participantes da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado, que foi elaborado em duas vias ficando uma comigo (sujeito de pesquisa) e outra com a pesquisadora, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de constrangimento, dos objetivos, da justificativa e dos benefícios da presente pesquisa.

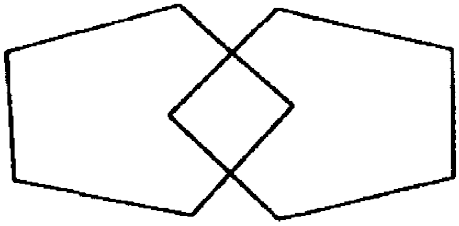
Eu, _____, aceito participar da pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 2013.

Enf.ª Dione Lima Braz Orientanda	Participante do estudo

ANEXOS

Anexo A – Mini Mental

Orientação:		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês)		**5**
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (**rua ou local**) (andar)		**5**
Registro:		
* Dizer três palavras: **PENTE - RUA - AZUL**. Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____		**3**
Atenção e Cálculo:		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) **Alternativo1**: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)		**5**
Evocação:		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)		**3**
Linguagem:		
* Identificar lápis e relógio de pulso		**2**
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”		**1**
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”		**3**
* Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHE OS OLHOS		**1**
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)		**1**
* Copiar o desenho: 		**1**

Total:

Anexo B – Questionário de Qualidade de Vida – SF - 36

Instruções – SF 36

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

EXCELENTE	MUITO BOA	BOA	RUIM	MUITO RUIM
1	2	3	4	5

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

MUITO MELHOR	UM POUCO MELHOR	QUASE A MESMA	UM POUCO PIOR	MUITO PIOR
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades:	Sim, dificulta muito.	Sim, dificulta um pouco.	Não, não dificulta de modo algum.
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participarem esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3

h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 (quatro)semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as últimas 4 (quatro) semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algumproblema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as últimas 4 (quatro) semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 (quatro) semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 (quatro) semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 (quatro) semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente em relação as últimas 4 (quatro) semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo	1	2	3	4	5	6

você tem se sentido esgotado?						
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 (quatro) semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética

Santa Casa de Pelotas

Pelotas, 22 de maio de 2013.

Ref.: Protocolo nº 198/2013 – Ata 110

Ilma. Sra.
Enfª Dione Lima Braz
Nesta

Prezada Senhora,

Informamos a V.S.ª que ao proceder-se à análise de seu projeto de pesquisa intitulado QUALIDADE DE VIDA APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE FÊMUR, em reunião realizada na data de hoje, o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, emitiu o seguinte parecer: APROVADO.

Informamos, também, que é **indispensável** o encaminhamento da publicação final da referida pesquisa a este Comitê.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.

Simone Coelho Amestoy
Simone Coelho Amestoy
Presidente

aspn/cep

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do trabalho de campo

O presente relatório foi construído como requisito para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (PPGEnf-UFPel). Foi elaborado contemplando a descrição e reflexão das ações desenvolvidas durante o trabalho de campo que corresponde à coleta de dados do projeto de mestrado intitulado “Qualidade de vida após cirurgia de fêmur ou quadril” e ao desenvolvimento das atividades enquanto discente do PPGEnf-UFPel, nível mestrado.

Com a finalidade de contemplar informações que se tornaram importantes neste período, o relatório de campo será dividido em duas seções: 1) Atividades relacionadas ao desenvolvimento do projeto de dissertação e 2) Atividades desenvolvidas no programa que contribuíram com a minha formação como discente do PPGEnf-UFPel.

1) Atividades relacionadas ao desenvolvimento do projeto de dissertação

O projeto conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas constante no protocolo 198/2013.

O objetivo deste projeto foi identificar as mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril no terceiro e sextomês após a cirurgia.

Para a identificação dos potenciais sujeitos, a pesquisadora realizou consulta aos registros do Serviço de Traumatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: sujeitos com idade a partir de 18 anos que realizaram cirurgia de fêmur ou quadril no referido estabelecimento de saúde no período de março a maio de 2013, sujeitos que residissem no município de Pelotas ou até 50 km de distância e que tenham obtido pontuação mínima de 13 pontos no Mini-exame do Estado Mental – MEEM. Foi utilizado ainda como critério de inclusão que os sujeitos da pesquisa não tivessem diagnósticos de patologias prévias que pudessem afetar a avaliação de qualidade de vida, por exemplo, sequelas motoras e neurológicas prévias, diagnóstico psiquiátrico ou alterações emocionais em estado agudo.

Referente ao critério de inclusão idade, a seleção inicial foi feita considerando mínimo de 18 anos, porém na elaboração do artigo, optou-se por

apresentar como critério de inclusão idade mínima de 20 anos, visto que a meta era trabalhar com adultos e idosos a fim de avaliar o impacto da cirurgia e limitações decorrentes desta, nas diferentes faixas etárias e situações profissionais quanto a sua avaliação de QVRS, por meio da aplicação do SF-36.

Utilizou-se como referência os dados do DIEESE (2011) que classificam população adulta e economicamente ativa como a compreendida entre 20 e 59 anos, sendo a partir de então considerado idoso. Ressalta-se que mesmo tendo observado, inicialmente, mínimo de 18 anos de idade como critério de inclusão a idade mínima dos sujeitos da amostra foi 26 anos.

A seleção dos sujeitos iniciou no mês de abril e a coleta de dados foi desenvolvida no período de junho a novembro de 2013. Sendo realizada avaliação em dois momentos (acompanhamento longitudinal): no terceiro e no sexto mês após a cirurgia de fêmur ou quadril.

Paralelo ao processo de identificação dos potenciais participantes foi realizado treinamento da equipe que contribuiu com a coleta de dados. A equipe foi formada pelos integrantes do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras/Qualidade de Vida (GEPQ) que é coordenado pela Prof.ª Dr.ª Maria Elena Echevarría Guanilo, orientadora do presente estudo. O grupo, o qual participo desde minha inserção no PPGEnf-UFPel, é integrado por discentes de Graduação e Pós-Graduação. O treinamento para coleta de dados consistiu na apresentação do projeto e seus objetivos, familiarização com os instrumentos e literatura consultada e simulação da aplicação dos mesmos.

Inicialmente, foram selecionados um total de 90 sujeitos que realizaram cirurgia nos meses determinados (28 sujeitos que realizaram cirurgia em março, 30 em abril e 32 em maio). Após a seleção inicial, através dos critérios de inclusão e exclusão presumíveis pelos registros hospitalares (diagnósticos associados, óbitos, residência fora do perímetro delimitado, novas internações para procedimentos cirúrgicos), restaram 67 potenciais sujeitos a serem contatados.

Dando seguimento foi realizado contato telefônico com os potenciais participantes, momento em que a pesquisadora e a equipe colaboradora se deparou com dificuldades quanto a fidelidade dos dados para contato, o que levou à perda de participantes em decorrência da mudança de município de domicílio, óbitos e recusa (por parte do participante ou de familiares).

Desta forma, concordaram em participar da primeira etapa da coleta de dados 27 indivíduos, tendo sido agendados os encontros no domicílio do participante em data e horário de sua preferência. Dos nove sujeitos que realizaram cirurgia no mês de abril e que concordaram em participar da coleta de dados, um apresentava diagnóstico de esquizofrenia e outro não atingiu 13 pontos no MEEM. Situação semelhante ocorreu na coleta referente ao mês de maio, no qual um dos oito sujeitos que concordaram em participar do estudo apresentou diagnóstico de Alzheimer. Considerando estas perdas na primeira etapa da coleta de dados foram incluídos 24 pacientes (10 sujeitos que realizaram cirurgia em março, 7 em abril e 7 em maio).

Para segunda coleta ocorreram algumas perdas que se deram por motivos diversos, dentre eles, a mudança para outros municípios, o insucesso no contato telefônico e na visita em domicílio e, ainda, a ocorrência de óbitos, totalizando, na segunda medida, 16 sujeitos (8 sujeitos que realizaram cirurgia em março, 3 em abril e 5 em maio).

O processo de identificação e captação dos potenciais participantes foi dificultado por erros nos registros ou alteração de telefones dos pacientes, pela falta de familiaridade da comunidade na participação em pesquisas e ainda devido a descontentamento dos sujeitos com o atendimento obtido durante e após a internação. A ausência de vínculo do Instituto de traumatologia com os pacientes foi referida por estes como um aspecto desmotivador para sua participação.

Tais fatos evidenciaram que embora o estudo não estivesse diretamente vinculado à instituição, a insatisfação com a assistência recebida e a falta de um protocolo de acompanhamento pós-cirúrgico, fez com que se tivesse dificuldade na adesão ao estudo.

O período de coleta de dados demandou tempo e dedicação, alguns sujeitos embora residissem no raio de 50 km tinham sua moradia em zonas de difícil acesso, inclusive para contato telefônico, constituindo um desafio a mais. Encontraram-se as mais diversas condições de moradia e de constituição familiar, ainda que a metodologia deste trabalho tenha sido quantitativa, não há como realizar uma avaliação de qualidade de vida sem que os aspectos qualitativos sejam observados e percebidos pelo pesquisador.

No decorrer dos encontros me emocionei, chorei, fiz amigos, ganhei presentes e cresci como ser humano, sei que da mesma maneira todos os

envolvidos na coleta de dados vivenciaram situações semelhantes. Como enfermeira, entendo que tais aspectos reforçam o objetivo da busca pelo conhecimento que possibilite trabalhar em prol da qualidade do atendimento e da qualidade de vida desta população.

Terminada a etapa de coleta passamos à organização do banco de dados no programa *Microsoft Excel, 2010*; a realização da etapa de coleta de dados representou um estímulo para a vitória sobre a timidez e o enfrentamento do desconhecido, a construção do artigo representou um desafio em busca da correta metodologia de escrita e o anseio por produzir um material de qualidade que representasse esta fase de minha formação acadêmica.

Inicialmente, o plano de análises estatísticas contemplava a realização de análises paramétricas com a utilização do teste *t* de *students,* para amostras independentes e dependentes, e análise de regressão, conforme descrito no projeto de dissertação. Porém, durante a organização do banco de dados e prévias análises, observou-se a limitação no tamanho da amostra e as características de distribuição dos dados. Por esta razão, optou-se pela realização de uma consultoria com um profissional estatístico a fim de garantir a confiabilidade das análises apresentadas.

Posterior ao agendamento, por contato telefônico, a consulta foi realizada via Skype com a profissional em análise estatística Sr.ª Vânia Naomi Hirakata, que após avaliar o banco de dados e as análises iniciais, sugeriu a utilização de testes não paramétricos, também chamados de distribuição livre. Vânia confirmou o que nossas leituras e o conhecimento prévio, de minha orientadora, já apontavam, de fato os testes não paramétricos garantiriam maior fidelidade no resultado das análises.

Os dados foram processados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0. Para testar possíveis diferenças quanto à pontuação dos domínios do SF-36, segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade e situação conjugal; foi realizado o teste de *MANN- WHITNEY*. O teste de *WILCOXON foi* aplicado para a identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 entre o terceiro (T1) e o sexto (T2) mês após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril. O nível de significância adotado para ambas testagens foi p=0,05. Em decorrência do tamanho da amostra e os resultados das análises realizadas (análises não paramétrica) optou-se por não realizar a análises de

regressão e o cálculo do tamanho do efeito ou análises do Delta, uma vez que os dados não apresentaram significância estatística que sugerisse sua realização.

Para elaboração do artigo de defesa construímos uma tabela com a caracterização dos sujeitos seguida das demais tabelas que apresentam o resultado dos testes estatísticos realizados. A discussão buscou responder ao objetivo do estudo identificando as variações das médias dos domínios do SF-36 nas duas medidas e segundo as variáveis determinadas (sexo, idade, escolaridade e situação conjugal).

A partir deste estudo e segundo as hipóteses previamente definidas, sugere-se que os idosos representariam a maior proporção dos pacientes submetidos a cirurgias de fêmur ou quadril. Quanto a hipótese acerca da influência das variáveis sobre a variação das médias obtidas pela aplicação do SF-36, observou-se significância estatística para a elevação da média do domínio Dor, no sexo feminino comparada ao sexo masculino. E, na análise das variações dos dois momentos (T1 e T2) houve significância nas variações correspondentes a elevação em T2 da pontuação média nos domínios Estado Geral de Saúde e Aspecto Emocional, confirmando a suposição inicial de que a avaliação de QVRS sofre alterações no processo de recuperação.

Infelizmente, em decorrência do tamanho reduzido e das características da amostra não foi possível realizar a testagem paramétrica que apresentaria os preditores para qualidade de vida, espera-se que outros estudos dentro do grupo de pesquisa possam contribuir com os dados levantados neste estudo.

Também não foi possível realizar cruzamentos que considerassem o tipo de cirurgia realizado, devido a inconsistências nas informações a cerca desta variável.

2) Atividades desenvolvidas no programa que contribuíram com a minha formação como Discente do PPG na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

As disciplinas ofertadas durante a realização da Pós-Graduação e as atividades propostas pelos docentes e coordenação do programa, visaram preparar os mestrandos para o exercício da pesquisa e docência, no qual deixo minha sugestão de ampliar a discussão e a promoção de aprendizado voltado à estatística e suas propriedades. Considero que mesmo pesquisadores essencialmente

qualitativos precisam compreender a estatística dos estudos quantitativos a fim de delimitarem novos estudos.

Nestes dois anos dediquei aproximadamente 130 horas de minha vivência como discente da Pós-Graduação à disciplina de docência orientada, atividade que exige preparo intelectual, técnico e prático, sendo, constantemente, necessário ampliar as buscas de forma a corresponder à necessidade do grupo de alunos sob a minha supervisão. Foi possível observar o quanto o trabalho do professor constitui um eterno aprendizado e que diariamente temos a necessidade de aprimoramento, visto que não apenas o conhecimento é dinâmico, como também o perfil questionador dos alunos.

Paralelo às atividades regulares da Pós-Graduação e a construção de meu projeto de dissertação, durante minha trajetória nestes dois anos, participei, através do GEPQ, de atividades de extensão como a organização do 2º Seminário de Queimaduras, ocorrido de 6 a 8 de junho de 2013. Este contou com 210 participantes em um evento multiprofissional que demandou dedicação para organização, que felizmente teve êxito em sua execução. Além disso, desenvolvi atividades de prevenção a queimaduras realizadas junto à comunidade, sendo o público alvo: escolares, acadêmicos, profissionais e público em geral. Na pesquisa, contribui na elaboração e correção de artigos e pôsteres produzidos, tendo obtido aceite como autora para publicação de artigo, na Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFSM), intitulado “EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL: A PERSPECTIVA DE TRABALHADORES QUE SOFRERAM QUEIMADURAS NO TRABALHO”.

Neste período também participei de sete publicações aceitas em formato de resumo expandido no II Seminário Internacional Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde e IX Semana de Enfermagem da UFSM, e um trabalho na modalidade pôster aceito para publicação no X Congresso Latino-americano de Queimaduras, realizado em conjunto com a VIII Jornada Brasileira de Queimaduras, I Jornada Carioca de Queimaduras e II Simpósio *Internacional de Wound Care*. Recebi ainda convite para participar como membro da banca de avaliação de projeto monográfico que ainda encontra-se em curso intitulado “Ansiedade e depressão em pacientes que sofreram queimaduras”.

Um período de intenso aprendizado, repleto de desafios e que não termina na defesa de minha dissertação, mas tem nela um impulso voltado ao crescimento científico e acadêmico.

III Artigo

Qualidade de Vida Após cirurgia de Fêmur ou Quadril

Quality of Life After Hip or Femur Surgery

Dione Lima Braz

Resumo

O objetivo do estudo é identificar as mudanças ocorridas na avaliação de QV entre o terceiro e o sexto mês após a cirurgia corretiva de fratura ou desgaste de fêmur/quadril no de acordo com o sexo, idade, grau de escolaridade e situação conjugal. De abordagem quantitativa, de delineamento longitudinal realizado com pacientes atendidos no Instituto de Traumatologia de um Hospital do Sul do Rio Grande do Sul, de março a maio de 2013. Foram aplicados: Questionário sociodemográfico, Mini-exame do Estado Mental (MEEM); e o *Short Form Health Survey* (SF-36). Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0. Aplicados os testes de *MANN - WHITNEY* para identificação das diferenças segundo sexo, idade, escolaridade, e situação conjugal e o teste de *WILCOXON* para identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 no terceiro (T1) e no sexto (T2) mês após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril. Sendo adotado *p*=0,05, como nível de significância. A amostra foi composta predominantemente pelo sexo feminino (17) com idade média de 63,75 (DP: 20,78). Identificou-se redução das médias na segunda medida em cinco dos oito domínios do SF-36, observando-se piora da QVRS no T2. O domínio Aspecto Físico foi o mais afetado. As médias do domínio Dor foram maiores e estatisticamente significante, para as mulheres (p=0,04) e houve melhora nas médias nos domínios Estado Geral de Saúde (p=0,01) e Aspecto Emocional (p=0,05), no T2, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Descritores: Fratura de fêmur; Fratura de Quadril; Qualidade de Vida.

Abstract

This study aimed to identify the changes found on life quality evaluation related to adults surgery submitted caused by femur or hip fracture or wear between the third (T1) and the sixth (T2) month after the procedure. Patients that were femur or hip surgery submitted in a large Hospital in a city in Rio Grande do Sul, Brazil, in the period between March and May of 2013, under the protocol number 198/2013 of Research Ethics Committee, have taken part on it. The participants were pre-elected from the service register, being included: higher than 18 year-old adults, gender independent, that Pelotas/Rs residents or up to 50 km far and have presented

emotional conditions and a minimal punctuation of 13 on the Mental State Mini-Test (MSMT). Four steps were followed to the data collection: 1st – potential participants identification on the registers; 2nd – participants selection under the inclusion and exclusion criteria; 3rd – phone contact to invite to participate and further home interview appointment and 4th – step that consisted on the Free and Clear Consent Term signature and socio-demographic form, the MSMT and the *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF–36) application, being the last applied on the third and the sixth month after the femur or hip surgery. The data were analyzed though the *Statistical Package for Social Science* (SPSS) program, version 19. The *Mann-Whitney* Test was applied to identify the average differences according to gender, age, school degree and marital status; and the *Wilcoxon* Test to identify the differences among the SF-36 in T1 and T2 medium domain. The significant level adopted was *p*= 0,05. The sample was mainly composed by females (17) with an average age of 63,75 (DP: 20,78) and single (14). The domains punctuation have been presented varied: from 16,67 on the Physical Aspect domain to 69,00 points in Mental Health on the first measurement (T1); and 12,50 in the Physical Aspect to 81,44 in the Health General Sate on the second measurement(T2). The Health General State (M: 67,17 and M: 81,44) and Emotional Aspect (M: 31,94; M:58,33) domains have presented expressive positive changes in T2. The Pain domain has presented a higher average on females (10,18) and a lower on males (4,80), being statistically significant (p=0,04). The subjects with a higher school degree have presented the lower averages in the Functional Capacity (Level 1: 9,29 and Level 2: 6,13), Physical Aspect (Level 1: 8,75, Level 2: 7,75) and emotional Aspect Level (Level 1: 8,75 and Level 2: 7,75). Comparing the T1 and T2 averages, the Health General State (p=0,01) and Emotional Aspect (p=0,05) were statistically significant, being an increase on the medium punctuation on T2, indicating a evolution on the evaluation. It is concluded that the sample was composed by single elders from the female gender. There was an average decrease on five of the eight domains of SF-36 and it is noticed a worsening in the QVRS of T2, being the Physical Aspect domain the most affected. Women have presented better average on the Pain domain, representing a significant variation. The evaluation between T1 and T2 has presented statistical relevance on the average elevation in the Health General State and Emotional Aspect domains in T2.
Key Words: Quality of life, Femur fracture, Hip fracture

INTRODUÇÃO

A ocorrência de fraturas ou de desgaste do fêmur e quadril vem aumentando nas últimas décadas, sendo associadas, principalmente, ao envelhecimento populacional e a imprudência de motoristas e motociclistas no trânsito (CARNEIRO, et al., 2013; CHAGAS, 2011). Estas ocorrências acarretam em dor, limitações de mobilidade e afastamento das atividades de vida diária, refletindo negativamente na Qualidade de Vida (QV) do indivíduo (LOPES et al., 2007; SHET e LONNER, 2010).

As fraturas de fêmur são lesões graves, decorrentes de traumas de grande energia, podendo determinar alterações da estrutura física e sequelas motoras ao

paciente. O tratamento de escolha é iminentemente cirúrgico (PIRES et al., 2006). No Brasil, em 2012, foram registradas 81.867 fraturas de fêmur (BRASIL, 2012). Em 2013, apenas no Rio Grande do Sul, foi registrada a ocorrência de 452 casos desta lesão (BRASIL, 2013).

As lesões de quadril, por sua vez, podem ser decorrentes de traumas, ter etiologia desconhecida, ou serem secundárias a condições patológicas pré-existentes. A lesão do quadril é uma condição grave, caracterizando-se por comprometimento da motricidade e dor insidiosa, sendo em geral, indicado a correção cirúrgica (SILVA et al., 2009). Em 2007, foram realizadas 624 cirurgias reparadoras de lesões em quadril, no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), dando uma ideia da proporção nacional da realização deste procedimento (SILVA et al., 2009).

Ambas as condições, fraturas de fêmur e fratura ou desgaste de quadril, comprometem a avaliação da QV, principalmente, devido à dor e a limitação que estas condições impõem.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como: “o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doença” (OMS, 1948). Baseando-se neste conceito, a partir de 1975, áreas médicas que tratavam de patologias com baixa perspectiva de cura, passaram a primar pelo bem-estar do paciente, surgindo a necessidade de implementar a avaliação da QV (BLAY e MERLIN, 2013). Esta avaliação oferece informações acerca das mudanças dos distintos aspectos contemplados.

Quando abordada a temática, QV, é necessário atentar para a pluralidade das questões envolvidas (ALMEIDA et al, 2012). Sua avaliação, sofre influência de aspectos físicos, sociais, econômicos, religiosos e morais, os quais o tornaram um conceito amplo e multidimensional, que poderia ser utilizado por diversas áreas do conhecimento como arquitetura, publicidade, campanhas políticas e saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Em 1998, a OMS conceituou QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Este conceito apresenta a importância da compreensão da QV como um conceito amplo e multidimensional.

Quando relacionada à saúde, sua avaliação contempla o estado de saúde, a capacidade funcional, a duração de vida, os sintomas ou lesões provenientes de doença e tratamento, e a oportunidade de saúde das pessoas (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). Desta forma, destaca-se que ao se utilizar o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS, é necessário analisar a capacidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas, ponderando seu papel social, sua idade e os distintos aspectos que contemplem sua multidimensionalidade.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar as mudanças ocorridas na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro e sexto mês após a cirurgia.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa e de delineamento longitudinal realizado a partir dos registros dos pacientes atendidos no Instituto de Traumatologia de um hospital da região sul do Rio Grande do Sul. Foram aplicados em forma de entrevista três instrumentos: questionário sociodemográfico, Mini-exame do Estado Mental (MEEM); e o *Short Form Health Survey* (SF-36).

Inicialmente, foram selecionados 90 sujeitos que realizaram cirurgia de fêmur ou quadril nos meses de março a maio de 2013. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 67 potenciais sujeitos. Destes, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, 27 sujeitos.

Foram excluídos sujeitos com idade inferior a 20 anos, que não residiam dentro do perímetro de 50 km da cidade de Pelotas, que não atingiram o escore 13 no MEEM, que tivessem diagnósticos de comorbidades que pudessem interferir no resultado do estudo (Acidente Vascular Cerebral – AVC, diagnósticos psiquiátricos, sequelas motoras e alterações emocionais em estado agudo).

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, dos 27 participantes que concordaram em formar parte do estudo, três foram excluídos: um apresentava diagnóstico de esquizofrenia, um Alzheimer e um não atingiu os 13 pontos no MEEM.

O projeto obteve aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde os dados foram coletados, vinculado ao Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o protocolo 198/2013, tendo atendido aos preceitos éticos exigidos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Instrumentos de coleta de dados

- Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos: formulário elaborado para realização de coleta de dados relacionados à identificação, informações sociodemográficas (sexo, idade/data de nascimento, estado civil/situação conjugal, escolaridade, raça) e relacionadas ao trauma e procedimento cirúrgico realizado (data da ocorrência da fratura, data da cirurgia e tempo de internação);
- Mini-exame do Estado Mental – MEEM (BERTOLUCCI et al., 1994). Consiste em um questionário de 30 pontos utilizado para rastrear perdas cognitivas. Considerado de fácil aplicação e adequado para rastreio, não substituindo uma avaliação mais detalhada (Ministério da Saúde, 2007). A utilização do MEEM, neste estudo, tem o objetivo de identificar sujeitos que apresentem perdas cognitivas severas que invalidem sua avaliação de QVRS a partir da aplicação de um instrumento. Foi utilizado, no presente estudo, os pontos de corte propostos por Bertolucci et al. (1994), que considera a influência da educação sobre o MEEM: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade baixa e média e 26 pontos para alta escolaridade;
- *The Medical Outcomes Study* 36 – item *Short Form Health Survey* – SF-36 (CICONELLI et al., 1999). Instrumento genérico multidimensional formado por 36 itens, distribuídos em oito domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Saúde Mental e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há um ano. A pontuação para cada um dos domínios pode variar de zero a 100, no qual zero seria indicativo de pior estado de saúde, e 100 o melhor estado de saúde do sujeito. Considerado no presente estudo como medida de QVRS.

Procedimentos para coleta de dados: foram percorridas quatro etapas: **1ª etapa:** identificação dos potenciais participantes no banco de registros de atendimento do serviço de traumatologia; **2ª etapa:** seleção dos participantes a partir dos critérios de

inclusão e exclusão; **3ª etapa:** realização de contato telefônico para convite de participação na pesquisa e agendamento de entrevista no domicílio, para tal, foram realizadas até três tentativas de contato e **4ª etapa:** a qual consistiu do contato para a assinatura do TCLE, aplicação do formulário para coleta de dados sociodemográfico e aplicação do MEEM; e entrevista no domicílio para aplicação do SF-36, no terceiro (Tempo 1 – T1) e no sexto mês (Tempo – T2) após a realização de cirurgia de fêmur ou quadril.

Os dados foram processados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0. Para identificar as diferenças quanto à pontuação dos domínios do SF-36, segundo as variáveis, sexo, idade, escolaridade, e situação conjugal, foi aplicado o teste de *MANN – WHITNEY* e o teste de *WILCOXON* para a identificação das diferenças entre as médias dos domínios do SF-36 entre o terceiro (T1) e o sexto (T2) mês após a realização de cirurgia de fêmur ou de quadril. O nível de significância adotado para os testes foi p=0,05.

RESULTADOS

Foram entrevistados 24 sujeitos (17 mulheres e sete homens) que se encontravam no terceiro mês (T1) após cirurgia de fêmur ou de quadril, sendo que destes, 16 foram novamente entrevistados no sexto mês (T2) após a cirurgia. A idade média da amostra estudada foi de 63,75 anos (DP: 20,78) (Tabela 1).

Referente ao grau de escolaridade destaca-se que 15 (62,50%) referiram ter o ensino fundamental incompleto, seguido por cinco (20,8%) que apresentavam ensino médio completo. Quanto a situação conjugal, 10 (41.66%) sujeitos relataram ter companheiro e 14 (58,3%) sujeitos referiram não ter companheiro (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra estudada (n=24), Pelotas, 2014

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

Na descrição geral das pontuações médias do SF-36 (Tabela 2), considerando as duas medidas (T1 e T2), as pontuações dos domínios variaram de 16,67 no domínio Aspecto Físico para 69,00 pontos em Saúde Mental, na primeira medida; e de 12,50 em Aspecto Físico para 81,44 em Estado Geral de Saúde, na segunda medida.

Houve discreto aumento positivo das médias do domínio Dor na segunda medida (21,13), quando comparada com a primeira (20,13), mudança negativa nas pontuações nos domínios Aspecto Físico (T1: 16,67 e T2: 12,50) e Capacidade Funcional (T1: 27,08 e T2: 26,88) quando comparada as duas medidas. Para ambas as medidas, apresentaram expressivas mudanças positivas os domínios Estado Geral de Saúde (M: 67,17 e M: 81,44) e Aspecto Emocional (M:31,94; M:58,33), em T1 e T2, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores médios dos domínios do SF-36 aplicado no 3º (T1) e 6º (T2) mês após a cirurgia de fêmur ou quadril. Pelotas, 2014

Valores / Domínios	Média dos postos	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo (mín-máx)	n
Cap. Funcional T1	27,08	22,31	20,00	0-100	24
Cap. Funcional T2	26,88	15,59	25,00	0-60	16
Aspecto Físico T1	16,67	30,10	0000	0-25	24
Aspecto Físico T2	12,50	30,28	0000	0-0	16
Dor T1	20,13	13,55	16,50	11-34	24
Dor T2	21,13	15,01	11,50	11-40	16
Est. Geral de Saúde T1	67,17	24,42	77,00	49-84	24
Est. Geral de Saúde T2	81,44	15,55	87,00	70-92	16
Vitalidade T1	66,25	16,70	70,00	30-95	24
Vitalidade T2	68,13	15,69	70,00	35-95	16
Asp. Social T1	56,25	30,84	62,50	25-75	24
Asp. Social T2	51,56	22,76	50,00	28-62	16
Asp. Emocional T1	31,94	37,40	16,67	0-66	24
Asp. Emocional T2	58,33	47,92	83,33	0-100	16
Saúde Mental T1	69,00	18,40	72,00	60-83	24
Saúde Mental T2	69,00	15,90	76,00	54-80	16

Buscando contemplar o objetivo da identificação de mudanças nas duas medidas (T1 e T2), segundo as variáveis, sexo, idade, escolaridade e situação conjugal, foi aplicado o teste de MANN-WHITNEY para as médias dos domínios do SF-36 aplicado no terceiro (T1) e no sexto (T2) mês após cirurgia de fêmur ou de quadril (Tabela 3).

Na variável sexo, o domínio capacidade funcional apresentou maior pontuação no sexo masculino (10,50) e menor avaliação no feminino (7,59). O domínio Dor apresentou uma média maior para o sexo feminino (10,18) e menor

média para o masculino (4,80), tendo esta variação apresentado significância estatística (*p*=0,04). Destaca-se que as mulheres apresentaram médias mais baixas em todos os domínios excetuando o domínio Dor (Tabela 3).

Referente à escolaridade destaca-se que os sujeitos com maior nível de escolaridade apresentaram médias mais baixas nos domínios Capacidade Funcional (Nível 1: 9,29 e Nível 2: 6,13), Aspecto Físico (Nível 1: 8,75, Nível 2: 7,75) e Aspecto Emocional (Nível 1: 8,75 e Nível 2: 7,75), entretanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes (Tabela 3).

No tangente a variável situação conjugal, identificaram-se menos diferenças entre as pontuações médias dos domínios, no que diz respeito ao grupo que referiu ter companheiro e ao grupo que referiu não ter companheiro. Os sujeitos que relataram ter companheiro apresentaram melhor média no domínio Aspecto Social (10,00), e média mais baixa no domínio Vitalidade (6,75), e os sujeitos que apontaram não ter companheiro apresentaram médias mais altas no domínio Vitalidade (9,55) e mais baixas no domínio Estado Geral de Saúde (7,75). Na análise desta variável também não foi possível identificar diferenças estatisticamente significantes (Tabela 3).

Tabela 3 – Diferença entre os valores médios dos domínios do SF-36 aplicado entre o 3º (T1) e 6º (T2) mês após cirurgia de quadril e fêmur, segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade e situação conjugal (n=16), Pelotas, 2014

Medidas / Domínios	Sexo		Idade		Escolaridade		Sit. conjugal	
	Fem (n= 11)	Masc (n=5)	<60 (n=7)	>60 (n=9)	Nível 1* (n=12)	Nível 2** (n=4)	C/ Comp. (n=6)	S/ Comp. (n=10)
Cap. Func. (T1/T2)	7,59	10,50	7,86	9,00	9,29	6,13	7,25	9,25
z	-1,14		-0,48		1,16		-0,82	
p	0,25		0,63		0,25		0,41	
Asp. Físico (T1/T2)	8,41	8,70	7,79	9,06	8,75	7,75	8,92	8,25
z	-0,14		-0,64		-0,44		-0,33	
p	0,81		0,52		0,66		0,74	
Dor (T1/T2)	10,18	4,80	7,71	9,11	8,17	9,50	7,33	9,20
z	-2,11		-0,59		-0,49		-0,76	
p	0,04		0,56		0,63		0,45	
Est. Ger. Saú.(T1/T2)	7,77	10,10	8,64	8,39	8,33	9,00	9,75	7,75
z	-0,91		-0,11		-0,24		-0,81	
p	0,36		0,92		0,81		0,42	
Vitalidade (T1/T2)	8,00	9,60	9,21	7,94	7,75	10,75	6,75	9,55
z	-0,63		-0,54		-1,10		-1,15	
p	0,53		0,59		0,27		0,25	
Aspec. Social (T1/T2)	7,73	10,20	9,50	7,72	7,46	11,63	10,00	7,60
z	-0,97		-0,75		-1,53		-0,99	
p	0,33		0,45		0,13		0,32	
Aspec. Emo. (T1/T2)	8,36	8,80	8,21	8,72	8,75	7,75	9,42	7,95
z	-0,17		-0,22		-0,37		-0,61	
p	0,86		0,83		0,71		0,54	
Saúde Mental (T1/T2)	8,18	9,20	8,79	8,28	7,88	10,38	8,33	8,60
z	-0,40		-0,21		-0,92		-0,11	
p	0,69		0,83		0,36		0,91	

* fundamental incompleto ** fundamental completo em diante

p= 0,05

Com o objetivo de identificar diferenças entre as pontuações dos domínios do SF-36, em T1 e T2, entre os 16 participantes que completaram as duas medidas foi aplicado o Teste de Wilcoxson (Tabela 4). Foi possível identificar que houve elevação das médias entre os domínios, Capacidade Funcional (T1: 24,37 e T2: 26,87), Estado Geral de Saúde (T1: 64,81 e T2: 81,44) e Aspecto Emocional (T1: 29,17 e T2: 58,33). Apresentaram diferenças estatisticamente significantes os domínios Estado Geral de Saúde (p=0,01) e Aspecto Emocional (p=0,05), observando-se aumento nas pontuações médias, quando comparadas as duas medidas (T1 e T2), indicando melhora na avaliação destes domínios no T2.

As pontuações dos domínios Capacidade Funcional, Aspecto Físico e Dor, apresentaram médias inferiores a 50 pontos (possibilidade de pontuação de zero a 100 pontos) nas duas medidas (Tabela 4).

Embora não tenha sido encontrada significância nas variações ocorridas nos demais domínios, identificou-se que nos domínios Dor, Vitalidade e Aspecto Social, dos 16 participantes que completaram as duas medidas, oito, sete e nove sujeitos, respectivamente, apresentaram mudanças positivas entre a primeira e segunda medida, indicando melhora na avaliação destes domínios (Tabela 4).

Cabe ainda ressaltar que entre os oito domínios, o domínio Aspecto Físico foi o que menos apresentou mudanças nas médias do T1 e do T2, uma vez que dos 16 pacientes, onze deles mantiveram suas pontuações médias (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores médios de dispersão e mudanças entre o terceiro (T1) e o sexto (T2) mês nos valores dos domínios do SF-36 aplicado após cirurgia de fêmur e quadril (n:16), Pelotas, 2014

Valores / Domínios	Média dos postos	Desvio padrão	Percentil 25	Percentil 75	Mudanças nas pontuações*	n	*p**
Cap. Funcional T1	24,37	21,04	5,00	30,00	Negativo	5	
Cap. Funcional T2	26,87	15,58	16,25	38,75	Positivo	9	0,22
					Empate	2	
Aspecto Físico T1	21,88	34,00	0,00	43,75	Negativo	4	
Aspecto Físico T2	12,50	30,28	0,00	0,00	Positivo	1	0,28
					Empate	11	
Dor T1	21,81	14,82	11,00	34,00	Negativo	5	
Dor T2	21,13	15,01	11,00	40,00	Positivo	8	1,00
					Empate	3	
Est. Geral Saúde T1	64,81	24,72	38,00	82,00	Negativo	3	0,01
Est. Geral Saúde T2	81,44	15,55	70,75	92,00	Positivo	12	
					Empate	1	
Vitalidade T1	69,06	14,63	56,25	80,00	Negativo	5	
Vitalidade T2	68,13	15,69	56,25	75,00	Positivo	7	0,91
					Empate	4	
Asp. Social T1	52,34	31,36	15,62	75,00	Negativo	7	
Asp. Social T2	51,56	22,76	28,12	62,50	Positivo	9	0,96
					Empate	0	
Asp. Emocional T1	29,17	34,16	0,00	66,67	Negativo	3	
Asp. Emocional T2	58,33	47,92	0,00	100,00	Positivo	8	0,05
					Empate	5	

Saúde Mental T1	69,50	20,96	61,00	84,00	Negativo	8	
Saúde Mental T2	69,00	15,90	54,00	80,00	Positivo	6	0,75
					Empate	2	

Discussão

Buscou-se identificar as mudanças ocorridas na avaliação da QVRS de adultos submetidos à cirurgia de fêmur ou quadril entre o terceiro (T1) e sexto (T2) mês pós-cirúrgico, a partir da aplicação do SF-36. Propõe ainda investigar a variação das médias do SF-36, em cada domínio, segundo as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade e situação conjugal.

Os resultados mostraram que quando comparados os dados dos sujeitos que completaram as duas medidas, de forma geral, houve comprometimento da qualidade de vida dos participantes do estudo (Tabela 4), com decréscimo das médias em cinco dos oito domínios avaliados (Aspecto Físico, Dor, Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental), na segunda medida.

Os domínios Aspecto Emocional, Estado Geral de Saúde e Capacidade Funcional, apresentaram elevação das médias na segunda medida quando comparado à primeira (Tabela 4). Quando analisadas as diferenças entre o terceiro e o sexto mês (T1 e T2), as medidas dos domínios Estado Geral de Saúde e Aspecto Emocional se apresentaram estatisticamente significantes ($p=0,01$ e $p=0,05$, respectivamente). Estes dados poderiam indicar que quando as avaliações do SF-36 foram realizadas mais próximas da ocorrência da cirurgia (T1), as pontuações retrataram uma pior avaliação referida pelos sujeitos.

A tomada de dados mais próxima ao evento agudo geralmente se designa a avaliar a gravidade dos sintomas, enquanto a realizada após períodos mais longos, posteriores ao evento agudo, permitem avaliar o impacto desses sintomas nas atividades de vida diária (MACHADO et al., 2012; BLAY e MERLIN, 2013).

Os domínios Capacidade Funcional, Aspecto Físico e Dor em nenhuma das medidas (T1 e T2), superaram os 50 pontos (sendo a possibilidade de pontuação de zero a 100 pontos). No domínio Aspecto Físico, em T2, apenas um sujeito demonstrou elevação da média, o que permite identificar este domínio como o mais afetado em ambas as medidas e que obteve maior avaliação negativa nos dois momentos de coleta de dados (Tabela 4).

Em estudo que propôs a avaliação de qualidade de vida após fratura de fêmur, autores (MACHADO et al., 2012), também encontraram o domínio Aspecto Físico como o mais afetado. Quando esta avaliação foi proposta para outras condições crônicas de saúde, por exemplo, em pacientes com Hemofilia (GARBIM et

al., 2007), e com doença renal em tratamento dialítico (SILVEIRA et al., 2010), o mesmo domínio se apresentou como o mais afetado. A avaliação negativa do domínio Aspecto Físico pode apresentar-se como mais afetada, por estar relacionada a dor, a presença de sequelas e a dificuldade de mobilidade (GARBIM et al., 2007), assim como a sexo e desempenho de papel na família e na sociedade.

No presente estudo, os domínios Aspecto Físico, Dor, Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental apresentaram diminuição das médias na segunda medida (T2) (Tabela 4). Em estudo longitudinal que teve como objetivo avaliar a QV de pacientes submetidos a cirurgias de colo do fêmur e quadril (no primeiro e segundo ano após cirurgia), os autores apontam que, na segunda medida, houve redução das médias de todos os domínios do SF-36, exceto para o domínio Aspecto Social (RHODE et al., 2010). O decréscimo nos valores dos domínios pode estar relacionado ao prolongado tempo de afastamento das atividades de vida diária, a dependência de terceiros ou desejo de retomar atividades anteriormente realizadas.

Na avaliação da QV de pacientes em surto reacional de hanseníase identificou-se que o afastamento do papel familiar e social, imposto pelas limitações decorrentes da doença e a incapacidade física comprometem seriamente a QV dos pacientes, sendo que esta condição pode se agravar quanto maior for o período de doença (COSTA et al., 2012). Para o caso de pacientes que sofreram cirurgias de fêmur ou quadril, esta situação não se apresentaria muito diferente, uma vez que no decorrer do processo de recuperação, há manifestações de dor e de sofrimento que ultrapassam a dimensão física tendo grande impacto social e psicológico, por exemplo, pelo afastamento de suas atividades laborais e sociais e a dependência de terceiros para realização de suas atividades de vida diária (SCHYU et al., 2010).

A partir de resultados de estudos nos quais foram realizadas avaliações de QV/QVRS (RHODE et al., 2010; GUIMARÃES et al., 2011; MACHADO et al., 2012; COSTA et al., 2012) percebe-se que no acompanhamento, por um período mais prolongado, se identificaria a redução nos valores médios dos domínios do SF-36, o que reforça a necessidade da equipe de saúde de estabelecer protocolos de prevenção e tratamento das afecções de fêmur e quadril que considere a multiplicidade dos fatores envolvidos na avaliação de QV.

Referente à variável sexo, as mulheres apresentaram médias mais baixas em todos os domínios exceto no domínio Dor, no qual as mulheres apresentaram média maior em relação aos homens (p=0,04) (Tabela 3), entretanto quando comparadas

as médias no terceiro e sexto mês após a cirurgia, estas diferenças não se apresentaram significantes (Tabela 4). Contrariamente, outros estudos mostram melhor tolerância a dor no sexo masculino em comparação ao feminino (LEITE, GOMES, 2006.; MACHADO et al., 2012).

A este respeito Leite e Gomes (2006) propuseram a avaliação de 200 pacientes adultos (idade média: 53 anos DP: 18), em um ambulatório de fisioterapia, que atende em média 500 pacientes por mês, encaminhados pelas especialidades médicas como ortopedia, traumatologia e neurologia, e concluíram que do total da amostra 48,8% apresentou dor crônica, sendo destes 67% mulheres.

Neste quesito Machado et al. (2012) pontuaram que os homens apresentam maior tolerância a dor e melhor pontuações nos aspectos sociais. Os autores atribuem estes resultados a diferenças na formação cultural de homens e mulheres, no qual homens desempenham, ao longo da história, a função de provedor e de líder familiar sendo a dor um indício de fraqueza que poderia abalar esta liderança na hierarquia familiar.

A partir da quinta década de vida há uma tendência a menores escores na avaliação de QVRS, sendo esta redução acentuada no sexo feminino (LOPES et al., 2007). A realização de um estudo que contemple maior número de participantes de ambos os sexos, permitiria uma melhor avaliação quanto a estes resultados.

Fraturas de fêmur e quadril são mais comuns em mulheres do que em homens em uma proporção de 3:1 (POZZI et al., 2011). Nos resultados do presente estudo, a amostra foi composta em sua maior parte por indivíduos do sexo feminino, com idade média de 63,75 anos e sem companheiro conjugal (Tabela 1).

Manter um relacionamento conjugal constitui importante ferramenta de apoio para enfrentamento da doença e suas limitações, levando a melhores resultados na avaliação de QV (COSTA et al., 2012; BARBATO et al., 2011), entretanto na amostra estudada não houve diferenças significativas quando realizada comparação das médias segundo a variável Situação conjugal.

Destaca-se que é crescente a monoparentalidade feminina, fatores que levam a esta condição, em geral, são alheios à vontade das mulheres, sendo estas levadas a buscar a superação da condição de vulnerabilidade social. Desta forma, os resultados do presente estudo não demonstraram influência da situação conjugal sobre os domínios estudados, possivelmente, devido às características da amostra

que é majoritariamente composta por mulheres sem companheiro conjugal (SCARPELLINI e CARLOS, 2011).

Quando comparamos as variações das médias dos domínios do SF-36 em relação a idade dos participantes (<60 e >60), encontramos que para os sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos foram encontradas médias menores nos domínios Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental (Tabela 3).

A idade avançada pode ser considerada como um fator que influencia negativamente na condição clínica dos pacientes impactando em sua avaliação de QV (GUIMARÃES et al., 2011), uma vez que o envelhecimento normal está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais, por exemplo, relacionados ao sistema nervoso e locomotor (MORAES, 2012).

Quanto a escolaridade a maior diferença observada entre os dois níveis (até fundamental completo e superior ao ensino fundamental) foi no domínio Aspecto Social, sendo que os sujeitos com melhor nível de escolaridade apresentaram maior média, isto é, melhor avaliação. Tal constatação pode ser atribuída ao fato do nível educacional estar intimamente relacionado a outros aspectos, tais como a condição econômica. Pesquisadores propuseram uma investigação de preditores de QV em pacientes com diagnóstico de melanoma e encontraram melhores índices em pacientes casados, com maior grau de escolaridade (BARBATO et al., 2011), ou ainda pelo fato de mais de dois terços da amostra estar composto por mulheres, as quais na avaliação segundo sexo também demonstraram melhores médias neste domínio quando comparados aos homens.

Conclusão

A amostra do estudo foi majoritariamente formada por mulheres (17) com idade média de 63,75 (DP: 20,78) anos e sem companheiro conjugal (14).

Houve redução das médias na segunda medida em cinco dos oito domínios avaliados, permitindo inferir que, de forma geral, houve piora da QVRS ao longo dos seis meses após a cirurgia.

O domínio Aspecto Físico foi o mais afetado, provavelmente devido à dificuldade de mobilidade em decorrência do procedimento cirúrgico, dos sujeitos da pesquisa.

Na avaliação segundo o sexo, mulheres apresentaram melhor média no domínio Dor, quando comparadas aos homens, sendo estas diferenças estatisticamente significantes (p=0,04). Entretanto, esta diferença, de forma geral para o domínio dor, não foi significante quando comparadas as medidas realizadas no terceiro e no sexto mês, após a cirurgia.

Os domínios Estado Geral de Saúde (*p*=0,01) e Aspecto Emocional (*p*=0,05), nas duas medidas (T1 e T2), apresentaram melhora significativa.

Espera-se que os resultados identificados a partir do presente estudo, possam contribuir com a identificação de mudanças na avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde proporcionando subsídio para definição de estratégias de que favoreçam a recuperação de pacientes submetidos à cirurgia por fratura de fêmur ou quadril, minimizando os transtornos durante o período de recuperação do paciente.

Aponta-se como principal limitação do estudo o tamanho da amostra, resultante da dificuldade de consulta e precária qualidade dos registros Hospitalares. Sugere-se a realização de futuros estudos que possam incluir uma amostra e um período de acompanhamento maior, que permitam a obtenção de resultados estatísticos mais robustos, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções da equipe de enfermagem, em prol da recuperação desta população.

Referências:

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida –** definição conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

ARRUDA, L. R. P.; SILVA, M. A. C.; MALERBA, F. G.; FERNANDES, M. C.; TURÍBIO, F. M.; MATSUMOTO, M. H. *Open Fractures: Prospective and epidemiological study*. **Acta Ortop Bras**., Itaquera, 17 (6), p. 326-330, 2009.

BARBATO, M. T.; BAKOS, L.; BAKOS, R. M.; PRIEB, R. ANDRADE, C. D.; Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **An Bras Dermatol.** 86(2):249-56, 2011.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. *The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status*. **Arq Neuropsiquiatr** 52(1):1 -7, Mar, 1994.

BLAY, S. L.; MERLIN, M. S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Denise Pará Diniz; Nestor Schor. (Org.). **Qualidade de vida**. 2 ed. Barueri-SP: Manole, 2013, v. 1, p. 21-34.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida –** definição conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde. Indicadores e Dados Básicos-2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 08 mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde. Indicadores e Dados Básicos-2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BUCHOLZ, R. W.; COURT-BROWN,C.M.; J.D.; TORNETTA, P. **Fraturas em Adultos.** Vol. 1, 7ª edição, ed. Manole, 2006. 1338 pp.

CARNEIRO, L. A. F. et al. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar** – São Paulo, IESS [org], 2013.

CHAGAS, D. M. **Estudo sobre fatores contribuintes de acidentes de trânsito urbanos**. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINAO, I.; QUARESMA, M. R.; Tradução para Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Brasileira de Reumatologia** vol. 39 n 3 Mai/Jun, 1999.

COSTA, M. D.; TERRA, F. S. COSTA, R. D.; LYON, S.; COSTA, A. M. D. D.; ANTUNES, C. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. **An Bras Dermatol**. 87(1):26-35, 2012.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 228 p., 2008.

GARBIN, L. M.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S.; DANTAS, R. A. S.; avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em Pacientes portadores de hemofilia. **Cienc Cuid Saude**. 6(2):197-205. Abr/Jun, 2007.

GUIMARÃES, F. A. M.; LIMA, R. R.; SOUZA, A. C.; LIVANL, B.; BELANGERO, W. D. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Idosos um Ano Após o Tratamento Cirúrgico de Fraturas Transtrocanterianas do Fêmur. **Rev Bras Ortop**., 46 (Suppl 1): 48-54, 2011.

LEITE, F.; GOMES, J. O.; dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Rev. Ciênc. Méd**., Campinas, 15(3):211-221, maio/jun., 2006.

LOPES A. D.; STADNIKY, S. P.; MASIERO, D.; CARRERA, E. F.; CICONELLI, R.M.; GRIFFIN, S. Tradução e adaptação cultural do WORC: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. **Rev Bras Fisioter**. 10(3):309-15, Jul-Set, 2007.

MACHADO, A. M.; BRAGA, A. L. F.; GARCIA, M. L. B.; MARTINS, L. C. Avaliação da qualidade de vida em idosos pós-fratura da extremidade proximal do fêmur. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 70-75, Mai./Ago. 2012.

MORAES, E. N. Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais. **Organização Pan-Americana da Saúde** – Representação Brasil, 2012.

OMS – Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, adoptado pela Conferência Internacional de Saúde, New York, 19-22 junho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial de Saúde, n. 2., 100 pp.) e entrou em vigor em 7 de abril de 1948.

PIRES, R. E. S.; FERNANDES, H. J. A.; BELLOTI, J. C.; BALBACHEVSKY, D.; FALOPPA, F. ; REIS, F. B. Como são tratadas as fraturas diafisárias fechadas do fêmur no Brasil? Estudo Transversal. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 14, n. 3, p. 165-169, 2006.

POZZI, I.; REGINALDO, S.; ALMEIDA, M. V.; CRISTANTE, A. F.; Manual de Trauma Ortopédico. **Soc. Bras. de Ortop. e Traumat. (SBOT)** – Comissão de Educação Continuada, SP, 2011.

ROHDE, G.; HAUGEBERG, G.; MENGSHOEL, A. M.; MOUM, T.; WAHL, A. K. *Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures. A case-control study.* ***BMC Musculoskelet Disord***. 29;11:226, Set. 2010.

SAKAKI, M. H.; OLIVEIRA, A. R.; COELHO, F. F.; LEME, L. E. G.; SUZUKI, I.; AMATUZZI, M. M.; Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. **Acta ortop bras** 12(4) - Out/Dez, 2004.

SCARPELLINI, M.; CARLOS, V. Y. Monoparentalidade feminina e vulnerabilidade social: a realidade de mulheres chefes de família no município de Apucarana. **Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas.** ISSN2177-8248. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011.

SHETH, N. P.; LONNER, J. H. **Guia de procedimentos em ortopedia**. As principais cirurgias. RJ: Arte e ideia Ltda. 2010, 407 pp.

SHYU, L. Y. I.; LIANG, J.; WU, C. C.; CHENG, H. S.; CHEN, M. C.; *An Interdisciplinary Intervention for Older Taiwanese Patients After Surgery for Hip Fracture Improves Health-related Quality of Life.* ***BMC Musculoskeletal Disorders***, 11: 225, 2010.

SILVA, A. A.; SCHULZ, A. V. C.; COSTA, A. B.; ALMEIDA, B. R. F.; ALMEIDA, B. S. S.; SILVA, E. A. L.; SANTOS, J. F. M.; ANTUNES, J. M.; SOUZA, R. C. R.; DUARTE, S. A. M.; FERREIRA, S. R. N.; Caderno de Enfermagem em Ortopedia. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. v. 2, Maio, 2009.

SILVEIRA, C. B.; OLAIA, I. K.; PANTOJA, R.; SILVA, A. R. M.; AZEVEDO, R. N.; SÁ, N. B.; TURIEL, M. G. P.; NUNES, M. B. G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J Bras Nefrol.** 32(1):39-44, 2010.

VALDERAS, J. M.; FERRER, R. M.; ALONSO, J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. **Medicina Clínica**, v. 125, p. 56-60, 2005. Suplemento 1.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Organization.Special Issue “Quality of Life” in **Social Science and Medicine**, v.46, n.12, p. 1569-1998, 1995.