

QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO: QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE OSTEOARTROSE¹

Denise Regina Matos^{*}
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo[#]

RESUMO. Em decorrência do envelhecimento populacional, aumentam os casos de osteoartrose com indicação cirúrgica. Considerando-se o interesse do tema para a Psicologia da Reabilitação, desenvolveu-se, por meio do SF-36 e de entrevista, uma investigação visando avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a artroplastia de quadril nas etapas pré-operatória e pós-operatória. Os resultados obtidos indicam que, antes da cirurgia, aspectos físicos, capacidade funcional e dor apresentam as menores médias, ao passo que estado geral de saúde e saúde mental apresentam as maiores médias dentre os domínios avaliados pelo SF-36. Após a operação, todos os domínios medidos apontam melhora significativa. Pacientes mais velhos expressam mais ganhos em capacidade funcional, quando comparados com pacientes mais jovens. As entrevistas revelam a percepção do paciente sobre seu sofrimento e suas limitações no desempenho das atividades diárias. Sugerem-se novos estudos, com amostras mais extensas e maior intervalo temporal de reabilitação.

Palavras-chave: Qualidade de vida, envelhecimento, reabilitação.

QUALITY OF LIFE AND AGING: SPECIFIC QUESTIONS ABOUT OSTEOARTHRITIS

ABSTRACT. In consequence of population aging, cases of osteoarthritis with surgical indication increase. Considering the interest of the subject for the Psychology of Rehabilitation, an inquiry was developed aiming at evaluating the quality of life in patients undergone into hip arthroplasty at pre-surgery and post-surgery phases through the SF-36 and interview. The results obtained indicate that, before surgery, physical aspects, functional capacity and pain present the smaller averages, while general state of health and mental health present the greater averages among the domains evaluated by the SF-36. After the operation, all the measured domains showed significant improvement. Older patients express more gains in functional capacity when compared to younger patients. The interviews reveal the patient's perception about his suffering and his limitations in the performance of daily activities. It suggests future studies with more extensive samples and a bigger time intermission of rehabilitation.

Key words: Quality of life, aging, rehabilitation.

CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO: CUESTIONES ESPECÍFICAS ACERCA DE OSTEOARTROSIS

RESUMEN. Como consecuencia del envejecimiento poblacional, aumentan los casos de osteoartrosis con indicación quirúrgica. Considerando el interés del tema para la Psicología de la Rehabilitación, se desarrolló una investigación visando evaluar la calidad de vida en pacientes sometidos a la artroplastia de cadera en las etapas pre-operatoria y post-operatoria por medio del SF-36 y entrevista. Los resultados obtenidos indican que, antes de la operación, aspectos físicos, capacidad funcional y dolor presentan los menores promedios, mientras que el estado general de salud y la salud mental presentan los mayores promedios entre los dominios evaluados por el SF-36. Tras la operación, todos los dominios medidos apuntan mejora significativa. Pacientes con más edad expresan mejorías en la capacidad funcional cuando comparados con pacientes más jóvenes. Las entrevistas revelan la percepción del paciente acerca de su sufrimiento y sus limitaciones en el desempeño de las actividades diarias. Se sugieren estudios futuros con muestras más extensas y mayor intervalo temporal de rehabilitación.

Palabras-clave: Calidad de vida, envejecimiento, rehabilitación.

¹ Pesquisa de Mestrado desenvolvida pela primeira autora sob a orientação da segunda.

^{*} Fisioterapeuta da Rede Sarah de Hospitais, Especialista em Órteses e Próteses pela University of Strathclyde (Escócia), Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília-UnB.

[#] Psicóloga, Doutora. Professora da UnB, Pós-Doutora pela Unesco (Paris), Pesquisadora do CNPq.

Estima-se que, em 2025, a expectativa de vida no Brasil será de 74 anos. Atualmente, mais de 15 milhões de brasileiros têm mais de 60 anos de idade, sendo que a participação de pessoas nessa faixa etária no total da população brasileira dobrou nos últimos 50 anos. Além disso, a população mais idosa, acima de 80 anos, também está aumentando (IBGE, 2002). Ao que tudo indica, poder chegar a uma idade avançada já não é privilégio de poucos.

Não obstante, reconhece-se que o envelhecimento populacional traz novos desafios associados a esse período do ciclo de vida humano. Assim, por exemplo, as demandas de saúde se modificam e revelam um maior peso das doenças crônico-degenerativas, dentre elas as patologias articulares (Ministério da Saúde, 2006).

Doença articular degenerativa, osteoartrose ou osteoartrite são termos utilizados para caracterizar uma doença de progressão lenta e idiopática das articulações sinoviais, que ocorre em períodos avançados da vida ou como consequência de algum traumatismo. Caracteriza-se pela destruição ou alteração da cartilagem articular com repercussões nos ossos. A dor é o principal sintoma, que se torna mais intenso à medida que o quadro evolui. Piora com o movimento e tende a melhorar com o repouso. A maior parte dos pacientes tem significativamente alteradas suas atividades diárias, como, por exemplo, hábitos de higiene, cuidado pessoal, marcha, sono, tarefas domésticas, desempenho sexual, profissional e social. Cumpre, no entanto, enfatizar que, se o aumento da degeneração articular está associado com o aumento da dor, este aumento, associado com degeneração articular, varia entre pacientes (Buckwalter, Saltzman, & Brown, 2004; Jackson, Simon & Aberman, 2001).

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população mundial com idade acima de 60 anos sofrem de osteoartrose, sendo que 80% desta população têm restrição de movimentos e 25% apresentam limitações funcionais para desempenho das atividades cotidianas. Tanto a prevalência quanto a incidência da artrose aumentam com a idade a partir dos 40 anos. A prevalência tem padrões específicos relacionados à idade e ao gênero: antes dos 50 anos, a prevalência é maior em homens do que em mulheres, e após os 50 anos, mulheres são mais afetadas nas mãos, pés e joelhos, enquanto a osteoartrose de quadril parece ser mais frequente em homens (Corti & Rigon, 2003).

No Brasil, não há estudos sobre a prevalência dessa patologia em nossa população e muito menos sobre os custos sociais envolvidos. Apesar do aumento

da expectativa de vida no País, somado aos efeitos sobre a funcionalidade do indivíduo, gestores e pesquisadores no campo da saúde dedicam pouca atenção aos custos da osteoartrose. Chama a atenção, ainda, que estimativas sobre impactos econômicos e sociais não incluem parâmetros como dor, sofrimento, efeitos psicossociais, perda de produtividade, diminuição da saúde em geral do paciente, bem como repercussões sobre os familiares, visto que os cuidados exigem envolvimento e participação. Obviamente, a carência de um sistema de informação estatística sobre a percentagem da população que apresenta alterações degenerativas do sistema musculoesquelético limita a criação de políticas de saúde nesse setor específico.

Há aproximadamente 40 anos, a artroplastia do quadril, que basicamente consiste na substituição de uma articulação por componentes protéticos, tornou-se um procedimento cirúrgico amplamente indicado quando fracassam medidas conservadoras (uso de medicação, proteção da articulação, auxílio para a locomoção durante a marcha, perda de peso e reeducação para as atividades). No passado, pacientes com idade entre 60 e 75 anos eram considerados os melhores candidatos para a intervenção, mas nos últimos anos tem-se verificado uma tendência a incluir também pacientes mais jovens (Towheed & Hochberg, 1996).

QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES CIRÚRGICOS DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL

Há mais de cinco décadas, diversos grupos de pesquisa empreendem esforços visando à ampliação do conhecimento sobre qualidade de vida – particularmente no que se refere à determinação de medidas avaliativas em saúde –, mas o constructo ainda não conta com arcabouço teórico suficientemente consolidado. Desafios conceituais e metodológicos persistem e justificam a continuidade de tais trabalhos, sobretudo quando se consideram as repercussões no plano social. Provavelmente, as dificuldades de delimitação conceitual advêm das características da noção – designada também como satisfação com a vida ou bem-estar. Porém, atualmente é possível afirmar que a maioria dos estudiosos concorda que a qualidade de vida é dinâmica, multidimensional e subjetiva (Costa Neto & Araujo, 2003; Joia, Ruiz & Donalizio, 2007; Matos, 2006).

No que se refere à área ortopédica – e mais especificamente à artroplastia de quadril indicada em casos de osteoartrose –, observa-se um interesse crescente por pesquisas relacionadas à qualidade de

vida (Bayley, London, Grunkemeier & Lansky, 1995; Borstlap, Zant, Van Soesbergen & Van Der Korst, 1994; Chiu, Mau, Hsu & Chang, 2001; Fitzgerald & cols., 2004; Fortin & cols., 1999; Holtzman, Saleh & Kane, 2002; Jones, Voaklander, Johnston & Suarez-Almazor, 2000; Laupacis & cols., 1993; Mancuso, Salvati, Johanson, Peterson & Charlson, 1997; Nilsson, Peterson, Roos & Lohnander, 2003; Orbell, Espley, Johnston & Rowley, 1998; Pacault-Legendre & Courpied, 1999; Petrie, Chamberlain & Azariah, 1994; Resnick & cols., 2005; Rissanen, Aro, Sintonem, Slati & Paavolainen, 1996; Sjöling, Agren, Olofsson, Hellzén & Asplund, 2005; Weinberger, Tierney, Booher & Hiner, 1990; Wilklund & Romanus, 1991).

De modo geral, os autores argumentam que o momento ideal para a realização da cirurgia é um parâmetro crucial que permanece sem definição. De fato, a prática tradicional tem sido adiar a cirurgia até que a dor e as limitações funcionais sejam intoleráveis. Cabe salientar que, apesar dos avanços obtidos, cerca de 15 a 30% dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico informam pouco ou nenhum benefício, ou então, expressam insatisfação. Mais do que isso, alguns estudos sugerem que variáveis psicológicas influenciam mais do que muitas de natureza médica ou biológica (Jones, Beaupre, Johnston & Suarez-Almazor, 2005).

Recentemente, foi desenvolvido um estudo de meta-análise reunindo 74 pesquisas realizadas ao longo de mais de duas décadas. Concluiu-se, então, que existe redução da dor e obtenção de benefícios no funcionamento físico, com maior recuperação do primeiro ao sexto mês do pós-operatório. Em relação à saúde mental e social, os resultados não foram tão coincidentes, pois alguns estudos demonstraram melhoria, enquanto outros constataram ganhos modestos ou até mesmo revelaram não ter havido recuperação (Etghen, Bruyère, Richy, Dardennes & Reginster, 2004).

Considerando-se, então, os interesses sociais e clínicos associados à doença articular degenerativa, planejou-se uma pesquisa com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a artroplastia total de quadril antes e depois do procedimento cirúrgico.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Programa de Ortopedia Adulto da unidade Centro de Brasília da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, instituição

especializada no atendimento e na reabilitação de pessoas com patologias relacionadas ao aparelho locomotor (Fonte: www.sarah.br). Nessa instituição, a internação dos pacientes submetidos a artroplastia total de quadril costuma ocorrer cerca de um dia antes da intervenção, para avaliação e orientação preliminar, e os pacientes recebem alta hospitalar aproximadamente 12 dias após a cirurgia.

Amostra

Por critério preestabelecido, foram: pacientes com até 75 anos de idade, com comprometimento articular de quadril uni ou bilateral, submetidos à primeira artroplastia de quadril e com escolaridade mínima de terceira série do ensino fundamental. Os motivos de exclusão foram: recusa em participar, presença de sintomas neurológicos, distúrbios psiquiátricos associados e indicação cirúrgica por tumor.

No total, foram avaliados 17 pacientes durante a internação para realização da cirurgia, sendo que 53% receberam prótese no quadril direito e 47% no esquerdo. Quatro apresentavam indicação para realizar o procedimento bilateralmente. Tal amostra de conveniência foi constituída por pacientes que aceitaram participar da pesquisa executada no serviço no período de 10 meses.

Instrumentos

Utilizaram-se um instrumento de avaliação da qualidade de vida Medical Outcomes Study, 36-item Short-form Health Survey (SF-36), adaptado e validado para a população brasileira por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999), e um roteiro de entrevista semiestruturada para o pré-operatório e outro aplicado no pós-operatório.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. A avaliação inicial foi feita um dia antes da cirurgia. A segunda avaliação foi realizada no terceiro mês do pós-operatório, em atendimento ambulatorial. Inicialmente, realizou-se a entrevista e, em seguida, aplicou-se a escala de qualidade de vida.

As entrevistas foram gravadas e transcritas visando à categorização temática. Para a análise do SF-36, foi utilizado o pacote SPSS 11.5 para Windows. Em razão do tamanho da amostra, foram escolhidos testes estatísticos não-paramétricos. O teste de Wilcoxon foi utilizado para a comparação entre os pares (pré e pós-operatório) e o teste de Mann-Whitney, para as comparações entre as variáveis

escolaridade e idade com os domínios do SF-36 com valor de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Escala de qualidade de vida Medical Outcomes Study, 36-item Short-form Health Survey (SF-36)

Todos os pacientes tiveram melhora do quadro álgico após a artroplastia. O domínio “físico”, definido pela capacidade de realização de trabalho ou de atividades rotineiras, foi o item com menor média nas etapas pré-operatória ($M=8,8$) e pós-operatória ($M=36,7$), o que indica baixa capacidade de realização de trabalho. Já o domínio “capacidade funcional”, que corresponde às atividades cotidianas e à marcha, apresentou melhora no pós-operatório. As atividades sociais também se mostraram mais restritas na primeira etapa de avaliação, porém foram observados

ganhos nas relações sociais. A saúde mental, medida por perguntas relacionadas a nervosismo, depressão ou felicidade, apresentou média de 59,7 na primeira avaliação e de 81,2 na segunda avaliação. As maiores médias corresponderam ao domínio “estado geral de saúde”, o qual alcançou 71,4 e 86,4 respectivamente no pré-operatório e no pós-operatório. O domínio “vitalidade”, que busca estimar energia, vigor e cansaço, teve média inicial de 49,1 e final de 76,4.

Ao se comparar as médias aritméticas de cada domínio, foi possível constatar que a dor, os aspectos emocionais e a capacidade funcional, nessa ordem, apresentaram as maiores variações entre as etapas do pré-operatório e do pós-operatório. Os domínios “estado geral” e “saúde mental” mostraram as menores taxas de oscilação ao se cotejar os dados das duas etapas (ver Figura 1).

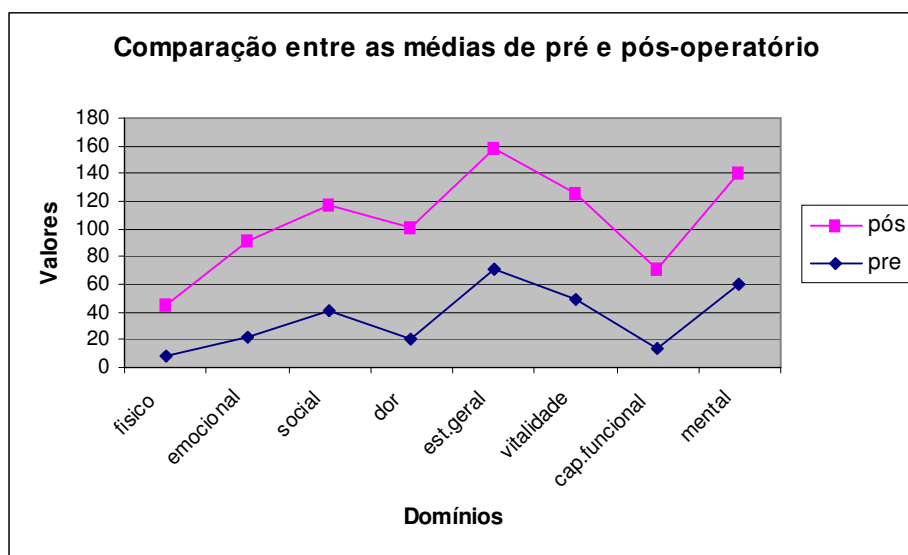


Figura 1. Comparação Entre as Médias dos Domínios do SF-36 no Pré e Pós-Operatório.

Variáveis como escolaridade e idade também foram comparadas com os domínios do SF-36 em ambas as etapas estudadas. Não foram encontradas diferenças estatísticas nos escores quanto ao grau de instrução, ou seja, aqueles que cursaram o ensino médio e os que cursaram ensino fundamental ($U=33,00$; $p= 0,845$). Em relação à idade, os pacientes na faixa de 56 a 75 anos apresentaram melhores resultados em termos de capacidade funcional no pós-operatório, quando comparados com os pacientes mais jovens, da faixa de 35 a 55 anos de idade. Então, em linhas gerais, pode-se concluir que, a partir da avaliação pelo SF-36, a artroplastia de quadril é eficaz para aliviar a dor e melhorar a funcionalidade, as quais

são justamente indicações primárias para a cirurgia. Os domínios “emocional” e “social” também progrediram, mas os domínios “vitalidade”, “saúde mental” e “estado geral de saúde” pouco se alteram.

Entrevistas

Na avaliação dos pacientes, o benefício mais precocemente percebido no pós-operatório imediato é o alívio da dor. A independência aparece em seguida. Nessa etapa, ainda há relatos de limitação funcional residual para: abaixar e pegar peso, marcha independente, atividade ocupacional e prática de esporte. O convívio social foi retomado. Nos relatos, os entrevistados afirmam estar mais alegres, dispostos,

calmos e tolerantes. Somente três pacientes admitiram manter-se ansiosos no pós-operatório. O estado de saúde foi definido como bom pela maioria. De modo geral, expressaram satisfação com a cirurgia. Merece atenção o fato de que informaram ganhos na área social, mas reconheceram que tinham mais

expectativas nesse plano, o que confirma ser esse um domínio fundamental para uma avaliação positiva da qualidade de vida (ver Figuras 2 e 3). A estratégia de enfrentamento mais frequente no pré-operatório foi a modalidade religiosa.

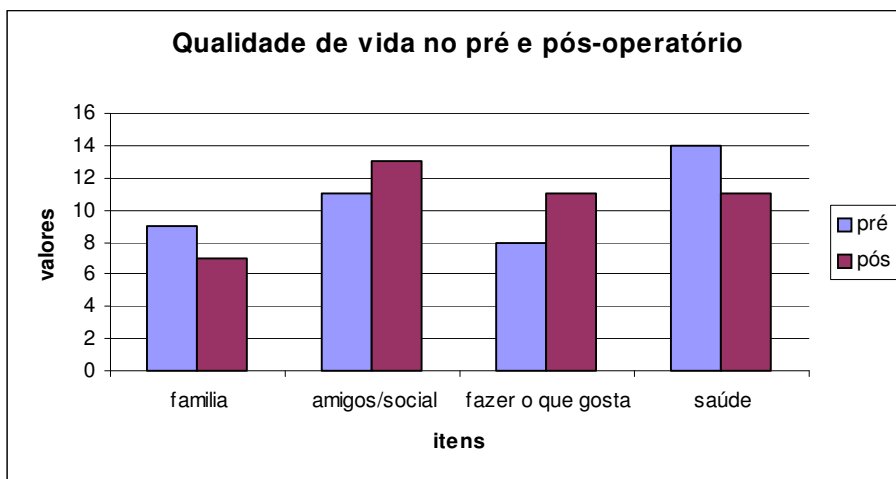


Figura 2. Comparação das Percepções de Qualidade de Vida no Pré e Pós-operatório Quanto às Categorias Família, Amigos/Social, Fazer o que Gosta e Saúde.

Principais indicadores de qualidade de vida: uma comparação entre instrumentos

a) Dor: foi avaliada como grave e seu alívio, por si só, foi percebido como motivo de aprimoramento da qualidade de vida. Pontuações mais altas em outros domínios só foram alcançadas após a diminuição da dor.

b) Capacidade funcional: os ganhos ocorrem mais tardiamente do que o alívio da dor, mas a percepção quanto à capacidade para a realização das tarefas cotidianas e independência é um fator positivo na avaliação da qualidade de vida.

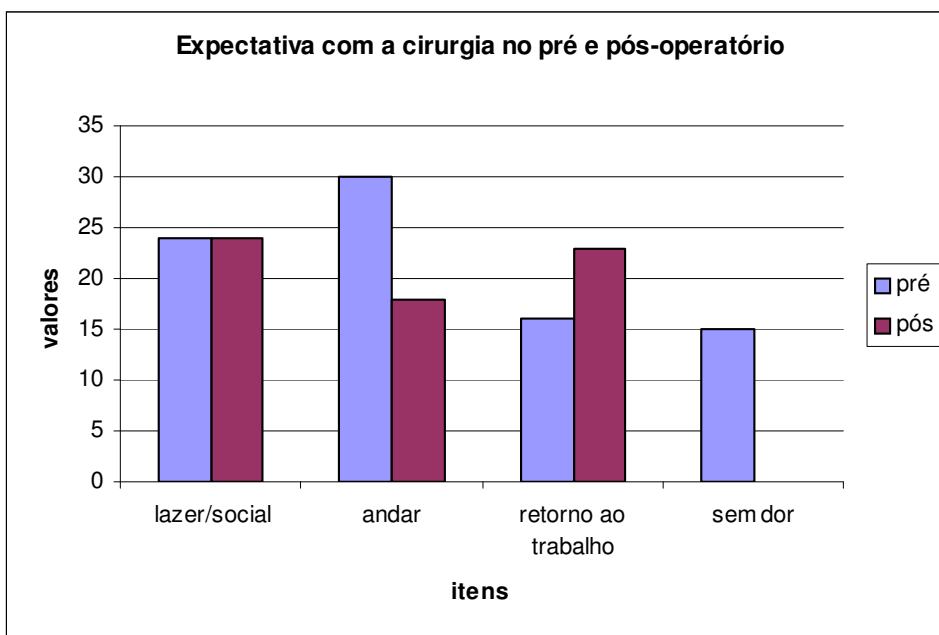


Figura 3. Comparação Quanto às Expectativas sobre a Cirurgia no Pré e Pós-Operatório.

- c) Aspecto emocional: registraram-se baixos valores no SF-36 (baixo comprometimento emocional), mas é necessário lembrar que esse domínio é avaliado de forma inespecífica. Nas entrevistas, dez pacientes relataram tendência ao isolamento, sendo que em um foi caracterizado quadro depressivo. Reuniram-se também relatos de estados depressivos, sofrimento e irritabilidade. Os pacientes fizeram muitas referências às emoções que são desencadeadas pela doença, limitação e dependência. Preocupam-se com as emoções dos familiares e com suas reações diante da doença. Ao que tudo indica, experiências emocionais ativam as experiências dos sintomas, e vice-versa.
- d) Sexualidade: o SF-36 não prevê itens voltados para a relação sexual. Contudo, durante as entrevistas, os participantes com parceiro fixo manifestaram insegurança após a cirurgia, o que pode ser considerado como uma perda, pois antes da artroplastia, mesmo com dor, mantinham atividade sexual. Vale explicar que a rotina do programa de reabilitação prevê orientação sexual para o paciente e, quando solicitado, inclui-se o(a) parceiro(a), mas essa prática não é frequente. Nesse setor específico da saúde, chama a atenção que, em um recente levantamento realizado com membros da Academia Americana de Cirurgias Ortopédicas, 80% dos cirurgiões informaram que nunca ou raramente conversam sobre sexualidade com seus pacientes, e quando o fazem, dispensam poucos minutos para o tópico (Dahm, Jacofsky & Lewallen, 2004).
- e) Marcha: no pré-operatório, mostrava-se bastante restrita e, após a cirurgia, a avaliação pelo SF-36 denotou melhora significativa. Não obstante, ao analisarem-se as entrevistas percebe-se uma contradição, pois os pacientes ainda referem restrições para deambular por distâncias maiores, declaram pejorativamente a continuidade do uso de auxílio-locomção e ainda almejam ganhos.
- f) Satisfação e expectativas: a primeira está relacionada, principalmente, a alívio da dor e retorno às atividades sociais, recreacionais e funcionais. Justamente os pacientes que tinham expectativas mais altas foram aqueles que se mostraram mais frustrados com os resultados cirúrgicos.

Outros domínios: dois pacientes concluíram que tiveram perdas na vida social no pós-operatório. Somente um paciente não relatou contar com suporte social, e foi justamente aquele que apresentou a maior frequência para dor. Os domínios “saúde geral” e

“saúde mental”, os quais se apresentaram pouco alterados no pré-operatório, na avaliação seguinte foram objeto de percepções mais favoráveis, como ilustra o comentário de um dos entrevistados: “tirando esta dor no quadril, sou muito saudável!”.

DISCUSSÃO

Os pacientes com osteoartrose não estão incluídos entre os considerados “grandes incapacitados”, como aqueles portadores de lesão medular, artrite reumatoide ou lesão cerebral; mas deve-se ponderar que a limitação articular progressiva e dolorosa compromete gradativamente a autonomia de um segmento cada vez mais extenso da sociedade.

A literatura especializada internacional fornece dados sobre as populações com doença articular degenerativa, assim como sobre os custos para esses pacientes, tanto em relação ao tratamento conservador quanto para os procedimentos cirúrgicos (Buckwalter & cols., 2004; Corti & Rigon, 2003). No Brasil, há carência de um sistema de informação estatística em nível nacional sobre a percentagem da população que apresenta alterações degenerativas do sistema musculoesquelético ou sobre o número de cirurgias de artroplastia total do quadril.

De fato, esse conhecimento possibilitaria a criação de políticas de saúde no sentido de orientar tais pacientes quanto ao enfrentamento desta cronicidade ou à contenção de sua progressão e à diminuição do sofrimento. Uma perspectiva de caráter preventivo vis-à-vis das consequências nefastas da osteoartrose poderia ser então melhor fundamentada.

Vale ressaltar que, em razão do envelhecimento da população, do aumento da expectativa de vida nos últimos tempos e de ser a idade um fator de risco para a osteoartrose, os profissionais devem estar preparados para atender a uma demanda em crescimento nos próximos anos.

A inexistência de dados normativos para a população brasileira limita a comparação com dados já produzidos com outras populações, como a americana (Callahan, Young & Barisa, 2005; Fitzgerald & cols., 2004) e a italiana (Salaffi, Carotti, & Grassi, 2005), lembrando-se que, conceitualmente, qualidade de vida abrange fatores sociais, culturais e econômicos.

No presente trabalho, reitera-se a concepção de Costa Neto e Araujo (2003), pois se reconhece que mensurações de qualidade de vida devem contemplar uma tendência centrípeta, ou seja, serem efetuadas pelo profissional em relação ao paciente, mas também precisam ser complementadas por uma perspectiva centrífuga, na qual se integra o próprio paciente no

processo avaliativo e terapêutico. Assim sendo, a abordagem por mais de um instrumento possibilita uma melhor caracterização da qualidade de vida.

Nesse sentido, é essencial salientar que o SF-36, instrumento global – adaptado e validado para a população brasileira – vem sendo sistematicamente utilizado em estudos internacionais sobre doenças articulares degenerativas. Evidentemente, recomenda-se que seja complementado pela entrevista, cujo escopo é tanto global como específico.

CONCLUSÕES

Em síntese, houve aumento em todos os escores do SF-36, o que evidencia melhora na qualidade de vida da amostra estudada. Por outro lado, nas entrevistas nota-se que os participantes esperam conseguir ganhos futuros com a cirurgia; conseqüentemente, é possível supor que a percepção de sua qualidade de vida possa ser incrementada mais adiante. Quanto à eficácia terapêutica da artroplastia de quadril, ao que parece, é um procedimento recomendável para alívio da dor e ganho funcional. No que se refere à faixa etária, pacientes mais idosos apresentaram mais ganhos em capacidade funcional, quando comparados aos mais jovens. A discussão quanto ao melhor momento de se realizar a cirurgia persiste, uma vez que se mantêm questões relacionadas a aspectos tanto técnicos quanto psicológicos. Apesar destas dificuldades, é pertinente considerar tal indicação para pacientes mais jovens, a fim de minimizar o sofrimento causado pela doença ao longo dos anos, justamente quando as exigências da vida ativa não podem ser adiadas.

É importante destacar que a experiência em um programa de reabilitação auxilia nas mudanças de hábitos de vida, viabiliza mais controle e favorece perspectivas mais gratificantes, o que contribui para o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes (Pereira & Araujo, 2006). Destarte, tendo-se em vista a necessidade fundamental de uma atuação em equipe para efetivação do programa de reabilitação, sugere-se a adoção da avaliação de qualidade de vida desde a etapa diagnóstica e durante o acompanhamento terapêutico. Isso porque, a inclusão de uma medida de qualidade de vida permite comparar as percepções das diversas categorias profissionais que integram o serviço, identificando diferenças e semelhanças e, por conseguinte, gerando ajustes contínuos em prol do bem-estar do paciente e do seu acompanhante. Por fim, é essencial insistir que a reabilitação está a serviço da qualidade de vida e, como tal, deve ser considerada nas avaliações clínicas.

REFERÊNCIAS

- Bayley, K. B., London, M. R., Grunkemeier, G. L., & Lansky, D. J. (1995). Measuring the success of treatment in patient terms. *Medical Care*, 33(4), AS226-AS235.
- Borstlap, M., Zant, J. L., Van Soesbergen, M., & Van Der Korst, J. K. (1994). Effects of total hip replacement on quality of life in patients with osteoarthritis and in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 13(1), 45-50.
- Buckwalter, J., Saltzman, C., & Brown, T. (2004). The impact of osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 427S, S6-S15.
- Callahan, C. D., Young, P. L., & Barisa, M. T. (2005). Using the SF-36 for longitudinal outcomes measurement in rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), 65-70.
- Chiu, H., Mau, L., Hsu, Y., & Chang, J. (2001). Postoperative 6 month and 1-year evaluation of health-related quality of life in total hip replacement patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 100(7), 461-465.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Corti, C. M., & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: Prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(5), 359-363.
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. *Estudos*, 30(1), 165-179.
- Dahm, D. L., Jacofsky, D., & Lewallen, D. G. (2004). Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 428, 237-240.
- Etghen, O., Bruyère, O., Richy, F., Dardennes, C., & Reginster, J. Y. (2004). Health-Related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 86A(5), 963-973.
- Fitzgerald, J. D., Oray, J., Lee, T. H., Marcantonio, E. R., Poss, R., Goldman, L., & Mangione, C. M. (2004). Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery. *Arthritis & Rheumatism*, 51(1), 100-109.
- Fortin, P. R., Clarke, A. E., Joseph, L., Liang, M. H., Tanzer, M., Ferland, D., Phillips, C., Bélisle, P., Fossel, A. H., Mahomed, N., Sledge, C. B., & Katz, J. N. (1999). Outcomes of total hip and knee replacement. Preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis & Rheumatism*, 42(8), 1722-1728.
- Holtzman, J., Saleh, K., & Kane, R. (2002). Gender differences in functional status and pain in a Medicare population undergoing elective total hip arthroplasty. *Medical Care*, 40(6), 461-470.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). *Relatórios Técnicos do Perfil da População Brasileira*. São Paulo: IBGE.
- Jackson, D. W., Simon, T. M., & Aberman, H. M. (2001). Symptomatic articular cartilage degeneration the impact in the new millennium. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 391S, S14-S25.

- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalizio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública, 41*(1), 131-138.
- Jones, A. C., Voaklander, D. C., Johnston, C. W., & Suarez-Almazor, M. E. (2000). Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *Journal of Rheumatology, 27*, 1745-1752.
- Jones, C. A., Beaupre, L. A., Johnston, D. W. C., & Suarez-Almazor, M. E. (2005). Total joint arthroplasties: Current concepts of patient outcomes after surgery. *Clinical in Geriatric Medicine, 21*, 527-541.
- Laupacis, A., Bourne, R., Rorabeck, C., Feeny, D., Wong, C., Tugwell, P., Leslie, K., & Bullas, R. (1993). The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. *Journal of Bone and Joint Surgery, 75A*(11), 1619-1626.
- Mancuso, C. A., Salvati, E. A., Johanson, N. A., Peterson, M. G. E., & Charlson, M. E. (1997). Patients's expectations and satisfaction with total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty, 12*(4), 387-396.
- Matos, D. R. (2006). *Qualidade de Vida e Reabilitação: Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total de Quadril*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Ministério da Saúde, Brasil (2006). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.
- Nilsdotter, A.-K., Peterson, I. F., Roos, E. M., & Lohlander, L. S. (2003). Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for Osteoarthritis a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases, 62*, 923-930.
- Orbell, S., Espley, A., Johnston, M., & Rowley, D. (1998). Health benefits of joint replacement surgery for patients with osteoarthritis: Prospective evaluation using independent assessments in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health, 52*, 564-570.
- Pacault-Legendre, V., & Courpied, J. P. (1999). Survey of patient satisfaction after total surgery of the hip. *International Orthopaedics, 23*, 23-30.
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular. *Psico, 37*(1), 37-45.
- Petrie, K., Chamberlain, K., & Azariah, R. (1994). The psychological impact of hip arthroplasty. *Australian and New Zealand Journal Surgery, 64*, 115-117.
- Resnick, B., Orwig, D., Wehren, L., Hawkes, W., Hebel, R., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2005). Health-related quality of life: Is it a good indicator of function post THR. *Rehabilitation Nursing, 30*(2), 46-54.
- Rissanen, P., Aro, S., Sintonen, H., Slatis, P., & Paavolainen, P. (1996). Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: A prospective study. *Quality of Life Research, 5*, 56-64.
- Salaffi, F., Carotti, M., & Grassi, W. (2005). Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: Comparison of generic and disease-specific instruments. *Clinical of Rheumatology, 24*, 29-37.
- Sjöling, M., Agren, Y., Olofsson, N., Hellzén, O., & Asplund, K. (2005). Waiting for surgery; living a life on hold-a continuous struggle against a faceless system. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 539-547.
- Towheed, T. E., & Hochberg, M. C. (1996). Health-related quality of life after total hip replacement. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 26*(1), 483-491.
- Weinberger, M., Tierney, W. M., Booher, P., & Hiner, S. L. (1990). Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis. *Social Science & Medicine, 30*(4), 503-508.
- Wiklund, I., & Romanus, B. (1991). A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of hip joint. *Journal of Bone and Joint Surgery, 73A*(5), 765-769.

Recebido em 19/03/08
Aceito em 25/11/08

Endereço para correspondência : Denise Regina Matos. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP 70910-900, Brasília-DF, Brasil. *E-mail:* dmatos@unb.br