

KARINE RODRIGUES AFONSECA

**A EXPERIÊNCIA DE IDOSOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA
TOTAL DE QUADRIL: DA INCAPACIDADE À INDEPENDÊNCIA.**

BRASÍLIA, 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

KARINE RODRIGUES AFONSECA

**A EXPERIÊNCIA DE IDOSOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA
TOTAL DE QUADRIL: DA INCAPACIDADE À INDEPENDÊNCIA.**

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Orientadora: Carla Targino Bruno dos Santos

BRASÍLIA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Sandra, por sempre estar ao meu lado, sonhando e construindo novos caminhos junto comigo. Ao seu fundamental apoio no último ano, o que possibilitou a conclusão dessa dissertação.

Ao meu esposo, Jorge Henrique, pela alegria e vida compartilhadas diariamente, com respeito e amor. Ao abraço e ombro amigo que tiveram sempre a disposição nos dias difíceis.

À minha orientadora, Carla Targino, que me acompanha desde a especialização em Saúde do Idoso, mostrando caminhos possíveis para a pesquisa e me levando a concretização do sonho em estudar os processos envolvidos com o envelhecimento. Pela paciência e acolhimento nesses dois anos.

À Universidade de Brasília por ser minha segunda casa desde a graduação em enfermagem, por ter aberto um mundo de possibilidades, conhecimentos e questionamentos para uma menina e seus sonhos.

À Rede Sarah pelo apoio para realizar a pesquisa na instituição, por fornecer o direito de abono e maleabilidade nos horários de trabalho. Sem isso seria inviável cursar todas as disciplinas.

Ao meu pequeno Lorenzo que me possibilitou vivenciar a transformação mais intensa e profunda que eu poderia ter, aumentando minha força, felicidade e vontade de lutar por dias melhores.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A osteoartrose de quadril (OAQ) é caracterizada pelo desgaste articular, hipertrofia nas margens dos ossos e alterações na membrana sinovial causando dor, rigidez articular e limitação de movimentos, tendo alta prevalência entre idosos. A artroplastia total de quadril (ATQ) é a opção de tratamento cirúrgico, proporcionando melhora da dor e qualidade de vida para idosos que sofrem com a OAQ. **OBJETIVOS:** Analisar o contexto pós-operatório de idosos com incapacidade funcional submetidos à artroplastia total de quadril (ATQ), atendidos em um hospital de reabilitação. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 9 idosos com incapacidades funcionais geradas pela OAQ. O questionário continha 11 perguntas referentes a melhora ou piora da funcionalidade e bem-estar depois da ATQ, capacidade e vontade de convívio comunitário e as condições facilitadoras ou inibidoras da transição de idoso incapacitado para idoso capacitado. As entrevistas foram analisadas utilizando o método do discurso do sujeito coletivo (DSC). **RESULTADO:** A melhora da dor, da qualidade de vida e o desejo de participar do convívio comunitário foi um discurso comum entre os idosos, mas por diferentes motivos. Com dificuldade de transporte e impossibilidade de sair de casa, apenas 6 idosos consideraram ter capacidade de realizar atividades de convívio comunitário como viajar e trabalhar. Apoio da família no pós-operatório, adaptações arquitetônicas em casa e fisioterapia acompanhada por profissionais foram consideradas condições facilitadoras pelos idosos. Já buracos e calçadas desniveladas, morar de aluguel e em prédio sem elevador foram condições dificultadoras para idosos em pós-operatório de ATQ. **CONCLUSÃO:** Diante dos resultados contidos na pesquisa, fica claro os benefícios da ATQ para tratamento da OAQ, mesmo em idosos incapacitados e limitados. Mostrando a necessidade de fortalecimento e ampliação da cirurgia de ATQ pelo SUS, para que cada vez mais idosos sejam reabilitados para uma vida de independência, prazer e felicidade.

Descritores: Idoso Dependente, Artroplastia de Substituição de Quadril, Transição para Assistência do Adulto, Reabilitação Hospitalar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hip osteoarthritis (OA) is characterized by joint wear and tear, hypertrophy of bone margins and changes in the synovial membrane causing pain, joint stiffness and movement limitation, with a high prevalence among the senior population. Total hip arthroplasty (THA) is the surgical treatment option, providing pain improvement and quality of life for elderly patients suffering from osteoarthritis (OA). **OBJECTIVES:** Analyze the postoperative care of senior patients with functional disability submitted to total hip arthroplasty (THA), treated at a rehabilitation hospital. **METHOD:** A qualitative study, based on semi-structured interviews with 9 senior people with functional disabilities generated by OA. The questionnaire contained 11 questions regarding improvement or worsening of functionality and well-being after THA, capacity and willingness to live in community, and the conditions that facilitated or inhibited the transition from disabled senior to rehabilitated senior. The interviews were analyzed using the collective subject discourse method (CSD). **RESULT:** Relief from pain, improved quality of life and desire to participate in community life was a common narrative among the seniors, but for different reasons. Due to transportation difficulties and the impossibility to leave home, only 6 elderly people considered themselves able to carry out community activities such as traveling and working. Family support in the postoperative period, architectural adaptations at home and physiotherapy accompanied by professionals were considered facilitating conditions by the seniors. Holes and uneven sidewalks, living in rented homes and in buildings without elevators were referred as difficult conditions for the elderly in the postoperative of THA. **CONCLUSION:** Given the results of the research, the benefits of THA for OA treatment are clear, even for disabled and limited elderly. Showing the need to strengthen and expand THA surgery by the SUS, so that more and more seniors people are rehabilitated for a life of independence, pleasure and happiness.

Descriptors: Dependent Elderly, Hip Replacement Arthroplasty, Transition to Adult Care, Hospital Rehabilitation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil social, clínico e funcional dos idosos entrevistados

Quadro 2: Depoimentos dos idosos sobre os benefícios da ATQ

Quadro 3: Depoimento dos idosos sobre a capacidade para realizar AVD's, adquiridas pós ATQ.

Quadro 4: Depoimentos dos idosos sobre capacidades para realizar AIVD's, adquiridas pós ATQ.

Quadro 5: Depoimento dos idosos quanto a melhora da saúde pós ATQ.

Quadro 6: Depoimentos dos idosos quanto a capacidade em realizar atividades de convívio comunitário.

Quadro 7: Depoimento dos idosos quanto a vontade de realizar atividades de convívio comunitário.

Quadro 8: Depoimento dos idosos quanto as condições arquitetônicas domiciliares que facilitaram o período pós-operatório.

Quadro 9: Depoimento dos idosos quanto às condições arquitetônicas do bairro que facilitaram o período pós-operatório.

Quadro 10: Depoimento dos idosos quanto às condições econômicas que facilitaram o período pós-operatório.

Quadro 11: Depoimento dos idosos quanto o apoio familiar como facilitador no período pós-operatório.

Quadro 12: Depoimento dos idosos quanto às atividades de fisioterapia desenvolvidas no Sarah.

Quadro 13: Índice de KATZ adaptado (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007)

Quadro 14: Índice de Lawton-Brody versão adaptada (Azeredo e Matos, 2003).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividade Básica de Vida Diária
AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária
ANC - Ancoragem
ATQ - Artroplastia Total de Quadril
BENG - Bengala em t ou de apoio antebraquial
CARDIO – Cardiopatia
ESCOL – Escolaridade
DMS - Diabetes Mellitus
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressão Chave
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
ID - Ideia Central
OAQ - Osteoartrose de Quadril
OMS - Organização Mundial da Saúde
PÓS-OP – Pós-Operatório
PRÉ-OP – Pré-Operatório
SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SOBREP - Sobrepeso
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. MARCO CONCEITUAL.....	13
2.1 ENVELHECIMENTO E INCAPACIDADES.....	13
2.2 OSTEOARTROSE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO	15
2.3 ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA A OSTEOARTROSE DE QUADRIL.....	18
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1 TEORIA DE TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS.....	20
3.2 TIPOS, PADRÕES E PROPRIEDADES DAS TRANSIÇÕES.....	21
4. OBJETIVO GERAL:	24
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	24
5. METODOLOGIA:.....	25
5.1 COLETA DOS DADOS.....	26
5.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
6. INFORMAÇÕES APREENDIDAS	30
7. DISCUSSÃO	31
7.1 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E BEM-ESTAR PÓS ATQ.	31
7.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE E VONTADE DE REALIZAR O CONVÍVIO COMUNITÁRIO	37
7.3 CONDIÇÕES FACILITADORAS OU INIBIDORAS DA TRANSIÇÃO.....	41
8. CONCLUSÃO.....	52
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICE I.....	58
APÊNDICE II.....	60
APÊNDICE III.....	61
ANEXO I.....	85
ANEXO II.....	86
ANEXO III.....	87

1. APRESENTAÇÃO

A osteoartrose de quadril (OAQ) é uma doença incapacitante, acometendo com frequência a população idosa, gerando grande sofrimento para seu portador e familiares. Dentre as opções de tratamento, a artroplastia total de quadril (ATQ) é uma opção viável e com importantes resultados positivos de melhora da dor, melhora da qualidade de vida e recuperação da capacidade física e funcional.

Trabalho há 7 anos no setor de ortopedia adulto do Sarah-Brasília, tenho contato diário com o sofrimento dos idosos acometidos com a OAQ, acompanho pacientes que chegam para realizar a cirurgia ou estão em processo de recuperação pós operatória e nesse período sempre me questionei a história da doença e vida daqueles que procuravam tratamento no Sarah. Essas questões me motivaram a realizar em 2016 o estudo “Perfil dos idosos submetidos a prótese total de quadril em um hospital de reabilitação do Distrito Federal”, pesquisa elaborada para conclusão da especialização da saúde do idoso em que obtive resultados importantes. Dentre eles destaca-se que dos 170 idosos estudados, 74 tinham incapacidades para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD's) e/ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD's).

Após a conclusão dessa pesquisa modifiquei meus questionamentos e a inquietação científica ficou concentrada com o momento pós operatório dos idosos que participaram da pesquisa. Questionei como seria o processo de recuperação ou não da capacidade funcional de idosos incapacitados pela OAQ. Como foi a retomada da independência em gerenciar suas vidas? Será que valeu a pena idosos com tamanha incapacidade serem submetidos a uma cirurgia com tantos riscos como a ATQ? Quais fatores influenciaram de forma positiva na recuperação da capacidade funcional? Quais fatores prejudicaram a recuperação funcional? Esses questionamentos são minhas perguntas orientadoras, fundamentais para que eu chegasse nos resultados e conclusões dessa pesquisa.

Para responder tais questionamentos decidi utilizar a metodologia qualitativa, que é pouco usada nos estudos de pós-operatório de ATQ, que em sua maioria se concentram em fazer uma avaliação quantitativa da melhora da dor e mobilidade,

ignorando as experiências vividas pelos idosos nesse processo de reabilitação que só é possível conhecer aplicando o método qualitativo de escuta e análise de falas.

Sendo assim me proponho nessa pesquisa a escutar, gravar, transcrever e analisar as experiências vividas por idosos após serem submetidos à ATQ, compreendendo suas vivências a partir de suas falas.

Analiso as falas dos idosos utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e considero os resultados obtidos nesse estudo fundamentais para sensibilização do meio científico, dos profissionais e gestores de saúde pública sobre a importância da identificação precoce e tratamento da OAQ para o retorno da independência e qualidade de vida do idoso, possibilitando seu bem viver, retomando atividades antes negadas pela sua condição de saúde.

Na primeira parte da dissertação faço um panorama do envelhecimento com incapacidades, o impacto da OAQ no perfil de incapacidades dos idosos e as alternativas de tratamento para OAQ tendo como foco principal o tratamento cirúrgico.

Os discursos serão analisados a luz da teoria de transição de Alfas Meleis que aprofunda o debate sobre as transformações, movimentações e mudanças que os seres humanos passam durante a vida, o papel do enfermeiro em auxiliar pacientes durante os processos transicionais, com o objetivo de gerar resultados saudáveis para quem os vivencia.

Na segunda parte do trabalho descrevo a metodologia utilizada, conceituando o método qualitativo, forma de coleta dos dados e utilização do método de análise do discurso do sujeito coletivo. Em seguida apresento os resultados em quadro divididos em três blocos conceituais (mudanças percebidas pós ATQ pelos idosos, capacidade e vontade para o convívio comunitário e condições facilitadoras e inibidoras pós ATQ), e ao final com os DSC construídos a partir das expressões chaves (ECH) e suas respectivas ideias centrais (IC) ou ancoragens (ANC).

Na terceira parte realizo a discussão dos resultados encontrados, comparando-os aos resultados de demais pesquisas de base populacional, meta-análises, revisões integrativas, estudos randomizados e demais pesquisas com resultados relevantes e possíveis de comparação para a população estudada.

Por fim concluo o trabalho fazendo uma reflexão sobre os benefícios e dificuldades encontradas pelos idosos pós ATQ, os processos facilitadores e inibidores de uma transição saudável e faço uma breve reflexão sobre a importância dos gestores em saúde em fortalecer e ampliar os serviços públicos de saúde para atender, identificar e tratar idosos acometidos por OAQ.

2. MARCO CONCEITUAL

2.1 ENVELHECIMENTO E INCAPACIDADES.

O envelhecimento é um processo contínuo, natural e irreversível da vida humana, acompanhado de perdas progressivas de funções e de papéis sociais. (MENDONÇA, 2016). Nos últimos 150 anos o mundo vem vivenciando o envelhecimento populacional motivado pela redução da mortalidade infantil combinada com a diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. A combinação desses fatores resultou em um aumento de 16% no número de idosos na população brasileira de 2012 a 2016 (IBGE, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 a população acima dos 60 anos de idade correspondia a 10% da população brasileira e a projeção é de que em 2030 o Brasil tenha 18% da população acima dos 60 anos, superando a proporção de crianças e jovens com idade de 0 a 14 anos (MINAYO E COIMBRA, 2011).

Em todo o mundo o envelhecimento populacional é crescente. Nos países desenvolvidos esse crescimento ocorreu de forma lenta, demorando mais de 100 anos para atingir um número de idosos correspondente a 20% ou mais da população (CHAIMOWING, 2013).

A transição demográfica no Brasil ocorre de forma rápida e intensa. Em 2010 o Brasil tinha 14 milhões de idosos com 65 anos ou mais, e a projeção é que nos próximos 25 anos o país passe do estágio jovem (até 7% da população de idosos) para o de “envelhecimento” (mais de 14% de idosos). Com o aumento de idosos, o número de octogenários segue a mesma tendência, sendo que em 2030 eles representarão 21% dos idosos (CHAIMOWING, 2013).

Junto com a transição demográfica observamos a transição epidemiológica e a mudança nas doenças mais prevalentes entre a população. Passamos de um país com predomínio de doenças infecciosas e parasitárias para um país com predomínio das doenças crônicas degenerativas (CHAIMOWING, 2013).

Durante esse processo de envelhecimento populacional e avanços da saúde o envelhecimento ativo é uma realidade cada vez mais frequente, e idosos com idade avançada tem desfrutado de bom desempenho físico- funcional, com capacidade para o trabalho, prática de atividades físicas e de lazer. Esse perfil do envelhecimento ativo é almejado por muitos adultos e sua conquista não depende somente do indivíduo, mas também de aspectos estruturais, como classe, gênero e etnia, e sociais, como acesso a saúde, educação e renda (MINAYO E COIMBRA, 2011).

A perda gradual e progressiva da capacidade física e funcional é natural durante o envelhecimento, mas essa pode ser acelerada e agravada pelas condições de saúde e socioeconômicas do idoso (MENDONÇA, 2016). A depender de seus hábitos de vida, exposição a diferentes condições sociais, de educação, trabalho, o declínio funcional no idoso pode ser prematuro e intensificado por doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, câncer e osteoartrose (MINAYO E COIMBRA, 2011).

A incapacidade é um termo abrangente, que engloba limitações para realizar determinada tarefa e ou restrições para participar de certas atividades. Pode ser leve, moderada ou grave, sendo que o que determina seu grau é o quanto o idoso depende de ajuda para realizar tarefas ou manter o convívio social (OMS, 2011).

É necessário lembrar que a incapacidade não depende somente de fatores biológicos, mas a estrutura social, cultura e de crenças interferem de forma significativa no desenvolvimento das deficiências (OMS, 2011). As iniquidades sociais, a baixa escolaridade, o acesso deficitário aos serviços de saúde e as condições sociais precárias são fatores que favorecem o envelhecimento com incapacidades prematuras no Brasil.

No estudo multicêntrico SABE (saúde, bem-estar e envelhecimento), realizado com idosos residentes no município de São Paulo a incapacidade para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD's) como tomar banho, se vestir, comer ou levanta-se sozinho foi relatada em 19,2% da população. Isso corresponde a 200.000 pessoas dependentes de cuidadores ou familiares para manter cuidados básicos de sobrevivência e qualidade de vida (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

Outro aspecto da incapacidade é a dificuldade em locomover-se e realizar atividades de socialização, como fazer compras, atender telefone e realizar tarefas domésticas. A independência nessas atividades, denominadas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), são fundamentais, e no estudo SABE, 26,5% dos idosos entrevistado relataram incapacidade em uma ou mais AIVD (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

A presença de doenças crônicas degenerativas combinadas com o declínio físico e funcional facilita a ocorrência da síndrome da fragilidade. Essa é uma síndrome complexa, multifatorial e caracterizada pelo declínio de energia ocasionada por alterações decorrentes do envelhecimento. Essa alteração predispõe o idoso à perda de massa muscular e a um estado inflamatório crônico aumentando os riscos de mortalidade e eventos adversos de saúde (LOURENÇO et al., 2018). No estudo de coorte ELSI-Brasil foi identificado uma prevalência de síndrome da fragilidade de 13,5% em idosos com mais de 60 anos (ANDRADE, 2018).

O envelhecimento populacional tem gerado preocupações, pois ele não acontece de forma linear e saudável em toda a população, desafiando o poder público e gestores a desenvolver políticas públicas de promoção do envelhecimento ativo e saudável, além da necessidade de incrementar os serviços públicos de saúde devido ao aumento da demanda que essa população cria (MENDONÇA, 2016).

Entender e reconhecer os principais fatores que levam o idoso a envelhecer com incapacidades funcionais é fundamental para definir prioridades preventivas, curativas e reabilitadoras para o desenvolvimento de políticas públicas e melhoria das práticas e serviços de saúde.

2.2 OSTEOARTROSE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

A osteoartrose (OA) é uma doença caracterizada pelo desgaste articular, hipertrofia nas margens dos ossos e alterações na membrana sinovial. Pode acometer qualquer articulação do corpo, mas as articulações do joelho e quadril são

mais acometidas devido à sobrecarga de peso e maior utilização durante a vida. (TORRES et al., 2015). É uma doença que está relacionada com a idade, pois com o envelhecimento as articulações vão perdendo sua lubrificação natural e sua capacidade de absorver impactos e pressões, a musculatura perde sua elasticidade e o osso tende a ficar mais poroso e frágil. Com essas alterações osteoarticulares naturais do envelhecimento, a população idosa é mais susceptível a desenvolver a AO (CASTELL et al., 2015).

No estudo transversal de coorte nacional ELSI-Brasil, a prevalência de artrite ou reumatismo (dores articulares) foi de 21% (NUNES et al., 2018) e sua ocorrência está relacionada com o aumento das incapacidades físicas e funcionais conforme mostra o estudo internacional sobre a carga global das doenças. O estudo indica que a OA nos últimos 26 anos passou da 17^o para 12^o morbidade que ocasiona incapacidades mundialmente (METRICS GH, 2017).

A OA é uma doença crônica, multifatorial, em que a idade, sobrepeso, obesidade, traumas articulares na juventude e deformidades congênitas são fatores predisponentes para o estabelecimento e desenvolvimento da doença (CASTELL et al., 2015). Sua ocorrência está relacionada com dor, limitação de movimentos e estabelecimento de incapacidades, gerando sobrecarga emocional, familiar, financeira, social e econômica para o Estado. Em pesquisa realizada por Dibonaventura (2011) foi possível concluir que o trabalhador com dor relacionada a OA tem o dobro de absenteísmo e comprometimento global do trabalho quando comparado com trabalhadores que negam dores articulares, gerando custos de U\$15.047 relacionados a redução da força de trabalho e maior consumo de serviços médicos hospitalares.

A ocorrência da OA em idosos está relacionada com maior risco para desenvolver a síndrome da fragilidade, depressão, quedas e redução da capacidade funcional e conseqüentemente a dependência física do idoso (CASTELL et al., 2015).

A articulação do quadril é a segunda mais afetada pela OA e sua ocorrência é um importante fator de incapacidades funcionais. Displasias da formação óssea do quadril, frouxidão ligamentar, excesso de peso, alta carga de exercícios e trabalho são fatores que contribuem para a ocorrência da coxartrose (NICK et al., 2016). No

raio-X da articulação do quadril é possível observar estreitamento do espaço articular, formação de osteófitos ou cistos e esclerose, estas características associada a queixa de dor, que aumenta no período noturno, limitação de movimento e rigidez articular são sinais sugestivos de coxartrose. (NICK et al., 2016)

Estudos tem relacionado a OAQ com aumento da ocorrência da síndrome da fragilidade, risco aumentado de mortalidade, maiores taxas de problemas de saúde mental e aumento da mortalidade cardiovascular provocada pela incapacidade presente no desenvolvimento natural da doença (NICK et al., 2016).

O tratamento da coxartrose é dividido em terapias farmacológicas e não farmacológicas, além do tratamento cirúrgico em que a artroplastia total de quadril (ATQ) é a principal alternativa (NICK et al., 2016). A definição do tratamento deve considerar fatores sociais, psicológicos, qualidade de vida, ocupação, humor e atividades cotidianas. A tomada de decisão compartilhada é a mais indicada, pois melhora o acesso do paciente as alternativas de tratamento, reduzindo os conflitos de decisão, melhorando sua qualidade e aumentando o engajamento do paciente. (NICK et al., 2016)

Perda de peso, atividade física, fisioterapia, eletroterapia e termo terapia são tratamentos não farmacológicos indicados no cuidado da osteoartrose de quadril (OAQ). Já o tratamento farmacológico consiste na utilização do paracetamol em casos de dores leves e o uso de AINES ou opioides em casos de dores moderadas ou intensas (NICK et al., 2016). Caso seja necessário o uso regular de analgésicos e anti-inflamatórios deve-se considerar o encaminhamento do paciente para ambulatório de manejo de dor crônica ou ortopedista cirurgião. Outra opção de tratamento farmacológico é a injeção intra-articular de corticoide com o objetivo de reduzir o grau de sinovite da osteoartrite (NICK et al., 2016).

A ATQ é uma alternativa cirúrgica para o tratamento da OAQ e sua indicação deve considerar os impactos da doença na qualidade de vida do paciente, além de respostas insuficientes do tratamento conservador.

2.3 ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA A OSTEOARTROSE DE QUADRIL

A ATQ é um procedimento cirúrgico de grande porte que consiste na substituição da cabeça femoral desgastada por prótese implantada diretamente no osso, podendo ser fixada no acetábulo com cimento (ATQ cimentada) ou com parafuso (ATQ híbrida). É um procedimento seguro, com impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, mas com riscos de complicação, como infecção, choque hipovolêmico e trombose venosa profunda (LENZA et al., 2013).

Desenho 1- Imagem da artroplastia de quadril



Fonte:<http://institutomor.blogspot.com/2015/05/dor-cronica-parte-12-dor-no-quadril.html>

Apesar dos riscos inerentes ao procedimento, sua taxa de mortalidade é baixa (1,91) e sua utilização tem crescido nos últimos anos, sendo que no Reino Unido estima-se que o número de ATQ aumentará 40% até 2021, gerando custos adicionais ao sistema de saúde (FERREIRA et al., 2018). No Brasil 4% da população brasileira possui osteoartrite de quadril e o país ainda não possui dados oficiais sobre a estimativa de ATQ ou de idosos que necessitam desse procedimento. Mas pensando em um país que está envelhecendo de forma acelerada, a necessidade

de ATQ será crescente nos próximos anos e as políticas públicas na área da saúde devem ser pensadas para atender essa população e evitar a dependência funcional que aumenta em 50% o risco de mortalidade em idosos com coxartrose (FERREIRA et al., 2018)

As complicações pós-operatórias estão relacionadas com pacientes obesos e fumantes e a durabilidade da prótese depende do tempo de cirurgia, idade e estrutura corporal. (SADIR et al., 2006) A National Joint Registry sugere que após 11 anos de ATQ o paciente tem probabilidade de 6,20% de necessitar de revisão da prótese (NICK et al., 2016). No ano de 2017 o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 23.152 cirurgias de ATQ, tendo gasto mais de R\$ 89 milhões (DATASUS, 2019). Apesar dos custos Nunley et al e Lombardi et al concluíram em seus estudos que o tratamento cirúrgico para coxartrose diminui a invalidez e possibilita que 90% a 98% dos pacientes submetidos a cirurgia retornem às suas atividades laborais (NUNLEY et al., 2011; LOMBARDI et al., 2014).

Mesmo com os benefícios sociais e econômicos que a ATQ proporciona para o país, o sistema público de saúde brasileiro tem tido crescimento vegetativo na realização de ATQ. Deixando idosos dependentes do sistema público de saúde desassistidos e acometidos pela dor incapacitante e dependência funcional progressiva (FERREIRA et al., 2018). Ferreira et al (2018), analisando os dados de ATQ primária do Ministério da Saúde/DATASUS, concluiu que no período de 2008 a 2015 o sistema público de saúde brasileiro realizou 24 vezes menos ATQ do que a média dos países desenvolvidos e essa diferença permanece mesmo em países como a Austrália que possui 4% de idosos a mais que o Brasil e realizou 29 vezes mais ATQ no mesmo período do estudo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 TEORIA DE TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS

Afaf Meleis nasceu no Egito e graduou-se em Enfermagem 1961 na Universidade de Alexandria. Em 1964 obteve o título de mestre, em 1966 formou-se em sociologia e em 1968 concluiu doutorado em Psicologia médica e social pela Universidade da Califórnia (MELEIS, 2010). Seus estudos e pesquisas abrangem projetos internacionais de pesquisa, saúde da mulher imigrante, conhecimento e desenvolvimento teórico da disciplina Enfermagem. Seu interesse em estudar a população imigrante e sua saúde a levou a questionar a transição como um conceito teórico importante para os estudos e práticas da enfermagem.

Em 1985, Meleis e Norma Chick realizaram uma extensa revisão na literatura para compreender como a transição estava sendo utilizada na produção científica da enfermagem. A partir desse estudo elas compreenderam que a palavra transição era utilizada de forma recorrente nos trabalhos da enfermagem, sendo que a experiência humana, as repostas, as consequências com as transições no bem-estar das pessoas são de interesse do enfermeiro (MELEIS, 2010).

Chick e Meleis (1986) entendem que a transição é uma passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para o outro. É “uma passagem ou movimento de um estado razoavelmente estável para outro razoavelmente estável”, tornando o cliente vulnerável para o desenvolvimento de doenças, mas gerando oportunidade de mudanças para um novo estágio de vida. Consideram que a transição é uma característica essencialmente positiva e que o papel do enfermeiro é fornece suporte físico, emocional e psicológico para que a transição mova o cliente ao bem-estar e a processos saudáveis (MELEIS, 2010). A transição gera mudanças na saúde, nos papéis, nos relacionamentos, nos comportamentos, nas expectativas e habilidades do cliente. É um processo multidimensional e complexo, acontecendo em um período de tempo variável e as propriedades associados a ela são importantes na formação da intensidade e natureza das consequências que o cliente experimenta (MELEIS, 2010).

É importante ressaltar que Meleis concluiu que transição não é um evento isolado, mas sim uma reorganização/transformação interna e pessoal pela qual os indivíduos passam a fim de incorporar mudanças em suas vidas. A teoria das transições é conceituada como uma teoria de médio alcance, que são menos abstratas e possuem uma abrangência menor do que as grandes teorias. Podem ser testadas na pesquisa e na prática e refletem fenômenos ou conceitos específicos presentes na prática do cuidado. São exemplos: conforto, suporte social, qualidade de vida, etc (MELEIS, 2010).

Chick e Meleis e Schumacher e Meleis desenvolveram um modelo com os principais fundamentos da Teoria da Transição, determinando os seguintes conceitos a seguir:

3.2 TIPOS, PADRÕES E PROPRIEDADES DAS TRANSIÇÕES

Desenvolvimental: abrange os processos de mudança de papéis relacionados com os ciclos de vida como a maternidade, adolescência, envelhecimento, etc;

Saúde-Doença: processo de mudança de papel do indivíduo e sua família nos contextos de doenças. Meleis tem uma grande preocupação com o processo de transição do paciente hospitalizado para o ambiente domiciliar e o papel da enfermagem nessa transição, além dos custos e benefícios entre os tipos de serviço de saúde;

Organizacional: relacionado às mudanças nas organizações que interferem na vida dos trabalhadores e seus clientes como as mudanças econômicas, trabalhistas, políticas e sociais, além das alterações na estrutura ou dinâmica organizacional;

Situacional: causado por acontecimentos específicos na vida do indivíduo ou seus familiares, de maneira planejada ou não. Exemplo: transições presentes durante programas educacionais, momento de uma admissão ou alta hospitalar.

Padrões das transições: podem ser únicos ou múltiplos. Sendo importante considerar que as transições múltiplas podem ocorrer em padrão sequencial ou simultânea, relacionadas ou não relacionadas.

Propriedades das transições: a transição mesmo sendo um evento complexo e multidimensional tem padrões determinantes no processo:

Consciência: é a percepção, conhecimento e o reconhecimento do período de transição pelo paciente. É uma propriedade fundamental e caso o indivíduo não tenha consciência das mudanças pode não ter iniciado a experiência de transição.

Engajamento: definido como o grau que o paciente está envolvido com o processo de transição. A busca por informações e o preparo do indivíduo para modificar suas atividades de maneira proativa são comportamentos que indicam engajamento. O nível de consciência influencia o nível de engajamento, não sendo possível engajamento sem consciência.

Mudança e diferença: Toda transição envolve mudanças, mas nem toda mudança está relacionada com transição. Para entender todo o processo de transição é necessário descobrir os efeitos e significados das mudanças envolvidas. As mudanças estão relacionadas com eventos críticos e desequilíbrios, rupturas em relacionamentos, rotinas, ideias, percepções e/ou identidades.

Intervalo de tempo: Toda transição está caracterizada pelo fluxo e movimento ao longo do tempo. A transição é o intervalo de tempo de desestabilização, mudanças e confrontos para o início de um período de estabilidade, sendo o final da transição o início do período de estabilidade. Deve-se entender que o intervalo de tempo da transição não é linear e varia conforme indivíduos, situação e elementos envolvidos com a transição.

Pontos críticos e eventos: Em algumas transições é possível identificar um evento marcante (nascimento, morte, descoberta de uma doença, etc), mas em várias outras transições o ponto crítico não é evidente. O ponto crítico da transição está associado ao aumento da consciência ou maior envolvimento do indivíduo nas mudanças presentes na transição, seu final é caracterizado pelo sentido de estabilidade na nova rotina, habilidades, modo de vida e atividades de autocuidado. A enfermagem deve ter especial atenção no reconhecimento do ponto crítico, pois é o momento de grande vulnerabilidade do indivíduo.

Condições facilitadoras e inibidoras das transições: Para entender as experiências dos indivíduos durante a transição é necessário descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitaram ou dificultaram o progresso para transições saudáveis. As condições pessoais englobam os sentidos, crenças culturais, atitudes, condições socioeconômicas, preparação e conhecimento do indivíduo, já as

condições comunitárias englobam as estruturas coletivas da sociedade em que o indivíduo está vivenciando aquela transição.

Padrões de respostas: Se divide em indicadores de processo e indicadores de resultados e o reconhecimento desses indicadores possibilita analisar se a transição está possibilitando resultados saudáveis. Os indicadores de processo são os sentimentos de conectividade, interação, estar adaptado e o desenvolvimento de confiança. Já os indicadores de resultados são o domínio de novas habilidades e estabelecimento de identidades integrativas fluidas.

A partir dos estudos de Afaf Meleis foi possível o desenvolvimento da teoria de transição e construção de diagramas que facilita a prática e pesquisa dos processos de transição. A transição é um processo singular, complexo e multidimensional, sendo uma percepção subjetiva e essencial de cada indivíduo. Seu significado pode ser positivo, neutro ou negativo e resulta de uma transição desejada, planejada ou não. Seus resultados variam, sua ocorrência não é linear e seu processo depende da natureza das mudanças e da sua influência na vida das pessoas (MELEIS, 2010).

4. OBJETIVO GERAL:

Analisar o contexto pós-operatório de idosos com incapacidade funcional submetidos à artroplastia total de quadril (ATQ), atendidos em um hospital de reabilitação.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer os principais benefícios que a ATQ proporciona para o bem-estar do idoso;
- Identificar idosos que têm vontade e capacidade para realizar o convívio comunitário pós ATQ;
- Identificar condições facilitadoras e inibidoras da transição saudável pós ATQ;
- Analisar o processo de transição vivido pelos idosos submetidos a ATQ baseado na teoria da transição de Afaf Meleis;
- Identificar perfil social, clínico e funcional dos idosos.

5. METODOLOGIA:

Para ter uma melhor compreensão dos desafios enfrentados pelos idosos em pós-operatório de ATQ, aprofundando o entendimento do processo de transição vivido por eles, escolhi utilizar a metodologia qualitativa. Método pouco usado em pesquisas sobre cirurgias ortopédicas, mas que pode contribuir com uma nova visão sobre prioridades no processo de reabilitação, fatores facilitadores e inibidores da transição no período pós-operatório relatado pelos próprios idosos.

Os estudos qualitativos têm por objetivo a compreensão de determinado fenômeno a partir da ótica do sujeito que vivência ou sofre os efeitos do problema/fenômeno a ser estudado. A fala dos sujeitos é de extrema importância nesse estudo. É a partir da opinião dos sujeitos sobre o objeto estudado que o pesquisador consegue interpretar os achados e correlacionar com o marco conceitual escolhido, resultados de outros estudos e interpretar em profundidade o objeto que está sendo estudado (MINAYO, 2012). O método qualitativo é aplicado no estudo das relações humanas, suas representações, crenças, percepções e opiniões a respeito de como vivem e constroem a si mesmas. Tem como produto final o discurso do sujeito, seus significados e processos de construção de atitudes, valores, arranjos sociais e culturais (MINAYO, 2012).

Essa pesquisa é continuidade da pesquisa intitulada “Perfil dos idosos submetidos a prótese total de quadril em um hospital de reabilitação do Distrito Federal”, realizada e apresentada como trabalho final de conclusão do curso de pós-graduação de Especialização de Saúde da Pessoa Idosa, pela Universidade de Brasília. O estudo teve início no ano de 2016 e sua conclusão e apresentação em abril de 2017. Nessa pesquisa, foi utilizado o método quantitativo transversal de leitura de 170 prontuários de idosos submetidos a ATQ no Hospital Sarah Brasília no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Dentre os dados coletados foram identificados 74 idosos com incapacidades funcionais no período pré-operatório da ATQ.

Após a conclusão da pesquisa surgiram os seguintes questionamentos: Após a ATQ os idosos incapacitados conseguem retomar sua capacidade de autocuidado, convívio comunitário e gerenciamento de suas vidas? Quais fatores contribuíram

para a melhora da capacidade funcional do idoso? Quais fatores dificultaram esse período de transição de idoso incapacitado para idoso capacitado?

Para responder tais questionamentos a atual pesquisa continua seu processo de exploração e experimentação no Hospital Sarah-Brasília. Inaugurado em 1960 e especializado em neuroreabilitação e tratamento de doenças osteomusculares o Sarah Brasília disponibiliza o tratamento conservador e cirúrgico para pacientes acometidos com osteoartrose de quadril, dispondo de ampla equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, além de estrutura física e tecnológica que viabilizou que no período de 2012 a 2016 o hospital fosse responsável por 52% (n=597) das cirurgias de ATQ em Brasília. (DATA SUS, 2019)

5.1 COLETA DOS DADOS

No estudo sobre o perfil de idosos submetidos a ATQ, 74 idosos relataram necessitar de auxílio em uma ou mais ABVD's ou AIVD's. Dentre esses foram selecionados para as entrevistas idosos com mais de 6 meses de pós-operatório e excluídos idosos com diagnóstico prévio de declínio cognitivo, incapacidade de fala e/ou déficit auditivo que impossibilitava a entrevista.

É importante saber que na instituição não é utilizado instrumento validado para determinar a incapacidade do idoso, sendo assim a dificuldade em realizar ABVD'S ou AIVD'S leva em consideração o relato do paciente sobre suas dificuldades e necessidades de auxílio para realizar atividades básicas do dia a dia, registrado por fisioterapeutas, médicos e enfermeiros no pré-operatório e no pós-operatório tardio. Devido a essa limitação do estudo, considerei como necessário determinar o grau das incapacidades relatadas pelos idosos, fazendo uso do índice de Katz adaptado para analisar o grau de dependência dos idosos em realizar ABVD's e o índice Lawton-Brody adaptado para determinar o grau de incapacidade do idosos em realizar AIVD's (APÓSTOLO, 2012, p.19).

Katz desenvolveu em 1963 o índice de Atividades de Vida Diária para medir a funcionalidade de doentes com doenças crônicas. Esse índice avalia 6 dimensões da independência, como tomar banho e vestir-se sozinho. Duarte, Andrade e Lebrão (2007) elaboraram uma versão adaptada para a língua portuguesa que conforme a pontuação, classifica o doente como independente, com dependência moderada ou

muito dependente. É baseado na escala de KATZ que identifico a capacidade funcional dos idosos, quanto as suas incapacidades em realizar ABVD's. (ANEXO I). Para avaliar a capacidade em realizar AIVD's Lawton-Brody desenvolveu uma escala para avaliar a capacidade dos idosos em realizar 8 diferentes tarefas, como cuidar da casa, usar o telefone, gerir o dinheiro, etc. Sendo que quanto mais próximo do 0, maior a dependência do idoso (APÓSTOLO, 2012, p.6-7). Azeredo e Matos (2003) adaptaram essa escala, determinando o gradiente de 0-16, sendo que quanto mais próximo de 0 maior a dependência do idoso (ANEXO II). As informações sobre ABVD's e AIVD's foram retiradas das evoluções dos fisioterapeutas e enfermeiros, que descrevem em detalhe as atividades em que o idoso é independente, possui dificuldade ou necessita de auxílio de terceiros.

O período de entrevista foi entre janeiro a março de 2018. Sendo assim, foram considerados como potenciais participantes apenas idosos que tinham retorno ambulatorial nesse período. Após aplicar critérios de inclusão e exclusão, 12 idosos tiveram retorno ambulatorial no período de coleta de dados e foram previamente selecionados para participar da pesquisa. Desses, 2 faltaram as consultas agendadas e 1 se recusou a participar da pesquisa resultando em uma amostra final de 9 idosos.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o idoso era convidado a ficar sozinho com a pesquisadora que realizou as entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado e gravou as respostas com aplicativo gravador do Iphone 8 (APÊNDICE I e II). O roteiro da entrevista foi desenvolvido pela pesquisadora, que centralizou as perguntas em 3 blocos temáticos: avaliação/percepção de melhora da saúde, funcionalidade e qualidade de vida pós ATQ, avaliação de vontade e capacidade de realizar convívio comunitário e, por último, a análise do idoso sobre fatores individuais e coletivos que facilitaram ou inibiram seus processos de transição.

Para alcançar os objetivos propostos foram desenvolvidas 11 perguntas relacionadas com esses blocos temáticos, tendo exemplos e linguagem acessíveis para facilitar a compreensão e resposta coerente pelo idoso. As perguntas foram realizadas por uma única pessoa, com flexibilidade de tempo, para viabilizar a expressão de opinião e experiência do idoso.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

O método utilizado para analisar as entrevistas foi a análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), método desenvolvido por Fernando Lefèvre e Ana Maria C. Lefèvre (2003) que tem por objetivo a busca pelo discurso de representação coletiva de determinado grupo social. Propõem a organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal obtidos por depoimentos, entrevistas, documentos, reportagens, etc (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p. 13-16).

A teoria da representação social estuda as relações dos seres humanos, compreendendo que suas crenças e saberes, antes da compreensão científica, são construídos socialmente, em trocas e convivências sociais. O saber popular, apesar de nem sempre ser cientificamente comprovado é um fenômeno que explica comportamentos e como de o processo saúde e doença é experimentado por uma determinada população (JODELET, 2001, p 3-5).

Igualmente designado como “saber do senso comum” ou ainda “saber ingênuo”, “natural”, esta forma de conhecimento distingue-se, dentre outros, do conhecimento científico. Mas ela é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto aquele, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais. JODELET, 2001, p.5.

Os estudos de representação social têm como objetivo reconhecer e entender os conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, que produzem uma realidade comum a um conjunto social. É baseado em tal objetivo que esse estudo avança para compreender e reconhecer as crenças e experiências de idosos submetidos a ATQ (JODELET, 2001, p.5).

No método do DSC temos a preocupação de reconhecer as representações sociais contidas no material analisado e a partir das falas são extraídos os conceitos chave e ideias centrais. Com esses elementos é construído um discurso representativo do pensamento coletivo dos sujeitos entrevistados (Lefèvre e Lefèvre, 2003, p.17-18). O método do DSC é utilizado em diferentes pesquisas na área da saúde. Almeida et al.(2019, p. 582-587), utilizou o método para descrever os benefícios da prática de capoeira para a saúde e inclusão social dos idosos. Já

Magalhães e Andrade (2019, p.99-107) utilizaram a análise do DSC para caracterizar e relacionar a depressão com o comportamento suicida, evidenciando pela fala dos sujeitos os traumas de infância (abuso sexual, psicológico, agressões físicas, etc.) como principal desencadeador de depressão na vida adulta (Almeida et al., 2019; Magalhães e Andrade, 2019).

Para conseguir extrair o discurso de representação social foi necessário escutar os áudios várias vezes, as gravações foram transcritas e salvas em Word 2013 e para facilitar a categorização das expressões chave (ECH), ideias centrais (IC) e escrever os DSC foi utilizado o software DSCsoft 2019¹ Após esse trabalho manual os DSC foram divididos conforme bloco conceitual. O primeiro bloco contempla os DSC sobre melhora ou piora da funcionalidade e bem-estar depois da ATQ, o segundo bloco contempla a capacidade e vontade de convívio comunitário e o terceiro bloco é relacionado com as condições facilitadoras ou inibidoras da transição de idoso incapacitado para idoso capacitado.

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do comitê de ética e pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais em 2017, sendo que todos os procedimentos realizados foram aprovados (CAAE: 77625317.9.0000.0022 e Número do Parecer: 2.416.399). (ANEXO III)

¹ DSCsoft 2019- Software desenvolvido para pesquisas qualiquantitativas através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Versão de 2019 elaborado pela Tolteca Informática.

6. INFORMAÇÕES APREENDIDAS

Dos 9 idosos entrevistados, 7 eram procedentes do DF e 2 de Minas Gerais, 5 eram mulheres e 4 eram homens, 7 na faixa etária de 71 a 80 anos (medianamente idosos) e 2 com idade de 60 a 70 anos (idoso jovem). Quanto a escolaridade, 5 tinham o Ensino Médio completo, 3 o Ensino Fundamental completo e 1 com Ensino Superior completo. O tempo médio de espera pela cirurgia foi de 8 anos e todos tinham mais de 2 anos de pós-operatório (QUADRO I). Quanto as características clínicas dos idosos, 3 tinham IMC normal, 3 com sobrepeso e 3 eram obesos. Apenas 1 idoso relatou manter hábito de fumar. A maior parte tinha morbidades, sendo as principais a hipertensão arterial, cardiopatias, artrite em outras articulações e diabetes mellitus. A queda no período pré-operatório era presente na vida da maioria dos idosos entrevistados e 3 tiveram eventos não esperados no pós-operatório (lesão de pele, deiscência de ferida cirúrgica, hematoma e/ou infecção pós-operatória).

A independência para realizar ABVD's era de moderada a muito comprometida em 4 dos idosos entrevistados, e 8 idosos tinham incapacidades de moderada a total para realizar AIVD's. A capacidade para fazer compras, cuidar da casa e usar o meio de transporte foram as mais frequentemente comprometidas. O perfil social, clínico e funcional dos idosos entrevistados pode ser melhor avaliado por meio da Tabela 1 e os quadros com destaque das expressões chave (ECH) e suas respectivas ideias centrais (IC) ou ancoragens (ANC) são apresentas nos quadros localizadas no Apêndice III.

Quadro 1- Perfil social, clínico e funcional dos idosos entrevistados

SUJEITO	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
PROCEDÊNCIA	DF	DF	DF	DF	DF	DF	MG	DF	MG
SEXO	HOM	FEM	FEM	FEM	FEM	HOM	HOM	HOM	FEM
ESCOL	ENSINO MÉDIO	ENSINO FUNDA.	ENSINO MÉDIO	ENSINO FUNDA.	ENSINO MÉDIO	ENSINO SUPERIO	ENSINO MÉDIO	ENSINO MÉDIO	ENSINO FUNDA.
IDADE	63	78	70	78	74	73	69	76	75
FUMANTE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
IMC	SOBR.	OBESO	NORMAL	NORMAL	OBESO	SOBR.	OBESO	NORMAL	SOBR.
ESPERA PARA CC (ANOS)	25 ANOS	8 ANOS	1 ANOS	10 ANOS	< 1 ANO	3 ANOS	3 ANOS	20 ANOS	< 1 ANO
TEMPO DE PÓS-OP.	3 ANOS	6 ANOS	2 ANOS	3 ANOS	3 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	2 ANOS	5 ANOS
AVD (KATZ)* PRÉ-OP.	3	5	6	6	1	6	5	4	3
AIVD (LAWTON-BRODY)** PRÉ-OP.	8	9	9	6	3	6	12	4	5
AUX. PARA LOMOÇÃO PRÉ-OP.	BENG	BENG	ANDADOR	BENG	CADEIRA DE RODAS	BENG	BENGALA	BENG	CADEIRA DE RODAS
MORBIDADES	NÃO	ARTRITE/AR TROSE	HAS	HAS/ ARTRITE/CA RDIO./ DM	HAS/ ARTRITE	DIABETES	HAS/DM/ CARDIO.	HAS	CARDIO.
QUEDAS	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
EVENTOS NÃO ESPERADOS NO PÓS-OP.	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
*Pontuação do Índice de Katz adaptado: 6- independente/4-Dependência moderada/2 ou menos= Muito dependente									
**Pontuação do Índice Lawton-Brody adaptado: 0-5: Dependência Total/ 6-11 Moderada Dependência/ 12-16 Independente									

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019

7. DISCUSSÃO

Durante as entrevistas os idosos relataram diferentes benefícios em realizar a cirurgia de ATQ e pontuaram importantes mudanças na saúde, qualidade de vida, funcionalidade e bem-estar. Dentre essas mudanças está a melhora da dor, da capacidade de andar, melhora da saúde e conquista da felicidade. Apesar da incapacidade e dependência experimentada pelo avanço da OAQ, a cirurgia possibilita uma positiva transição do idoso dependente para um idoso com vontade e capacidade para realizar atividades cotidianas, viajar, trabalhar e superar o isolamento social.

7.1 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E BEM-ESTAR PÓS ATQ.

A ATQ é uma cirurgia segura que proporciona melhora da dor, mobilidade do quadril, capacidade funcional e qualidade de vida (Shan et al., 2014). Os achados no presente estudo são semelhantes aos dos estudos com método quantitativo de avaliação da qualidade de vida, funcionalidade, mobilidade do quadril e dor pré e pós-operatória. Shan et al. (2014) em uma meta-análise observou que 95% dos pacientes relatam satisfação pós-cirurgia por possibilitar a prática de atividades de lazer, 96,8% passariam pelo procedimento novamente e 97% estavam satisfeitos com o nível de alívio da dor e melhora da capacidade funcional.

Dos 9 idosos entrevistados, 8 relataram que o principal benefício da ATQ foi a melhora da dor, e entre esses, 6 destacam que além da redução da dor tiveram melhora da mobilidade e funcionalidade do quadril adquirindo a capacidade de andar e transformar suas vidas.

DSC- Melhora da dor e mobilidade do quadril;

Eu não tive mais dores, as dores foram, acabaram tudo. As dores eram terríveis, não conseguia ficar em pé, não conseguia movimentar, nem sentar direito eu conseguia, só tomando remédio, comprimido e hoje em dia foi tudo eliminado,

depois da cirurgia melhorei 100%, eu ando numa boa para todo lugar sem sentir mais nada e retomei as caminhadas. Vida nova.

A transição é uma passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para o outro, sendo um processo difícil de readequação de papéis, estruturação física e adaptação de novas responsabilidades tanto individuais como coletivas. É importante lembrar que para Meleis (2014) as mudanças presentes na troca de papéis sempre são positivas, pois possibilitam o aprendizado e crescimento da pessoa que vivencia a transformação, mas nem sempre resultam em hábitos e vida saudável.

Após análise dos discursos é possível apreender que os processos de transição dos idosos em pós ATQ são experiências marcantes de mudança e transformação de vida, resultando em uma vida mais saudável e prazerosa. O papel antes vivido pelo idoso e sua família, de dependência, dor e limitações, é superado para um novo papel, de idoso capacitado, sem dor, com vontade e independência para realizar atividades básicas do dia e superar o isolamento social. Outro aspecto pouco relatado nos estudos quantitativos, mas que surgiu nas entrevistas, é a satisfação dos pacientes em não mais utilizar analgésicos, que pelo discurso dos idosos ajudava na dor, mas prejudicava outros órgãos como o estômago e aumentava a pressão arterial.

DSC – Melhora da saúde e bem estar;

Melhorou bastante, nossa Deus. Se eu não tivesse feito, eu acho que eu já tinha até morrido. As dores que eu sentia me incomodavam, eu não dormia, me deixavam fora do eixo. Por mais bela que fosse a festa eu não curtia, eu não tinha prazer, só pensava em ir para casa e ficar deitada. Eu colocando a prótese eu evito de tomar muitos analgésicos que dá gastrite e aumenta muito a pressão. E até nisso ajudou, eu diminuir os remédios que eu tomo para a pressão. Hoje tem hora que eu nem lembro que eu fiz a cirurgia, não sinto nada, agora eu sou feliz.

O uso crônico de analgésicos e anti-inflamatórios está relacionado com o aumento em 90% de doenças gástricas, hepáticas e renais, além de contribuir para a elevação dos níveis pressóricos. (Torres et al., 2015). A percepção do idoso quanto à melhora da gastrite e hipertensão arterial é real, já que após a cirurgia a dor é reduzida e a necessidade de ingerir analgésicos também. Outro fator que pode contribuir para melhora da pressão arterial é a própria melhora da dor, já que essa contribui significativamente para o aumento da pressão arterial (Sacoò, 2013; Bettiol et al., 2017).

Porém, os processos transicionais são dinâmicos, individuais, complexos e multidimensionais e as transições não acontecem de forma única entre todos os idosos. Na presente pesquisa 2 idosos destacaram a permanência de dores e limitações em outras articulações, mostrando dificuldade em vivenciar um processo de transição com saúde.

DSC- Não melhora da saúde e bem-estar;

Não melhorou porque a outra atrapalhou, então a outra me complicou muito porque eu fico com medo de sair, de caminhar até dentro de casa

A osteoartrose pode acometer uma ou mais articulações, sendo que pacientes com mais de uma articulação comprometida tem mais queixas de dor, maior grau de dependência e limitação funcional e maior ocorrência de depressão e sofrimento emocional (Hofstede et al., 2018). Dos idosos entrevistados 3 tinham artrite ou artrose em outras articulações, sendo que a equipe de saúde deve considerar que esse perfil de paciente, com múltiplas articulações comprometidas, tem mais dificuldade em atingir controle da dor, melhora da capacidade funcional e qualidade de vida, adequando exercícios e metas para a realidade do paciente. A OAQ avançada pode causar alta dependência no idoso, e esse necessitar de cadeira de rodas e ficar totalmente dependente de familiares ou cuidadores para realizar atividades simples como tomar banho ou vestir roupa. Devido às modificações funcionais e de anatomia corporal a percepção do idoso em estar preso a um corpo deteriorado e inútil é um fator que está presente no período pré-

operatório, causando um “complexo de inferioridade” e contribuindo para o isolamento social do idoso. (Cheng et al, 2015; Monteiro, 2003, p.70-90)

Dentre os idosos entrevistados uma era dependente de cadeira de rodas antes da cirurgia e após a ATQ recuperou a capacidade de andar e independência para realizar seu autocuidado, superando um estado de dependência que configurava humilhação, passividade e morte.

DSC- Dependência de cadeira de rodas e incapacidade como humilhação;

Uai foi deu andar né? Sair daquela cadeira de rodas que era duro, humilhante né? Todo lugar que precisa de ir tinha que tá pedindo um para levar né?

Com a fala dessa idosa é possível entender que a cadeira de rodas e a dependência pode significar um fardo pesado e humilhante, e conseguir a independência é um resgate da vida.

No estudo longitudinal ELSI-Brasil, que teve como objetivo analisar a saúde dos idosos brasileiros, Giacomini et al (2018) estimou que 12,5 milhões de brasileiros com mais de 50 anos possuem dificuldade em realizar pelo menos uma ABVD e que essa incapacidade aumenta com a presença da osteoartrose.

No presente estudo, quando aplicado o índice de KATZ adaptado, foi observado que 4 idosos tinham dependência de moderada a grave para realizar ABVD's e 8 idosos apresentavam dependência de moderada a grave para AIVD's quando avaliado com o índice de Lawton-Brody adaptado (QUADRO 1) O fenômeno observado nesse estudo exemplifica o curso progressivo da incapacidade funcional em idosos, que é um processo e não acontece de forma isolada, tendo uma hierarquia progressiva de avanço (primeiramente tem a perda da capacidade em realizar AIVD's progredindo para incapacidade em realizar ABVD's) e quando a causa não é identificada o curso natural da incapacidade é seu agravamento e difícil reversão (Alves et al, 2008).

Dos 9 idosos entrevistados as principais atividades com incapacidades eram banho, vestuário, marcha comunitária, capacidade em dirigir ou realizar atividades domésticas. Mas pós-cirurgia, a maioria (6 idosos) restabeleceram a independência e a capacidade para o autocuidado e voltaram a realizar a marcha comunitária.

DSC - Independência para ABVD's e AIVD's adquirida pós ATQ;

A perna não dobrava, não fazia certos movimentos, não conseguia subir uma escada sem auxílio de um apoio, não aguentava abaixar. Se caísse alguma coisa no chão era muito difícil pegar, vestir roupa, tudo tinha que alguém auxiliar porque a perna foi endurecendo e eu não conseguia dobrar. Depois da cirurgia eu consigo fazer tudo sozinha, hoje eu já faço caminhada e nem lembro mais do quadril.

Quando começou esse problema eu tive que ficar parado em casa, não conseguia dirigir, não tinha condições de ficar sentado, a perna doía muito, dava câimbra toda hora tinha que tá movimentando, me incomodava bastante. Agora eu pego ônibus, consigo fazer os trabalhos domésticos, passo pano na casa, já consigo até lavar o carro com um pouco de cuidado, dirijo, viajo muito.

Outros 2 idosos (S2 e S8) relataram que realizam as ABVD's ou AIVD's, mas com dificuldade ocasionada pela dor em outras articulações, e mesmo depois da prótese a dor nessas articulações tem gerado incômodo e limitação, principalmente para realizar a marcha comunitária, tarefas domésticas ou praticar atividade física. O S8 aguarda cirurgia de ATQ no outro quadril e S2 tem artrose diagnosticada nos joelhos.

DSC- Independente para ABVD's ou AIVD's, mas com dificuldade;

Eu faço tudo, lógico que os joelhos ou o quadril direito é que me atrapalham agora.

Esporte eu gostaria de praticar algum, mas não consigo e atividade física também sou relaxada, também não procurei fazer. Como estou com os joelhos me doendo muito eu fico nervosa cada vez que eu vou fazer uma caminhadinha e não dou conta de chegar onde eu quero, aí tenho que parar e isso me incomoda.

É importante destacar que o discurso de satisfação e melhora da dor e da capacidade é predominante entre os idosos, mas a recuperação da capacidade funcional não foi linear entre o grupo estudado, reforçando que o estabelecimento da incapacidade e recuperação são processos individuais, complexos e multifatoriais (Alves et al, 2008).

Em uma análise de diferentes estudos de coorte realizado na Holanda, para reconhecer a influência dos determinantes pré-operatórios na recuperação da funcionalidade pós ATQ e ATJ, foi possível concluir que pacientes com OA com maior qualidade de vida, melhor funcionalidade e menor nível de dor no pré-operatório têm melhores resultados no pós-operatório. E idosos com maior idade e nível de IMC tem menor ganho funcional no pós-operatório (Hofstede et al, 2018).

Na presente pesquisa, todos os 3 idosos com obesidade no pré-operatório (S2, S5 e S7) relataram manutenção de alguma incapacidade, seja para marcha comunitária, utilizar transporte público, tarefas domésticas e/ou dores em outras articulações que limitavam a realização de ABVD's. Um dos idosos (S7) relatou que se sente uma pessoa limitada, pois a prótese requer cuidados, e apesar desses cuidados não afetarem sua capacidade em realizar ABVD's, limitam a realizar tarefas domésticas e exercícios físicos pelo medo de cair.

DSC- Sentimento de limitação gerado pela idade e cuidados com a prótese

A gente se torna uma pessoa limitada porque a prótese requer cuidados e sei que eu não sou uma pessoa normal. Por exemplo eu não posso cruzar as pernas, sentar em local baixo, chutar, correr, mas reconheço que a idade não favorece de fazer muita arte né? Mas eu tomo banho sozinho, visto sozinho, ando sozinho tudo com cuidado.

Algumas atividades domésticas eu me limito a fazer, porque eu tenho medo de escorregar e cair em um piso liso e úmido, então eu tenho que me proteger.

É interessante observar que nesse discurso o processo de transição vivenciado pelo idoso é sempre relatando cuidados com a prótese, limitações geradas com a idade, medo de queda e a afirmação de que ele não se sente uma pessoa normal depois da ATQ, assumindo que uma pessoa não limitada seria o jovem com capacidade para correr, praticar esportes e “fazer arte”. Pensamento comum em nossa sociedade, onde ser idoso é sinônimo de falência, incapacidade, dependência e morte. Mesmo com melhora da dor e da saúde o idoso não consegue enxergar suas potencialidades sem lembrar-se dos cuidados com a prótese, das limitações que permanecem geradas por outras morbidades e principalmente o medo de cair, que é algo que ele foi orientado a tomar cuidado (Monteiro, 2003, p. 64-81).

7.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE E VONTADE DE REALIZAR O CONVÍVIO COMUNITÁRIO

O envelhecimento com autonomia e independência é o almejado por toda a sociedade e avaliar a qualidade do envelhecimento somente pela ótica da independência em realizar ABVD's ou AIVD's não abrange toda a complexidade do envelhecer saudável, pois muitos idosos possuem independência, mas vivem com isolamento social, a falta de oportunidade de realizar o convívio comunitário e todas as consequências emocionais e psíquicas de não ter mais espaço na sociedade para conviver e se expressar enquanto seres independentes e autônomos (Alves et al., 2008; Minayo e Coimbra, 2011). Na meta análise conduzida por Holt-Lunstad (2015) foi possível observar que o isolamento social contribui para a desregulação neuroendócrina, distúrbios na função autonômica e controle da pressão arterial, além de facilitar escolhas menos saudáveis, aumentando os riscos para desenvolver doenças crônicas (Holt-Lunstad et al., 2015). É esperado que os idosos que tenham OAQ sofram o isolamento social, pois a dor e a limitação do movimento impedem que o idoso participe de atividades de lazer, laborais ou religiosas (Aresti et al, 2016).

Na pesquisa avaliamos a capacidade e vontade para o convívio comunitário, apesar de todos relatarem ter vontade de realizar atividades de lazer, 3 afirmaram

ter limitação para o convívio comunitário devido a locomoção (não dirige e não consegue utilizar transporte público) e 2 afirmaram ter capacidade de lazer, mas não se sentem capazes de trabalhar.

DSC- Idoso avalia que possui capacidade para realizar o convívio comunitário;

Depois da cirurgia viajo muito, saio muito de casa e não tem problema de eu andar por aí, porque estou muito bem da minha cirurgia.

Entre os motivos relatados pelos 5 idosos que afirmaram não ter capacidade para o convívio comunitário (lazer e ou trabalho) estão a dependência do outro para sair de casa, dificuldade em dirigir e incapacidade laboral devido à problema de visão.

DSC- Idoso avalia que tem dificuldade para realizar o convívio comunitário;

Não, trabalhar e dirigir eu não consigo. Porque eu tenho problema da minha visão, se não fosse eu tava dirigindo, depois que eu fiz a cirurgia eu andava para todo lado.

Posso, mas tem coisas que tem as limitações. Por exemplo, andar de ônibus, já fica mais difícil para subir, mas se tiver eu viajo. Inclusive minha vizinha me chamou para viajar, minha filha que não quer. Minha filha que não deixa.

Mesmo com a melhora da dor, mobilidade e independência para realizar ABVD's e AIVD's a capacidade para o convívio comunitário requer outras estruturas não relacionadas somente ao indivíduo e sim a estruturas comunitárias e coletivas (Dias et al., 2010). Viajar, estar integrado a um grupo de convivência, praticar atividades de lazer e trabalhar são importantes atividades para combater o isolamento social e suas consequências, como depressão, agravamento de morbidades, quedas e incapacidades. (Holt-Lunstad et al., 2015; Dias et al., 2010).

Para realizar tais atividades é necessário fazer marcha comunitária, dirigir ou ser capaz de utilizar o transporte público. Uma rede comunitária acessível para os idosos, com vias públicas seguras, transporte público amplo e acessível para a população com dificuldade de locomoção, são condições que os idosos relataram não ter, o que dificulta a participação em atividades de convívio comunitário.

Diante do envelhecimento populacional a OMS divulgou em 2008 o guia Cidade Amiga do Idoso, que tem como objetivo sensibilizar políticos, autoridades, gestores e a sociedade em geral para proporcionar saúde, participação e segurança para a população que envelhece. Nesse guia tem orientações referentes a diferentes aspectos de modificação e adaptação dos espaços privados e coletivos das cidades, em especial a oferta de transporte adequado, adaptado, acessível e seguro para viabilizar a mobilidade do idoso pela cidade, estimulando o envelhecimento ativo (OMS, 2008).

Um elemento importante que surgiu na fala de uma idosa é seu desejo de viajar com a vizinha, mas o empecilho é sua filha, que em um ato de proteção a proíbe de fazer essa viagem com receio de algo acontecer. A interferência da família nas escolhas do idoso é comum e por vezes a superproteção prejudica a independência e autonomia do idoso, causando conflitos de papéis e tensões nas relações familiares. (Monteiro, 2003, p.169). A filha tem a dificuldade de entender a mudança de papel social que a mãe sofreu pós ATQ, pois se antes a mãe era uma idosa incapacitada, dependente e isolada, hoje a mesma pessoa recuperou sua capacidade de autocuidado e vontade em realizar atividades que antes geravam sofrimento. Esse fato nos mostra a importância de integrar a família durante as atividades de reabilitação para favorecer que filhos, esposas e maridos modifiquem suas percepções do idoso, que após a ATQ sofre significativa expansão de desejo e potencialidade.

A mudança na família, gerando inversão de papéis, superproteção e agravamento da dependência e limitação do idoso é um elemento que deve ser trabalhado pela equipe de enfermagem nas consultas de pós-operatório, mostrando para o idoso e a família a importância do convívio comunitário, e ensinando a eles em como participar das atividades de forma segura.

Quando questionados sobre a vontade em realizar atividades de lazer e trabalho, todos os idosos relataram vontade para o convívio comunitário, apenas um

deles afirmou não ter vontade de trabalhar em contraposição a outra idosa que afirmou ter vontade inclusive de trabalhar, mas como depende de outros para sair de casa não realiza tal atividade.

DSC- Idoso afirma ter vontade de realizar o convívio comunitário, principalmente viagens e atividades de lazer;

Tenho vontade, sempre viajo, não vou parar de viajar enquanto Deus me der força eu vou viajar todos os anos. Agora no dia 14 de janeiro eu fui ao casamento da minha neta, mas foi a melhor coisa que já passou na minha vida foi essa viagem que eu fiz para lá. Tenho vontade inclusive de sair de casa para trabalhar, se eu tivesse andando eu tava trabalhando.

DSC- Idoso afirmar não ter vontade de trabalhar;

Só uma coisa que eu digo para você, não tenho vontade nenhuma de trabalhar mais. Mas o resto tenho vontade de fazer todas as outras coisas.

O envelhecimento compromete a capacidade para o trabalho e estudos têm mostrado que o primeiro declínio ocorre aos 45 anos e a partir dessa idade se reduz 1,5% da capacidade laboral por ano, sendo que fatores como presença de doenças crônicas, percepção da saúde e anos estudados interferem na avaliação do idoso quanto a sua capacidade para o trabalho (Sampaio e Augusto, 2012). No Brasil 49,4% dos homens e 48,6% das mulheres relataram ter boa capacidade para o trabalho, sendo que boas condições de saúde no início da vida, escolaridade, auto percepção positiva da saúde e ausência de depressão ou outras doenças crônicas são fatores que influenciaram positivamente na capacidade para o trabalho do idoso (Castro et al., 2018).

No presente estudo todos os idosos afirmaram ter o desejo em participar do convívio comunitário, principalmente de atividades de lazer, mas apenas uma demonstrou desejo em retomar as atividades laborais, seja pela avaliação de falta de capacidade ou pela falta de vontade em realizar essa atividade específica. Mas temos que considerar que as doenças musculoesqueléticas têm importante impacto

negativo na capacidade laboral de adultos como foi observado em estudo longitudinal na Holanda e se expressou nas falas dos idosos. (Castro et al., 2018; Dias et al., 2010)

7.3 CONDIÇÕES FACILITADORAS OU INIBIDORAS DA TRANSIÇÃO

Para entender os processos de transição vivenciados pelos sujeitos, Meleis (2010) desenvolveu o conceito de condições facilitadoras ou inibidoras da transição, que são aqueles fatores que influenciam positivamente ou negativamente a pessoa a ter uma transição saudável.

Nesta pesquisa considerei como transição saudável aquela em que o idoso retoma sua independência, relata melhora da dor e mobilidade do quadril, afirma que sua saúde teve melhora após a ATQ e que em seu discurso predomina a satisfação com sua saúde e bem-estar. Essa característica está presente na maioria dos discursos de 8 dos 9 idosos entrevistados. Para entender quais condições facilitaram ou inibiram o processo de transição de um idoso incapacitado para um idoso sem dor e recuperando sua capacidade funcional, avaliamos três aspectos do indivíduo (estrutura arquitetônica da casa, condições socioeconômicas e apoio familiar durante o período pós-operatório) e dois aspectos da comunidade (estrutura arquitetônica do bairro e acesso a fisioterapia).

Conforme resposta dos idosos foi possível observar que dois dos aspectos individuais avaliados tem significativa interferência na recuperação pós-operatória: estrutura arquitetônica da casa e apoio familiar no período pós-operatório. As condições econômicas não fizeram diferença para 5 dos 9 idosos entrevistados. Quando questionados sobre a estrutura física da casa, 5 idosos afirmaram que uma casa simples, plana, com adaptações em banheiro e poucos móveis facilita a reabilitação pós-operatória, e foi recorrente a fala da necessidade de reforma para adaptar o banheiro e tornar todos os cômodos da casa planos ou com rampas, sobretudo as áreas externas.

DSC- Condições arquitetônicas da casa consideradas facilitadoras pelos idosos;

Só me ajudou. Porque minha casa é simples, não tem degrau, ela é toda plana, com poucos móveis, o quintal também é fácil nada escorregadio. Procuo dentro do possível não deixar tapete nem nada que eu poça tropeçar. Quando eu estava para cá um filho meu reformou o banheiro, colocou barra, o Sarah deu o adaptador do vaso. Foi muito importante, tem dia que eu tomo banho sentada no vaso. O quintal e a área da frente também reformaram, antes era uma buraqueira só, agora cimentaram tudo, a chegada da minha casa é lisinha.

A percepção de um ambiente seguro, adequado e adaptado como facilitadores para a reabilitação pós-operatória entre os idosos estudados reflete a necessidade que esses tiveram de apoio e adaptação no domicílio para desempenhar suas atividades cotidianas com segurança e independência. Ambientes inadequados então intrinsecamente relacionados com a ocorrência das quedas, evento com grandes prejuízos para a população idosa, com a ocorrência de fraturas, lesões cerebrais, restrições ocasionadas pelo medo de cair, perda de autonomia e isolamento social (Oliveira et al.,2014). No estudo ELSI-BRASIL a prevalência de queda entre idosos brasileiros foi de 25,1%, e ela é maior entre as mulheres e em idades mais avançadas. A presença de artrite ou reumatismo aumenta em 20% a ocorrência de quedas entre os idosos brasileiros (Pimentel. et al., 2018).

Dos idosos entrevistados 5 tinham histórico de quedas no período pré-operatório (S1,S4,S5,S6,S8) e discurso relatando a ocorrência de queda no pós-operatório, medo ou preocupação com a queda foram recorrentes entre os idosos estudados, mostrando que essa população mesmo após a cirurgia mantém vulnerabilidade para a ocorrência de quedas. Dos idosos que relataram que a estrutura física da casa dificultou o processo de recuperação pós-operatória, a presença de barreiras arquitetônicas, banheiro pequeno, casa alugada e apartamento sem elevador foram condições inibidoras para a reabilitação pós ATQ. Um idoso afirmou que teve de mudar de moradia devido as dificuldades em subir 4 andares de escada em apartamento sem elevador.

DSC- Condições arquitetônicas da casa consideradas inibidoras pelos idosos;

Dificultou, porque eu moro de aluguel e minha casa tem degraus. Degrau para entrar, degrau para sair. Dentro de casa mesmo tenho que andar na cadeira. O banheiro, era pequeno, não cabia a cadeira de rodas, para entrar com a bengala tinha que entrar segurando nas paredes.

Antes eu morava em um apartamento no 4º andar e não tinha elevador, depois da prótese tivemos que mudar, mas a nova casa não estava preparada porque tem um batente, casa antiga que não foi feita uma manutenção adequada, então dificulta andar pela casa.

Os fatores extrínsecos têm importante relevância como desencadeador para a ocorrência de quedas. A presença de piso escorregadio aumenta em 1,39% a chance de queda e barreiras arquitetônicas, irregularidades nos pisos e tapetes são os grandes responsáveis pelas quedas entre os idosos no ambiente domiciliar (Oliveira et al. 2014). Conforme respostas dos idosos, as condições arquitetônicas da casa são importantes condições facilitadoras ou inibidoras do processo de transição situacional em que o idoso vive pós ATQ. Casa plana, com poucos móveis, ausência de barreiras arquitetônicas, banheiro adaptado com barra de apoio e assento do vaso elevado facilitaram a reabilitação pós ATQ.

A estrutura do bairro também é um importante fator de risco para a ocorrência de quedas entre a população idosa. Em três estudos de base populacional mais da metade das quedas ocorreram fora de casa (54-56,9%) (Oliveira. et al.. 2014). Pimentel et al (2018) observou que 56,1% dos idosos brasileiros tem medo de cair nas ruas por defeito no passeio. E é importante destacar que o medo da queda é um fator de isolamento social e incapacidades. (Holt-Lunstad et al., 2015)

Apesar dos riscos envolvidos com a marcha comunitária em calçadas inadequadas, 4 idosos (S2, S4, S5,S8) afirmaram que a estrutura física do bairro não fez diferença na reabilitação pós-operatória , pois conseguem subir meio-fio, desviar de irregularidades quando necessário ou que não costumam andar pelo bairro.

DSC- Estrutura arquitetônica do bairro não influenciou na recuperação pós-operatória;

Não fez diferença nenhuma não. Porque eu não saio, fico mais em casa. Ali no bairro vou no máximo até o comércio que tem um meio-fio para subir e descer, que eu subo e desço numa boa ou eu saio de carro e volto de carro, não tenho saído para andar.

A avaliação de que as condições dos bairros não fizeram diferenças na recuperação pós-operatória, pode estar relacionado com a preferência do idoso em realizar a reabilitação em domicílio, seja por uma crença cultural sobre a convalescença pós-operatória seja pelo comodismo em permanecer em casa como descreve uma idosa que tinha o hábito de andar muito antes do desenvolvimento da OAQ, mas que depois da cirurgia ficou acomodada e mesmo sem dor não retomou o hábito das caminhadas.

“O que aconteceu quando começou esse problema é que eu tive que ficar parada em casa. Porque eu andava, mas andava, andava... e ai pronto de uma hora para outra eu não pude mais ficar andado, tive que ficar mais em casa [...] Hoje eu saio de casa, mas não é muito. Não é muito, porque eu acho que me acomodei né?”(S3)

A presença de terreno plano, asfaltado ou com grama, a proximidade da casa com o comércio e a capacidade em subir ou descer degraus foram descritas por 3 idosos (S6, S7 e S9) como condições facilitadoras para a reabilitação pós-operatória.

DSC: Condições arquitetônicas do bairro consideradas facilitadoras pelos idosos;

Facilitou, tudo é simples, tem a gramínea, tudo asfaltado e perto de casa. Eu subo e desço escada normalmente, onde tiver um lugar com escada eu vou sem problema.

Todos os pacientes que realizam ATQ no Sarah-Brasília são treinados pela fisioterapia para subir e descer degraus, além de andar em terrenos irregulares e entrar e sair do carro. Uma atividade de reabilitação que influenciou na avaliação do idoso para descrever o degrau não mais como uma barreira limitante, e sim pela sua capacidade de superar e desviar de obstáculos. Buracos, irregularidades e ondulações nas calçadas foram descritas por 2 idosos (S1 e S3) como condições inibidoras para a reabilitação pós-operatória. Destacando na fala a preocupação com quedas relacionadas à marcha comunitária e o esforço em andar pelo bairro e não se submeter ao isolamento social.

DSC: Condições arquitetônicas do bairro consideradas inibidoras pelos idosos;

A rua é um perigo, um terror. Com cuidado dá para sair, mas tem muitas ondulações, muito quebra mola, toda esburacada. Para andar tem que procurar lugares adequados para pisar, evitar quedas. Dificulta não só para mim, mas para todas as pessoas que tem esses problemas, mas aí a gente tem que fazer uma forcinha e andar.

A condição econômica foi outro fator que para 4 idosos (S2, S3, S7 e S8) não fez diferença para a reabilitação pós-operatória. Dentre as justificativas está o fato de terem uma renda fixa proveniente da aposentadoria, auxílio dos filhos e o fato do atendimento ser público e não terem de arcar com os custos da cirurgia. O interessante é que essas mesmas condições para outros idosos foram colocadas como facilitadoras e fundamentais para o sucesso da cirurgia.

DSC- Condição econômica não fez diferença para a recuperação pós ATQ;

Não fez nenhuma diferença, sou aposentada por viuvez e o Sarah atende minhas necessidades. Eu tive ajuda das minhas filhas e família, então foi tranquilo.

O idoso ter renda é um fator importante para a longevidade saudável com independência e autonomia. Estudos mostram que o idoso sem ou com baixa renda está mais susceptível as doenças crônicas e suas complicações, tem maior ocorrência de incapacidades, perdas cognitivas, quedas e maior ocorrência de fragilidade (Andrade et al., 2018). A aposentadoria cumpre um importante papel para prevenir a pobreza na velhice. No Brasil 80% das pessoas com 60 anos ou mais tem renda proveniente do sistema previdenciário e em nossa pesquisa a estabilidade proporcionada pela aposentadoria interferiu no julgamento dos idosos quanto às condições econômicas facilitadoras ou inibidoras para a reabilitação pós ATQ (Andrade et al., 2018).

Receber aposentadoria e ter acesso ao serviço público de saúde também foram percebidos por 3 idosos (S9, S4 e S1) como fatores facilitadores para a reabilitação pós ATQ, principalmente quando a pensão por viuvez ou aposentadoria individual são as únicas fontes para garantir a subsistência do idoso.

DSC: Fatores econômicos que facilitaram a recuperação pós ATQ;

Ajudou, ajudou bastante. Eu vivo da minha aposentadoria e do meu esposo que faleceu é com isso que sobrevivo, então esse dinheiro ajuda bastante e no Sarah eu não gastei com nada.

No estudo ELSI-Brasil a percepção de que a renda era sempre ou frequentemente suficiente para as despesas foi maior nos idosos que recebiam aposentadoria, o que fortalece as falas dos idosos quanto à estabilidade que a previdência social concede no período de reabilitação pós-operatória. (Andrade et al., 2018). Outro facilitador econômico importante para os idosos é o fato da ausência de custos para realizar a cirurgia, sendo que para a maioria o Sarah foi

suficiente para atender suas demandas de saúde e reabilitação. Uma idosa, porém, afirmou que a ausência de dinheiro dificultou sua recuperação pós ATQ, pois gostaria de ter condições de pagar uma fisioterapia particular.

DSC- Condição econômica como inibidora para a recuperação pós ATQ;

Dificultou. Porque se eu tivesse dinheiro eu poderia estar fazendo fisioterapia.

É importante lembrar que essa idosa permaneceu dependente de andador e cadeira de rodas para locomoção e provavelmente tem a expectativa de que se continuasse a realizar a fisioterapia particular teria melhores resultados para andar sem auxílio, por compreender que o serviço particular é melhor que o público, ou pelo desejo de se manter em atividade.

No Brasil 12% da população idosa depende exclusivamente do sistema único de saúde (SUS) e essa dependência aumenta em idades mais avançadas. (Ferreira et al., 2018). Mas temos que lembrar que a ATQ é uma cirurgia cara, que nem sempre os planos de saúde oferecem o tratamento e que raramente os idosos com renda média de um salário-mínimo conseguem pagar os planos privados. No período de 2012 a 2016, o Sarah realizou 52% de todas as ATQ do Distrito Federal, mostrando que esse hospital tem papel fundamental para o atendimento gratuito dessa população e há uma dependência do sistema público dessa região aos serviços da rede Sarah (Data Sus, 2019).

Nas entrevistas todos os idosos afirmaram que o apoio que receberam da família foi uma condição facilitadora para a reabilitação pós ATQ, pois filhos e companheiros ajudaram no autocuidado, realizaram trabalhos domésticos, deram apoio econômico, psicológico e emocional.

No Brasil mais de 58% dos idosos residem com duas ou mais pessoas, sendo que o estabelecimento de incapacidades aumenta a prevalência de idosos que residem acompanhados de esposas, maridos e/ou filhos. (Giacomin et al., 2018; Andrade et al, 2018). Nossas características culturais e sociais foram fundamentais para que no Estatuto do Idoso se estabelecesse que o principal responsável por cuidar do idoso seria a família, em seguida a sociedade, e por último, o Estado

(Mendonça, 2016, p. 61-73). Os achados da pesquisa reforçam essa característica familiar do cuidado ao idoso dependente.

DSC- Apoio familiar como condição facilitadora para a reabilitação pós ATQ;

Minha esposa me ajuda muito, ave Maria de mim se não fosse ela. Os meninos é o seguinte cada um tem seus locais de trabalho e ela mora comigo. Em casa eu não trabalho, porque não consigo ficar em pé muito tempo e andar eu tenho medo, então é ela quem me ajuda.

É uma das melhores coisas que tem para o paciente se recuperar, que é o calor humano. Principalmente o da família é importantíssimo para a gente, pois me passava segurança, firmeza para superar todas essas dificuldades que eu passei. Isso aqui não é filha isso aqui é uma mãe que eu tenho. Se não fosse ela eu teria que me virar de outra forma, mas ela me dá uma sustentação muito boa. O apoio dos meus filhos foi fundamental em tudo.

A solidão tem se tornado um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, pois as características sociais e culturais desses países reduzem as responsabilidades das famílias de cuidar dos idosos, transferindo essa para o estado e forçando cada vez mais idosos a morar sozinhos. (Holt-Lunstad et al., 2015). Esse fenômeno não é comum no Brasil e apenas 8,9% dos idosos brasileiros residem só. (Andrade et al., 2018)

Todos os pacientes que realizam a ATQ no Sarah têm acesso ao atendimento fisioterápico pré e pós-operatório fornecidos pela instituição, todas as necessidades de reabilitação são avaliadas por equipe multidisciplinar do hospital e a reabilitação não se restringe apenas aos exercícios orientados pelos fisioterapeutas, mas abrange treino de banho e vestuário compartilhado com a equipe de enfermagem, vivência de exercícios físicos para membros superiores orientados pelos educadores físicos, suporte psicológico e orientações sobre benefícios sociais fornecido pelos assistentes sociais durante o período da internação.

Esse suporte multidisciplinar é fundamental para os resultados positivos pós ATQ e nessa equipe o papel da fisioterapia reabilitadora é central para o restabelecimento da força muscular e da amplitude de movimento do quadril, possibilitando o idoso a andar e a realizar suas atividades cotidianas de forma independente (Snell, 2018). Diante da importância desses profissionais na reabilitação pós ATQ, foi questionado aos idosos se os exercícios propostos pelos fisioterapeutas facilitaram ou dificultaram a recuperação pós-operatória. Dos entrevistados, 6 afirmaram que a presença desses profissionais na reabilitação facilitou a recuperação pós-operatória.

DSC- Fisioterapia facilitou a recuperação pós ATQ;

Foi muito importante. Eu fiz a hidroterapia, que ajudou na recuperação em tudo. Uma maravilha, muito bom. Não tive dificuldade nenhuma. A especialização do pessoal do Sarah é fantástica, tratamento muito bom, de todo mundo.

Eu fiz a fisioterapia em casa mesmo, peguei um gabarito que eles me deram aqui e fui fazendo até a perna fazer os movimentos e foi o necessário.

A hidroterapia, o gabarito com orientações de como realizar os exercícios em casa e a especialização dos profissionais foram citados como condições facilitadoras para a recuperação pós-operatória.

O método Sarah de reabilitação, muito conhecido para reabilitação infantil, foi desenvolvido pela Dr^a Lúcia Braga e Dr Campos da Paz, tem como pressuposto a reabilitação baseada em princípios humanísticos. Desenvolvendo planos terapêuticos simples, adequados às características individuais de cada paciente, estimulando a participação da família e autonomia e independência do paciente (Braga e Campos, 2008). Ainda no período de internação pós-operatória os pacientes recebem uma impressão com orientações ilustradas dos exercícios que devem ser realizados na internação e posteriormente em domicílio. Durante esse período a execução dos exercícios é acompanhada por fisioterapeutas, realizando adaptações ou modificações quando necessárias, reforçado as orientações sobre os cuidados com a prótese e estimulação da independência durante as AVD's.

Outro profissional que acompanha a adesão do idoso aos exercícios e orientações de proteção articular é o enfermeiro. Que além de realizar cuidados com a ferida cirúrgica, manejo da dor, avaliação de sinais e sintomas de complicações, entre outras tarefas inerentes aos seu exercício profissional, desempenha o papel de educador, ensinado e acompanhando o idoso na realização das ABVD's (banho, vestuário e transferências), comportamento seguro para reduzir o risco de queda, reforça as orientações fornecidas pela equipe de fisioterapia e acompanha o paciente nas atividades de socialização e treino de marcha em superfícies irregulares. O enfermeiro e o fisioterapeuta trabalham em conjunto, para fornecer o melhor suporte reabilitador, possibilitando um processo de transição saudável para o idoso. Quando o paciente está apto para continuar com os exercícios em domicílio ele recebe alta, com todos os retornos ambulatoriais agendados. No ambulatório caso o paciente não esteja alcançando melhora da mobilidade do quadril a fisioterapia pode indicar hidroterapia ou hidroginástica a ser realizada no próprio hospital. Essa proximidade e integralidade entre diferente métodos de exercícios fisioterápicos facilita o acesso do paciente a terapêutica mais indicada para suas demandas, possibilitando o alcance de melhores resultados pós-operatórios.

Dois idosos (S8 e S9) afirmaram que a fisioterapia facilitou pouco ou nada na recuperação pós ATQ. Uma idosa afirmou que o método de realizar os exercícios em casa tem bons resultados quando ela os realiza, mas nem sempre ela faz como deveria, mostrando uma dificuldade de adesão às orientações fornecidas. Essa dificuldade de adesão pode estar relacionada com a paciente morar fora de Brasília e não ter oportunidade de frequentar o ginásio como os demais pacientes.

DSC- Fisioterapia não fez diferença para a recuperação pós ATQ;

Fez pouca diferença, porque a gente não cuida como precisa, mas o pouco que a gente faz a gente sente que tá legal.

Apesar da ATQ ser uma das cirurgias mais realizadas em todo o mundo e o bom desempenho do paciente estar relacionado com os exercícios prescritos pós cirurgia, poucos estudos conseguem determinar quais exercícios e em qual intensidade devem ser realizados.

Fisioterapia realizado em clinicas ou monitorado em casa tem resultados benéficos para o paciente, mas morbidades e características individuais dos pacientes podem influenciar os ganhos funcionais. Foi observado no presente estudo que todos os idosos obesos (S2,S5 e S7) relataram dificuldade em ter independência para convívio comunitário, pois a ausência de mobilidade nas cidades foi um importante determinante social de manutenção de incapacidades entre os idosos estudados (Snell et al.,2018).

8. CONCLUSÃO

Estudar o desfecho pós ATQ a partir do discurso de idosos reforçou achados relacionados com o tema, mas trouxe novos elementos pouco antes observados por pesquisadores e profissionais da saúde.

Mesmo com incapacidades, a maioria dos idosos que participaram do estudo tiveram de modo geral uma transição saudável, com melhora da dor, da capacidade para andar, redução da ingestão de medicações, melhora da saúde e bem-estar.

Em menor ou maior grau de recuperação, os idosos incapacitados tiveram restabelecimento da independência para realizar AVD's e AIVD's, demonstrando vontade em realizar o convívio comunitário, superando o isolamento social, mas nem todos relataram ter capacidade para realizar atividades fora do domicílio, sendo a mobilidade nas ruas uma barreira para atividades comunitárias.

Condições individuais como casa adaptada e apoio familiar foram reconhecidos pelos idosos como condições facilitadoras para a recuperação pós-operatória, já o acesso a fisioterapia foi a condição comunitária de maior relevância para facilitar a transição pós-operatória, principalmente a opção de ter diferentes métodos de tratamento em um mesmo local.

Os inibidores da transição foram as barreiras arquitetônicas em casa, banheiro não adaptado e bairros com calçadas desniveladas ou com buracos.

A presença do medo da queda ou a ocorrência da queda pós-operatória foram recorrentes, mostrando um sinal de alerta para os profissionais e a necessidade de orientar idosos em pós-operatório de ATQ sobre as mudanças ambientais e de comportamentos para evitar cair, mas sem transformar a prudência em medo de sair de casa.

Diante dos resultados contidos na pesquisa é claro os benefícios da ATQ para o tratamento da OAQ, mesmo em idosos incapacitados e limitados. Mostrando a necessidade de fortalecer e ampliar serviços multidisciplinares, públicos, que realizem a ATQ e proporcionem aos idosos uma vida de prazer e felicidade.

Mas além dessas ações é necessário o investimento na prevenção da osteoartrose que requer ações de combate a obesidade, sedentarismo e orientações desde a juventude sobre fortalecimento muscular e proteção articular. Apesar da

ATQ ser uma cirurgia segura e benéfica ela é cara, sua indicação está relacionada com queixa e sofrimento do paciente e sobrecarga da família. Situação que poderia ser evitada prevenindo a OAQ.

A partir dos achados dessa pesquisa é possível sugerir frentes de ações para melhorar a assistência de enfermagem desde o pré-operatório até o pós-operatório tardio. Aproveitando que esse profissional está presente em todos os momentos do paciente submetido a ATQ é importante no plano de cuidados do enfermeiro conter ações educativas sobre prevenção de quedas, avaliação do ambiente domiciliar sugerindo adaptações viáveis e acessíveis as condições econômicas do idoso e planejar em conjunto com o idoso e a família a incorporação de atividades comunitárias em sua rotina.

Os profissionais devem considerar as diferentes alternativas de mobilidade presentes onde o idoso reside e uma possibilidade de ampliá-las é a fisioterapia em conjunto com o enfermeiro treinar com o idoso a utilização do transporte público, pois a vivência pode trazer segurança e mostrar para a família e o idoso que ele é capaz de utilizar o transporte público com algumas orientações de segurança.

A mobilidade foi um importante determinante social que influenciou na manutenção de incapacidades, sendo necessário o poder público investir na ampliação de ônibus e metrô adaptado, manutenção de calçadas e construção de rampas de acesso para viabilizar o convívio comunitário dos idosos com dificuldade de locomoção.

Os achados dessa pesquisa são restritos a população estudada, tendo a limitação da quantidade de entrevistados e o tempo de coleta. É necessário ampliar os estudos sobre os fatores facilitadores ou inibidores da transição em idosos submetidos a ATQ, como o fator cultural e crenças acerca da cirurgia e reabilitação pós-operatória.

É necessário ampliar o número de pesquisas qualitativas com a população submetida a cirurgias ortopédicas, pois suas falas trazem riquezas de experiências vividas, que ajudam a equipe de saúde a melhorar sua assistência e o poder público a desenvolver políticas públicas que podem suprir as necessidades dessa população.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. C.; LEITE, I. DA C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199–1207, 2008.
- ALMEIDA, Camila *et al.* Capoterapia Como Meio de Inclusão Social para Idosos. **Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 582-587, abr.2019.
- ANDRADE;, E. I. G. et al. Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos : ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**, p. 1–12, 2018.
- ANDRADE, J. M. et al. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros : ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2:17s, p. 1–10, 2018.
- APÓSTOLO, João Luís. Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**, Coimbra, 2012. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo. Acesso em: 02 de jul. 2012
- BETTIOL, C. H. DE O. et al. Fatores preditores de dor em idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2006 e 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.
- BRAGA, Lúcia Willadino; PAZ JUNIOR, Aloysio Campos da. **Método Sarah - Reabilitação Baseada na Família e no Contexto da Criança com Lesão Cerebral**. São Paulo: Editora Santos, 2008.
- CASTELL, M. V. et al. Osteoarthritis and frailty in elderly individuals across six European countries: results from the European Project on OSteoArthritis (EPOSA). **BMC musculoskeletal disorders**, v. 16, n. 1, p. 359, 2015.
- CASTRO;, C. M. S. DE et al. Curso da vida e capacidade para o trabalho entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev Saúde Publica**, v. 52, p. 108–125, 2018.
- CHAIMOWICZ, FLÁVIO. **SAÚDE DO IDOSO**. BELO HORIZONTE: NESCON UFMG, 2013.
- CHENG, R.T.S. et al. Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. **Disability and Rehabilitation**, v.37, n. 1, p. 9-24, 2015

- Ministério da Saúde. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qidf.def>. Acesso em: 15/05/2019
- DIAS, E.G; DUARTE, Y.A.O; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 258–267, 2010.
- DIBONAVENTURA, M. et al. Evaluating the health and economic impact of osteoarthritis pain in the workforce : results from the National Health and Wellness Survey. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 12, n. 1, p. 83, 2011.
- FERREIRA, M. DE C. et al. Total knee and hip arthroplasty: the reality of assistance in Brazilian public health care. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 53, n. 4, p. 432–440, 2018.
- GIACOMIN, K. C. et al. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1–11, 2018.
- HOFSTEDDE, S. N. et al. The influence of preoperative determinants on quality of life, functioning and pain after total knee and hip replacement: A pooled analysis of Dutch cohorts. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2018.
- HOLT-LUNSTAD, J. et al. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 2, p. 227–237, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos moradores 2012-2016. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Brasil, 2017
- LEBRÃO, M. L; LAURENTI, R. O Estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 127–141, 2005.
- LENZA, M. et al. Epidemiology of total hip and knee replacement: a cross-sectional study. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 2, p. 197–202, 2013.
- LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria C. O discurso do sujeito coletivo: um nome enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS. 2003
- LOMBARDI, A. V. et al. Do patients return to work after total knee arthroplasty? **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 472, n. 1, p. 138–146, 2014.

- LOURENÇO, R. A. et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 121–135, 2018.
- MAGALHÃES, Lucimara; ANDRADE, Sônia. Depressão e Comportamento Suicida: Atenção Primária em Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Mato Grosso do Sul, v. 11, n. 1, p. 99-107, jan./abr. 2019.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Idosos no Brasil: políticas e cuidados**. Curitiba: Juruá Editora, 2016.
- METRICS, G. H. Global , regional , and national incidence , prevalence , and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries , 1990 – 2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**. v. 390, p. 1990–2016, 2018.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza ; COIMBRA JR., Carlos E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2011.
- MINAYO, M. C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, p. 621-626, 2012
- MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE**. SÃO PAULO: EDITORA HUCITEC, 2006.
- MONTEIRO, PEDRO PAULO. **ENVELHECER: HISTÓRIAS, ENCONTROS, TRANSFORMAÇÕES**. BELO HORIZONTE: AUTÊNTICA EDITORA, 2003
- OLIVEIRA, A. S. DE et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637–645, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade amiga do idoso**. Genebra, 2008.
- PIMENTEL, W. R. T. et al. Quedas entre idosos brasileiros residentes em áreas urbana: Elsi-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Suppl 2, p. 1s-9s, 2018.
- SACOÒ, M. et al. The relationship between blood pressure and pain. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 15, n. 8, p. 600-605, 2013.

SADR, A. et al. The impact of tobacco use and body mass index on the length of stay in hospital and the risk of post-operative complications among patients undergoing total hip replacement. **The journal of bone and joint surgery**, v. 88, n. 10, p. 1316-20, 2006.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. Envelhecimento e trabalho: Um desafio para a agenda da reabilitação. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 2, p. 94–101, 2012.

SHAN, L. et al. Total hip replacement: A systematic review and meta-analysis on mid-term quality of life. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 22, n. 3, p. 389–406, 2014.

SNELL D. L. *et al.* Rehabilitation after total joint replacement: a scoping study. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n.14, p.1718-1731, 2018.

TORRES, G. et al. Automedicação em Indivíduos com Osteoartrose Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 291–298, 2015.

VALLE, L. G.; VALLE, Y. L. Hip osteoarthritis. **FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria**, v. 23, n. 1, p. e17, 2016.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: **ANÁLISE DO DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO DOS IDOSOS SUBMETIDOS A PRÓTESE DE QUADRIL EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO.**

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará o resultado pós cirurgia dos idosos submetidos à prótese total de quadril, atendidos no Hospital Sarah-Brasília-DF.

Você foi selecionado(a) porque possui mais de 60 anos, realizou a cirurgia entre o período de 2012 a 2016 e não tinha outra prótese antes desse período. A sua participação nesse estudo consiste em responder entrevista, sobre as dificuldades enfrentadas na recuperação após a cirurgia, fatores que ajudaram ou dificultaram nessa recuperação, os ganhos e perdas de funcionalidade e qualidade de vida após a realização da cirurgia de prótese de quadril.

As entrevistas vão ser gravadas, transcritas pela mesma pesquisadora que realizou as entrevistas e arquivadas por um período de 5 anos após a publicação do artigo científico, em sigilo sem a identificação do entrevistado. Após esse período as gravações e transcrições serão descartadas em local apropriado e não armazenadas em HD ou qualquer outro dispositivo de armazenamento digital.

Sua participação é voluntária, não interferindo no seu atendimento no Hospital Sarah. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

A pesquisa prevê riscos mínimos em relação a sua participação. Caso lembrar ou compartilhar as dificuldades enfrentadas com a recuperação após a cirurgia e limitações que ainda persistem, durante a entrevista, lhe traga tristeza ou outra reação emocional

poderemos conversar sobre elas ou você poderá abordá-las com a equipe de psicologia do Hospital Sarah.

No Brasil temos poucos estudos sobre o desfecho pós-cirurgia de idosos submetidos a prótese de quadril, os resultados dessa pesquisa servirão para melhorar a reabilitação pós-operatória, revisar protocolos assistenciais, além de fornecer dados para o desenvolvimento de políticas públicas e de novos serviços ortopédicos para a população idosa.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Karine Rodrigues Afonseca, end.: QRSW 01 Bloco A7 apt 202-Sudoeste. Tel.: (61)999698196

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone: [\(61\) 3319-1494](tel:(61)3319-1494) ou email: comiteeticapesquisa@sarah.br

Nome do participante

Data

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Nome (Karine Rodrigues Afonseca)

Data

APÊNDICE II

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DA ENTREVISTA

1. Quais os principais benefícios que o Sr^o/Sr^a teve após a ATQ?
2. Quais atividades de vida diária (Banho, Vestuário, Transferência, Locomoção) que antes da ATQ o Sr^o/Sr^a não fazia e agora consegue realizar?
3. Quais atividades de vida prática (atividades doméstica, lazer, esporte, atividades comunitária) que antes da ATQ o Sr^o/Sr^a não fazia e agora consegue realizar?
4. O Sr^o/Sr^a se sente capaz de viajar, trabalhar, sair de casa? Por quê?
5. O Sr^o/Sr^a tem vontade de realizar atividades de lazer, viagens, trabalho, atividades religiosas, etc? Por quê?
6. Você considera que a estrutura física de onde o Sr^o/Sr^a vive facilitou ou dificultou a sua recuperação após a ATQ? Por quê?
7. Você considera que a estrutura física do bairro onde o Sr^o/Sr^a vive facilita ou dificulta sair de casa? Por quê?
8. Você considera que sua situação econômica facilitou ou dificultou a sua recuperação após a ATQ? Por quê?
9. Você considera que o apoio familiar facilitou ou dificultou a sua recuperação após a ATQ? Por quê?
10. Você considera que as atividades de fisioterapia desenvolvidas facilitou ou dificultou sua recuperação após a ATQ? Por quê?
11. Você considera que realizar ATQ melhorou sua saúde e bem-estar? Por quê?

APÊNDICE III

Quadro 2: Depoimentos dos idosos sobre os benefícios da ATQ

Questão 1: Quais os principais benefícios que o Sr ^o /Sr ^a teve após a ATQ?		
SUJEITO	EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Eu pude andar normal[...] não tive mais dores, as dores foram... acabaram tudo, foi um alívio [...] Eu andava dia sim dia não. Não conseguia andar, só tomando remédio, comprimido e hoje em dia foi tudo eliminado [...] Ai hoje em dia basicamente já estou andando normal.	Melhora da dor que possibilitou andar sem dificuldade, sem mancar. Analgésicos foram eliminados da sua rotina diária.
S2	Eu diria que todos, o principal foram as dores que eram terríveis eu fiquei muito tempo sentindo dor [...] Não, não sofri nada além do normal né, de uma cirurgia desse porte. Então foi só benefícios para mim.	Melhora da dor
S3	A dor ela foi 100% que eu melhorei, melhorei [...] eu andar era muita dor, mas muita dor. E aí depois da cirurgia [...] já tomo meu banho, faço minhas coisas que era dor demais, mais é a dor.	Melhora da dor que possibilitou realizar seu autocuidado.
S4	Os benefício é que agora parou toda a dor e eu ando numa boa para todo lugar sem sentir mais nada.	Melhora da dor que possibilita sua locomoção
S5	Primeiro foram as dores né? Eu tinha muitas dores, e as dores cessaram. Eu tinha incômodo também para andar, ficar em pé. Não conseguia ficar em pé, não conseguia movimentar.	Melhora da dor que possibilitou andar, sentar e ficar em pé.

S6	Bem, comecei a andar normalmente, retomei as caminhadas né? Porque antes sentia muita dor e aos poucos fui me recuperando	Melhora da dor que possibilitou retomar as caminhadas.
S7	Outra qualidade de vida, mais sem dor, mais sem tomação de tanto analgésico, tanto comprimido. Vida nova	Melhora da dor, reduziu ingesta de analgésicos e melhora da qualidade de vida
S8	Foi bom graças a Deus [...] Não dói nada, agora eu vou fazer da direita se Deus quiser a da esquerda foi feita e tá boa demais.	Melhora da dor e tem a expectativa de realizar cirurgia da perna direita.
S9	Uai foi deu andar né? Sair daquela cadeira de rodas que era duro, humilhante né? Todo lugar que precisa de ir tinha que tá pedindo um para levar né?	Melhora dos movimentos para andar e sair da cadeira de rodas. Dependência funcional e uso da cadeira de rodas como humilhação.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 1

Eu não tive mais dores, as dores foram, acabaram tudo. As dores eram terríveis, não conseguia ficar em pé, não conseguia movimentar, nem sentar direito eu conseguia, só tomando remédio, comprimido e hoje em dia foi tudo eliminado, depois da cirurgia melhorei 100%, eu ando numa boa para todo lugar sem sentir mais nada e retomei as caminhadas. Vida nova.

DSC 2

Uai foi deu andar né? Sair daquela cadeira de rodas que era duro, humilhante né? Todo lugar que precisa de ir tinha que tá pedindo um para levar né?

(ANCORAGEM: DEPENDÊNCIA E USO DA CADEIRA DE RODAS É UMA HUMILHAÇÃO)

Quadro 3: Depoimento dos idosos sobre a capacidade para realizar AVD's, adquiridas pós ATQ.

Questão 2: Quais atividades básicas de vida diária que antes da cirurgia o Srº/Srª não fazia e agora consegue realizar?		
SUJEITO	EXPRESSÃO-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	A perna não dobrava, não fazia certos movimentos, não conseguia subir uma escada sem auxílio de um apoio, tudinho né? Vestir roupa, tudinho tinha que alguém auxiliar né? Agora hoje com o treinamento já estou conseguindo fazer várias coisas, visto só, já tomo banho só.	Antes da cirurgia precisava de auxílio para realizar atividades básicas. Hoje pós cirurgia está independente.
S2	Eu fazia normal, eu só não aguentava mais caminhar, não aguentava abaixar. Se caísse alguma coisa no chão era muito difícil, que eu não conseguia dobrar, esses movimentos assim. Agora me cuidar eu não tinha problema, tomar banho, me trocar tudo. [...] Agora eu faço tudo, lógico que os joelhos é que me atrapalham, não é mais o quadril.	Antes da cirurgia tinha dificuldade para andar e pegar objetos do chão, depois da cirurgia consegue realizar seu autocuidado, mas agora são as dores no joelho que atrapalham.
S3	Isso aí tudo já fazia sozinha.	Era independente para AVDs antes da cirurgia.
S4	Depois da cirurgia eu faço tudo isso aí, pego ônibus faço tudo em casa né, faço tudo numa boa.	Pós cirurgia adquiriu independência para o autocuidado, tarefas domésticas e uso do transporte público.
S5	Hoje eu consigo fazer tudo sozinha. [...]andar só com andador.Levantar consigo sozinha...consigo tudo.	Independência pós cirurgia para realizar seu autocuidado e andar com auxílio locomoção
S6	Bem eu estava com as caminhadas suspensas, hoje eu já faço caminhada. To com outros problemas na outra perna. Mas não é nada relacionado com a operação. <u>O Srº consegue tomar banho sozinho, vestir sozinho?</u>	Independência pós cirurgia para caminhar. Presença da queda no pós-operatório.

	<p>Consigo...consigo, de vez em quando acontece um negócios, né? É que eu cai né? Mas foi por causa de um descuido né?</p>	
S7	<p>Hoje a gente se torna uma pessoa limitada porque eu sou muito conservador dos conselhos que me são dados, sei que eu não sou uma pessoa normal por conta que eu tenho uma prótese e essa prótese ela requer cuidados.[...] eu sei que não posso ficar sentando em lugar baixo[..] correr, chutar, quer dizer que não é nada do meu feitio hoje, mas reconheço que a idade também não me favorece as condições para fazer muita arte né? [...] Tomo banho sozinho, visto sozinho, ando sozinho tudo com cuidado</p>	<p>Considera ser limitado, pois a prótese requer cuidados e a idade não permite fazer atividades intensas como correr ou sentar em local baixo.</p> <p>Independente para realizar o autocuidado, mas com prudência.</p>
S8	<p>Tudo..tudo isso eu faço. Não é tão bem porque a da direita doi muito, mas ainda faço. Tomo banho, visto roupa, tudo sozinho. Graças a Deus</p>	<p>Mesmo com dor no outro quadril realiza seu autocuidado sozinho.</p>
S9	<p>Tudo..que eu não tomava banho sozinha né? Tinha que ter uma pessoa para me ajudar, vestir tinha que ter um para me ajudar. Agora eu já visto, eu tomo banho é demorado que elas fala assim: “Nossa a mãe é uma lesma, ela entra pro banheiro e morre”. Mas eu vou do meu jeitinho vou e faço. Não precisa de eu tá pedindo né?</p>	<p>Independência para o auto cuidado pós cirurgia</p>

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 3

A gente se torna uma pessoa limitada porque a prótese requer cuidados e sei que eu não sou uma pessoa normal. Por exemplo eu não posso cruzar as pernas, sentar em local baixo, chutar, correr, mas reconheço que a idade não favorece de fazer muita arte né? Mas eu tomo banho sozinho, visto sozinho, ando sozinho tudo com cuidado.

DSC 4

Eu faço tudo, lógico que os joelhos ou o quadril direito é que me atrapalham agora.

DSC 5

A perna não dobrava, não fazia certos movimentos, não conseguia subir uma escada sem auxílio de um apoio, não aguentava abaixar. Se caísse alguma coisa no chão era muito difícil pegar, vestir roupa, tudo tinha que alguém auxiliar porque a perna foi endurecendo e eu não conseguia dobrar. Depois da cirurgia eu consigo fazer tudo sozinha, hoje eu já faço caminhada e nem lembro mais do quadril.

Quadro 4: Depoimentos dos idosos sobre capacidades para realizar AIVD's, adquiridas pós ATQ.

Questão 3: Quais atividades instrumentais de vida prática que antes da cirurgia o Sr ^o /Sr ^a não fazia e agora consegue realizar?		
SUJEITO	EXPRESSÃO-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	<p>[...] Passo pano na casa, já consigo até lavar o carro assim, com pouco cuidado. Já dirijo, tudinho.</p> <p><u>E antes o sr^o conseguia?</u></p> <p>Fazia, mas muitas vezes era interrompido no meio da viagem, conforme a distância tinha que parar que dava câimbra né?</p>	Independência para dirigir, realizar atividades domésticas pós cirurgia.
S2	<p>Não alterou não. Porque meus afazeres em casa eu continuo fazendo [...] Limpo minha casa, fazer minha comida, de me cuidar, eu gosto e continuo fazendo. [...] Enquanto a esporte gostaria até de praticar algum, mas não consigo. E atividade física também sou relaxada, também não procurei fazer. Como tô com os joelhos me doendo muito, então eu fico</p>	<p>Mantém capacidade de realizar tarefas domésticas e autocuidado.</p> <p>Desejo de praticar atividade física, mas as dores em outras articulações impossibilita essa</p>

	nervosa cada vez que eu vou fazer uma caminhadinha não dou conta de chegar onde eu quero, ai tenho que parar... tudo.	atividade.
S3	[...]O que aconteceu quando começou esse problema é que eu tive que ficar parada em casa. Porque eu andava, mas andava, andava... e ai pronto de uma hora para outra eu não pude mais ficar andado, tive que ficar mais em casa [...] Hoje eu saio de casa, mas não é muito. Não é muito, porque eu acho que me acomodei né?	Depois da cirurgia consegue sair de casa, mas não recuperou o hábito de caminhadas frequentes, acha que ficou acomodada.
S4	[...] faço tudo em casa né, faço tudo numa boa. Consigo lavar louça, passo roupa, faço tudo que precisa dentro de uma casa.	Melhora da capacidade de realizar atividades domésticas pós cirurgia.
S5	Consigo fazer os trabalhadores domésticos, a maioria dos trabalhos domésticos sou eu quem faço. <u><i>E está conseguindo sair de casa, para passear?</i></u> Não muito, eu só vou quando alguém me chama. Que me leva né? Eu dependo das pessoas para sair.	Independência para tarefas domésticas pós cirurgia Não consegue sair de casa sozinha, depende de transporte.
S6	Faço...Não de esporte não... eu faço musculação naqueles aparelhos que ficam lá na praça né? Musculação, exercícios, tal e faço caminhada.	Independência para caminhadas e atividades físicas pós cirurgia
S7	Só saio sozinho, algumas atividades domésticas eu me limito a fazer, porque eu tenho medo, de por exemplo se for um piso liso e eu escorregar, então eu tenho que me precaver. Eu tenho que evitar, que eu fui recomendado de evitar de cair né? [...], mas no mais eu dirijo, muito, viajo muito. [...] tinha parado porque não tinha condições de ficar sentado, a perna doía muito, mas muito mesmo.	Limitado para realizar atividades domésticas por precaução e medo de cair. Adquiriu independência para passear, dirigir e viajar pós a cirurgia

S8	Não essas coisas eu não faço, só faço dirigir.	Mantém limitações para atividades domésticas.
S9	Mudou um poquinho, que eu não tava fazendo nada né? Ficava só na cadeira, agora eu saio, vou ao armazém perto lá de casa, eu vou lá. Se eu compro as coisas e não dou conta de carregar, eles levam para mim né?	Adquiriu independência de sair e realizar compras sozinha pós a cirurgia.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 6

Algumas atividades domésticas eu me limito a fazer, porque eu tenho medo de escorregar e cair em um piso liso e úmido, então eu tenho que me proteger.

DSC 7

Esporte eu gostaria de praticar algum, mas não consigo e atividade física também sou relaxada, também não procurei fazer. Como estou com os joelhos me doendo muito eu fico nervosa cada vez que eu vou fazer uma caminhadinha e não dou conta de chegar onde eu quero, aí tenho que parar e isso me incomoda.

DSC 8

Quando começou esse problema eu tive que ficar parado em casa, não conseguia dirigir, não tinha condições de ficar sentado a perna doía muito, dava câimbra toda hora tinha que tá movimentando me incomodava bastante. Agora eu pego ônibus, consigo fazer os trabalhos doméstico, passo pano na casa, já consigo até lavar o carro com um pouco de cuidado, dirijo, viajo muito.

Quadro 5: Depoimento dos idosos quanto a melhora da saúde pós ATQ.

Questão 4: Você considera que a realização da ATQ melhorou sua saúde e bem-estar? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESÃO-CHAVE	IDÉIA CENTRAL

S1	Melhorou, bastante. Por exemplo referente as dores que eu sentia, que me incomodava bastante né? Agora hoje eu nem sinto [...] tem hora que eu nem lembro [...] quando eu vejo de repente eu lembro: “eita eu não posso fazer isso aqui não, tenho que ter mais cuidado comigo mesmo. [...] para não ter acidente.	Melhora da saúde, pois não sente dor e por vezes esquece que tem a prótese.
S2	Sim, só melhorou. Porque as dores me deixavam assim fora do eixo, porque a gente sentindo dor tudo tá ruim, tudo. Por mais bela que seja a festa você não tá curtindo, eu não curtia, eu não tinha prazer, porque a dor era muito grande, então eu não podia fazer mais nada, não podia sair, participar... e eu fazia, saia e tudo, mas eu participava assim transtornada não via a hora de voltar para casa para por um gelo, deitar. Por mim eu ficava deitadinha porque ai eu não sentia dor, entende? Então só me facilitou.	Melhora da dor possibilitou sair, participar de festas com mais tranquilidade, podendo aproveitar os momentos de felicidade
S3	Melhorou. Meu problema da minha saúde, até o momento é artrite e artrose isso que mais me incomoda.	Melhora da saúde e bem-estar, mas dores da artrite e artrose ainda gera incômodo
S4	Melhorou fia, muito, muito mesmo. Porque quando a gente anda com dor, não tem coragem a gente fica triste, mas agora não eu sou feliz.	Viver sem dor possibilitou uma vida feliz.
S5	Melhorou, melhorou, tirou as dores né? Porque eu não dormia de dor, eu não podia deitar...No fim eu já não conseguia mais uma posição para deitar. [...] depois da cirurgia não, agora eu deito de qualquer jeito, qualquer lado, não tem problema nenhum.	Melhora da saúde, dores e sono.
S6	Consideravelmente. Porque eu consegui me movimentar melhor, fazer os exercícios com mais tranquilidade e apoiar normalmente[...] Quería dizer que recomendo a qualquer um,	Melhora da saúde consideravelmente, porque possibilitou retomar exercícios físicos.

	que aqui nem parece um hospital do Brasil, dado o atendimento dos hospitais públicos, que é uma vergonha né? [...]	
S7	Em tudo né? Porque eu colocando a prótese eu evitei e evito de tomar muitos analgésicos [...] o remédio para dor ele ajuda de um lado, mas prejudica do outro. Ele dá gastrite como também aumenta muito a pressão e eu sou hipertenso. Então nisso até ajudou bastante eu diminuir os remédios que eu tomo para pressão	Melhorou a saúde e bem-estar, pois toma menos analgésicos e teve melhor controle da hipertensão arterial.
S8	Não melhorou porque a outra atrapalhou. Melhorou uma, mas atrapalhou a outra. Então a outra me complicou muito porque eu fico com medo de sair, de caminhar até dentro de casa mesmo eu fico com medo de caminhar assim. [...] mas, tá bom graças a Deus. O que Deus falar para a gente tá bom demais fazer o que né.	Não teve melhora, pois o outro quadril ainda doi e limita sua andar em casa e sair.
S9	Ih melhorou demais, nossa Deus. Se eu não tivesse feito, eu acho que eu já tinha até morrido ou se não estava em uma cadeira ai quietinha, sem poder andar. Tem hora que eu saio no meio da casa lá brincando, tem uns meninos, uns garotinhos assim que vai lá né? “[...] Tem um lá mais sabidinho que fala assim: “Vovó, a senhora fez isso foi a onde?” Foi lá no Sarah... “Ohh tudo que nois precisar nois tem que ir lá no Sarah, que o Sarah põem nois andando. A vovó tá andando.”	Melhora as saúde e bem-estar, pois anda sem cadeira de rodas e considera que a cirurgia possibilitou viver.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 9

Melhorou bastante, nossa Deus. Se eu não tivesse feito, eu acho que eu já tinha até morrido. As dores que eu sentia me incomodavam, eu não dormia, me

deixavam fora do eixo. Por mais bela que fosse a festa eu não curtia, eu não tinha prazer, só pensava em ir para casa e ficar deitada. Eu colocando a prótese eu evito de tomar muitos analgésicos que dá gastrite e aumenta muito a pressão. E até nisso ajudou, eu diminuir os remédios que eu tomo para a pressão. Hoje tem hora que eu nem lembro que eu fiz a cirurgia, não sinto nada, agora eu sou feliz.

DSC 10

Não melhorou porque a outra atrapalhou, então a outra me complicou muito porque eu fico com medo de sair, de caminhar até dentro de casa.

Quadro 6: Depoimentos dos idosos quanto a capacidade em realizar atividades de convívio comunitário.

Questão 5: O Sr ^o se sente capaz de viajar, trabalhar, sair de casa? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Se não fosse o problema da minha visão, que eu to proibido por agora parar de dirigir né? Ai então se não fosse eu tava fazendo, depois que eu fiz a cirurgia, eu andava para todo lado, nas cidades satélites ai, acho que se não me engano já fui até em Caldas Novas depois da cirurgia, mas infelizmente um dia eu fui em uma comemoração e tive a infelicidade de quebrar o fêmur de novo, abaixo da cirurgia que eu fiz. Ai deu um trabalhão doido para mim recuperar, voltar a fazer as atividades normais né?	<p>Não é capaz de dirigir devido ao problema de visão, o que limita em realizar viagens.</p> <p>Presença da queda pós-operatória um episódio marcante e de dificuldade para recuperar.</p>
S2	Sim. Trabalhar fora eu não digo, mas viajar eu viajo sozinha ou de avião ou de ônibus depende para onde eu vou, vou numa boa. Sempre, sempre sozinha eu vou.	Se sente capaz de viajar e pegar diferentes meios de transporte, mas não se sente capaz de trabalhar.
S3	Posso, mas... tem coisa que tem as limitações né? Por exemplo andar de ônibus já fica mais difícil né? Na hora de subir né? Mas se tiver eu viajo. Inclusive minha vizinha me chamou para viajar, minha filha que não quer. Minha filha	Se sente capaz de viajar, mesmo com as limitações de locomoção.

	que não deixa... “ah porque não sei o que, que é perigoso a senhora tem que ter alguém para acompanhar a senhora e tal...é isso”	Filha impede idosa de viajar sozinha com amigas.
S4	Sim. Eu saio muito de casa, muito mesmo viu, viajo muito e não tem problema de eu andar por ai, porque to muito bem da minha cirurgia.	Se sente capaz de realizar atividades de lazer, convívio comunitário e locomoção independente do local.
S5	Não, sair de casa eu até poderia, mas o problema é o transporte...É ir e vir	Não se sente capaz de realizar atividades de convívio comunitário, pois depende de carro e de outros para sair de casa.
S6	Não, trabalhar eu não consigo. Porque eu tenho problema de catarata né? Viajar normalmente, vou ao supermercado com a minha esposa, porque o médico aconselha que quando o cara é diabético e já tem uma certa idade não andar só né? Quando eu acho de andar sozinho sempre aparece um imprevisto. Mas o resto tá ok.	Não se sente capaz de trabalhar devido a doença de catarata, mas se sente capaz de viajar e sair acompanhado.
S7	Viajo muito, graças a Deus, depois dessa cirurgia.	Depois da cirurgia possui capacidade para viajar.
S8	Sinto...Viajar para longe não, mas assim para próximo assim vou para todo lado.	Se sente capaz de viajar por curtas distâncias.
S9	Olha depende da gente né? Depende também do esforço da gente né? Fazendo um esforço a gente faz né? Esforçar para fazer isso, eu creio que faz.	Acredita que tem capacidade para realizar convívio viajar ou trabalhar caso se esforce.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 11

Depois da cirurgia viajo muito, saio muito de casa e não tem problema de eu andar por ai, porque estou muito bem da minha cirurgia.

DSC 12

Posso, mas tem coisas que tem as limitações. Por exemplo andar de ônibus, já fica mais difícil para subir, mas se tiver eu viajo. Inclusive minha vizinha me chamou para viajar, minha filha que não quer. Minha filha que não deixa. (ANC - FAMÍLIA INTERFERE E AUMENTA A DEPENDÊNCIA E LIMITAÇÃO)

DSC 13

Não, trabalhar e dirigir eu não consigo. Porque eu tenho problema da minha visão, se não fosse eu tava dirigindo, depois que eu fiz a cirurgia eu andava para todo lado.

DSC 14

Depois que eu fiz a cirurgia eu andava para todo lado, nas cidades satélites, mas infelizmente um dia eu fui em uma comemoração e tive a infelicidade de quebrar o fêmur de novo, abaixo da cirurgia que eu fiz. Ai deu um trabalhão doido para recuperar, voltar a fazer as atividades normais né? (ANC- OCORRÊNCIA DE QUEDA NO PÓS-OPERATÓRIO)

Quadro 7: Depoimento dos idosos quanto à vontade em realizar atividades de convívio comunitário

Questão 6: O Sr ^o /Sr ^a tem vontade de realizar atividades de lazer, viajar, trabalhar e atividades religiosas? Por quê?:		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Só uma coisa que eu digo pra você não tenho vontade nenhuma de trabalhar mais. Mas o resto tenho vontade de fazer todas as outras coisas.	Tem vontade de realizar atividades de lazer e convívio comunitário, mas não tem vontade de trabalhar.
S2	Sim. Atividades religiosas eu não participo de nenhuma não, faço minhas orações, minhas coisas sozinha mesmo em casa	Possui vontade de realizar atividades de convívio comunitário, mas as atividades religiosas prefere praticar em domicílio.
S3	Tenho vontade! Tenho vontade! Mas foi muito bom, muito bom a cirurgia, tudo que foi feito aqui nota 10. Tudo excelente o tratamento	Vontade de realizar atividades de convívio comunitário e avalia a cirurgia como muito boa.

	assim 100%.	
S4	Muito, não vou parar de viajar, enquanto Deus me der força eu vou viajar todos os anos.	Vontade de realizar viagens e não parar enquanto tiver saúde.
S5	Tenho vontade, tenho vontade inclusive de sair de casa para trabalhar. [...] se eu tivesse andando eu tava trabalhando.	Vontade de trabalhar e realizar todas as demais atividades de convívio comunitário, mas a capacidade limitada de locomoção impede de exercer esse desejo.
S6	Tenho sempre viajo, com a família.	Possui vontade de realizar atividades comunitárias e viaja sempre com a família.
S7	Saio, viajo, passeio eu não fico quieto não. Fico muito em casa, tem dia, pelo fator idade não pela prótese. Pela prótese foi a maior conquista que eu tive.	Possui vontade de realizar atividades de convívio comunitário, idoso ativo. Realização da prótese como uma conquista.
S8	Tenho se Deus quiser. Pelo menos sair assim de vez em quando né. Eu não sou de sair não.[...] Porque dói bastante sabe? E eu fico com medo de cair. A perna tá meio falha da esquerda[...] a que eu não operei. Então eu não saio com medo de acontecer o pior.	Possui vontade de realizar atividades comunitárias, mas fica a maior parte do tempo em casa, pois tem medo de cair.
S9	Tenho. Não menina agora no dia 14 de janeiro casou a filha dela, a minha neta [...] Ai eu fui no casamento [...]Mas foi uma coisa maravilhosa, que eu nunca tinha passado na minha vida. [...] É duro mesmo só viver, não reclamo, que não tem prazer, alegria com nada né?	Possui vontade de realizar atividades de convívio comunitário e o casamento da neta foi um episódio marcante de felicidade em sua vida. Relata pouco prazer em viver e raros momentos de felicidade.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 15

Tenho vontade, sempre viajo, não vou parar de viajar enquanto Deus me der força eu vou viajar todos os anos. .Agora no dia 14 de janeiro eu fui ao casamento

da minha neta, mas foi a melhor coisa que já passou na minha vida foi essa viagem que eu fiz para lá. Tenho vontade inclusive de sair de casa para trabalhar, se eu tivesse andando eu tava trabalhando.

DSC 16

Só uma coisa que eu digo para você, não tenho vontade nenhuma de trabalhar mais. Mas o resto tenho vontade de fazer todas as outras coisas.

DSC 17

*Eu não sou de sair não, a perna esquerda tá meio falha, dói bastante sabe? E eu fico com medo de cair, então eu não saio com medo de acontecer o pior. **(ANC-MEDO DA QUEDA)***

Quadro 8: Depoimento dos idosos quanto as condições arquitetônicas domiciliares que facilitaram o período pós-operatório.

Questão 7: Você considera que a estrutura física de onde o Sr ^o /Sr ^a vive facilitou ou dificultou a sua recuperação pós ATQ? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Teve alguns lugarzinhos lá que eu tive uns pequenos deslizos, que foi o banheiro. Era muito não adequado para aquele tipo de situação que eu me encontrava né?_Era pequeno [...] Para entrar lá não cabia a cadeira de rodas, para entrar com a bengala tinha que entrar segurando nas paredes.	Banheiro pequeno dificultou o acesso pós cirurgia, principalmente para entrar com auxílio locomoção.
S2	Não, só me ajudou. Porque eu dei sorte, porque minha casa não tem degrau, ela é toda plana, o quintal também é fácil, nada escorregadio. Procuro dentro do possível não deixar tapete nem nada que eu poça tropeçar, mas as vezes dou uma tropezadinha e tenho que sair correndo para me segurar né? Mas eu procuro evitar.	Casa sem degraus, plana, quintal antiderrapante e ausência de tapetes é facilitou a recuperação pós cirurgia. Ocorrência de quase queda é comum, mas tenta evitar.
S3	Não [...] Que minha casa ela é simples, pouca coisa. [...] No banheiro agora que nois já reformou o banheiro, como que chama para	O fato da casa ter poucos cômodos e móveis, banheiro com barras facilita na recuperação pós cirurgia

	<p>pegar? A barra, ai tem a pia o vaso, o box e pronto. [...]</p> <p>Tá ótimo, não tem dificuldade, não tem tapete, não tem nada dessas coisas na minha casa.</p>	
S4	Facilitou muito.	Estrutura física facilitou.
S5	Dificultou, porque eu moro de aluguel né? E eu moro em uma casa que tem degraus. Degrau para entrar, degrau para sair. Dentro de casa mesmo, para eu andar, lidar... tenho que andar na cadeira. [...]	Degraus e o fato da casa ser alugada dificultou a recuperação pós cirurgia.
S6	<p>Não...Não estava, porque tem um batetente. Minha casa é antiga né? Então não foi feita uma manutenção adequada... [...] a gente morava em apartamento lá no Cruzeiro, ai dificultava. Porque os apartamentos não tinham elevador e eu morava no 4º [...]. Por esse motivo a gente achou de mudar [...]</p>	Casa antiga com barreira arquitetônica e apartamento sem elevador no 4º andar dificultaram a recuperação pós cirurgia.
S7	Conservou né, porque parece que foi tipo um seguimento do que eu tive aqui né? Não, não tem escada nenhuma, casa simples	Avalia a estrutura da casa ajudou a continuar com os cuidados que aprendeu durante a internação. Pois sua casa é plana e simples.
S8	Normal. Não, fez diferença. Tem a escada, mas tem a rampa que eu já fiz quando fui fazer a garagem, já fiz a rampa para subir para dentro da casa. Então não tem nada não.	A estrutura física da casa não fez diferença, pois já tinha rampas como opção alternativa para entrar na garagem.
S9	<p>Ajudou né? Até bem né? Quando eu tava para cá eu tenho um filho que ele [...] ele mexe com serviço de pedreiro,[...] ai ele falou com uns amigos dele: “Eu queria uma ajuda de vocês agora, me ajudar a arrumar um banheiro, [...] uns corredor de ferro”</p> <p><u>Ahhh fez adaptações?</u></p> <p>Tudo...de fora a fora. Desde a hora que entra na porta do banheiro, vai lá e volta. O Sarah deu o adaptador do vaso, eles deu para nois. Foi muito importante minha filha, que tem dia que</p>	Banheiro adaptado, quintal e frente da casa cimentados foram facilitadores para a recuperação pós cirurgia

	<p>eu até tomo banho, adaptando assim no vaso. O quintal também, o quintal era uma buraqueira menina, que eu tinha...Eu cai muitas vezes [...] Aí arrumaram, cimentou tudo, agora a porta da área da frente lá...[...] A chegada da minha casa é lisinha, você precisa de ver.</p>	
--	--	--

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 18

Só me ajudou. Porque minha casa é simples, não tem degrau, ela é toda plana, com poucos móveis, o quintal também é fácil nada escorregadio. Procuo dentro do possível não deixar tapete nem nada que eu poça tropeçar. Quando eu estava para cá um filho meu reformou o banheiro, colocou barra, o Sarah deu o adaptador do vaso. Foi muito importante, tem dia que eu tomo banho sentada no vaso. O quintal e a área da frente também reformaram, antes era uma buraqueira só, agora cimentaram tudo, a chegada da minha casa é lisinha.

DSC 19

Não fez diferença, na garagem tem escada, mas tem a rampa.

DSC 20

Dificultou, porque eu moro de aluguel e minha casa tem degraus. Degrau para entrar, degrau para sair. Dentro de casa mesmo tenho que andar na cadeira. O banheiro, era pequeno, não cabia a cadeira de rodas, para entrar com a bengala tinha que entrar segurando nas paredes.

DSC 21

Antes eu morava em um apartamento no 4º andar e não tinha elevador, depois da prótese tivemos que mudar, mas a nova casa não estava preparada porque tem um batente, casa antiga que não foi feita uma manutenção adequada, então dificulta andar pela casa.

Quadro 9: Depoimento dos idosos quanto as condições arquitetônicas do bairro que facilitaram o período pós-operatório.

Questão 8: Você considera que a estrutura física do bairro onde o Sr ^o /Sr ^a vive facilitou ou dificultou a sua recuperação pós ATQ? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Ah a rua é um perigo, um terror né? [...] com cuidado dá para sair, mas tem muitas ondulações, muito quebra mola, a gente de vez em quando tem que procurar uns lugares adequados para pisar né? Buraco evitar né? Porque muitas vezes quando você pisa em falso assim né, evitar de levar uma queda né? Que isso foi o mais recomendado para mim. Ai fora isso ai, tranquilo.	As ruas são perigosas, pois tem ondulações, quebra mola e buracos, para andar tem que ter cuidado para não cair.
S2	Eu não senti diferença, porque eu ando pouco ali pelo bairro, no máximo eu vou até o comércio. Então até o comércio vou numa boa [...] no máximo um meio fio para subir e descer, no restante eu vou bem.	Avalia que não interfere no pós-operatório, pois anda pouco pelo bairro e tem a capacidade de subir e descer do meio fio.
S3	Bom vocês sabem que as ruas hoje tá difícil não tá? Toda esburacada, não é? Não tem rampa, isso aí é normal que todo mundo sabe que existe aqui, dificuldade para quem tem problema de deficiência né? [...] Dificulta não só para mim, mas para todas as pessoas que tem esses problemas, mas aí a gente tem que fazer uma forcinha e andar né? Porque também a gente não vai ficar por conta que tem um buraco aqui não vou poder andar né? Se o buraco tá aqui eu posso desviar para lá onde não tem, não concorda?	Buracos e ausência de rampa dificulta andar pelo bairro. Mesmo com a estrutura precária das ruas temos que nos esforçar e não deixar de andar por conta de buracos e sim desviar deles.
S4	Não minha filha sobre isso ai eu subo escada todinha e desço [...]tranquilo.	Estrutura do bairro não fez diferença, pois tem a capacidade de subir e descer escadas.
S5	Não fez diferença nenhuma não. [...] porque eu não saio. Eu não ando longas distâncias	Estrutura do bairro não fez diferença na recuperação pós operatória, pois

	com o andador.	não sai de casa.
S6	Em alguns pontos ajudo, mas em outros não. Porque as calçadas que estão sendo recuperadas agora né? Você sabe que no Distrito Federal tem uma série de problemas.	Alguns pontos ajudou, mas em outros não. Observar que agora que as calçadas estão sendo recuperadas.
S7	Não a mesma coisa, conservou, porque é tudo simples né, muito boa. Mas eu subo e desço escada normalmente. Onde que eu tiver que tiver em um lugar que tem escada, quer dizer eu não vou subir correndo porque eu tenho medo de escorregar né e esses calçados hoje são solado liso né é um plástico seco, escorrega muito, então a gente procura ter cuidado.	Facilitou, pois a rua é simples e ele possui a capacidade de subir e descer escadas.
S8	Não dificultou [...]mas eu saio de carro e volto de carro. [...] Não tenho saído para fora, para andar assim não.	Não fez diferença, pois não anda no bairro só sai de carro.
S9	Facilita bem a gramínea . É tudo facinho né? É tudo pertinho.[...] é tudo asfaltado.	Grama, asfalto e comércio próximo de casa facilitam andar no bairro.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 22

Facilitou, tudo é simples, tem a gramínea, tudo asfaltado e perto de casa. Eu subo e desço escada normalmente, onde tiver um lugar com escada eu vou sem problema.

DSC 23

Não fez diferença nenhuma não. Porque eu não saio, fico mais em casa. Ali no bairro vou no máximo até o comércio que tem um meio fio para subir e descer que eu subo e desço numa boa ou eu saio de carro e volto de carro, não tenho saído para andar.

DSC 24

A rua é um perigo, um terror. Com cuidado dá para sair, mas tem muitas ondulações, muito quebra mola, toda esburacada. Para andar tem que procurar lugares adequados para pisar, evitar quedas. Dificulta não só para mim, mas para todas as pessoas que tem esses problemas, mas aí a gente tem que fazer uma forcinha e andar.

Quadro 10: Depoimento dos idosos quanto as condições econômicas que facilitaram o período pós-operatório.

Questão 9: Você considera que sua situação econômica facilitou ou dificultou a sua recuperação pós ATQ? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	A situação econômica ajudou, ajudou bastante.[...] Financeiro tava meio enrolado né, uns problemas que eu trazia antes, mas superei tudo, to superando todos eles né? Tá dando para levar.	Situação econômica ajudou, mesmo com problemas financeiros que está conseguindo superar
S2	Eu acho que ficou na mesma [...] Porque eu não dependo, no caso teria que ter um plano de saúde, eu não tenho...Tenho o santa Sarah Kubitschek que me atende muitíssimo bem nas minhas necessidades. Não tenho [...] outras necessidades de procurar um médico. [...] a minha situação financeira, sou aposentada né? Por viuvez, dá para mim, dá bem para mim. Eu to satisfeita.	Avalia que não fez diferença, pois não teve custos com a cirurgia e recebe aposentadoria do esposo falecido
S3	Não fez nenhuma diferença.	Não fez diferença.
S4	Facilitou sim e muito né. Olha filha o que posso falar é que eu já nessas alturas eu não trabalho mais, eu sou aposentada. Vivo da minha aposentadoria e a do meu esposo que faleceu. É com isso que eu vivo.	Sua aposentadoria e de seu esposo falecidos facilitaram para garantir a subsistência.
S5	Dificultou. Porque se eu tivesse dinheiro eu poderia estar fazendo fisioterapia né?	Dificultou, pois gostaria de realizar fisioterapia particular.
S6	Não...foi normal, tranquilo	Não fez diferença.

S7	Foi normal. Eu tive ajuda das minhas filhas, dos meus irmãos e minhas irmãs né?	Não fez diferença, pois recebeu ajuda da família.
S8	Não, não.. continua igual, continua a mesma coisa. É tranquilo Graças a Deus.	Não fez diferença, pois tem uma situação econômica tranquila.
S9	Eu tenho benefício né? Benefício que depois que meu marido morreu nois correu atrás e conseguiu a pensão de viúva né? É o que eu sobrevivo é disso né? [...] É um dinheiro pouco, que você sabe... é um salarizinho...mas é bem vindo né? Veio em uma hora boa demais. Que aqui no Sarah eu não gastei com nada né? Graças a Deus.	Facilitou, pois a pensão por falecimento recebida do marido garante a subsistência da família e não ter custos com a cirurgia é um aspecto positivo.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 25

Não fez nenhuma diferença, sou aposentada por viuvez e o Sarah atende minhas necessidades. Eu tive ajuda das minhas filhas e família, então foi tranquilo.

DSC 26

Ajudou, ajudou bastante. Eu vivo da minha aposentadoria e do meu esposo que faleceu é com isso que sobrevivo, então esse dinheiro ajuda bastante e no Sarah eu não gastei com nada.

DSC 27

Dificultou. Porque se eu tivesse dinheiro eu poderia estar fazendo fisioterapia.

Quadro 11: Depoimento dos idosos quanto o apoio familiar como facilitador no período pós-operatório.

Questão 10: Você considera que o apoio familiar facilitou ou dificultou sua recuperação pós ATQ? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Não tive muito apoio de, só dos mais próximos, só os de dentro de casa né? Os	Apoio familiar importante para dar segurança para enfrentar e superar

	demais não tive muito apoio não. Foi muito importante o apoio que eu tive [...] me passava segurança, firmeza, para eu poder superar todas essas dificuldades que eu passei né?	as dificuldades da recuperação pós operatória.
S2	Ahh só facilitou, a minha família, meus filhos é uma benção. [...] Se não fosse eles eu teria que me virar de outra forma né? Claro, mas eles me dão uma sustentação boa, muito boa.	Filhos foram uma importante sustentação e ajuda para recuperação pós-operatória.
S3	Ajudou, ajudou, ajudou em tudo.[...] não tenho nada o que reclamar também. Tenho uma filhona.	Ajuda da filha ajudou na recuperação pós operatória.
S4	O apoio familiar já era bom, melhorou muito mais. Tá bem melhor, meus filhos faz tudo por mim. [...]O apoio dos meus filhos foi fundamental em tudo.	Tinha apoio dos filhos antes da cirurgia que melhorou após a cirurgia. Avalia que foi o apoio dos filhos foi fundamental.
S5	Facilitou, o apoio familiar eu tive muito.	Teve muito apoio da família e facilitou no processo de recuperação pós operatório
S6	Facilitou...e muito. [...] foi muito importante.	Facilitou, avalia como sendo muito importante
S7	Uai é uma das melhores coisas que tem para o paciente se recuperar, que é o calor humano. Principalmente o da família é importantíssimo para a gente.	A presença da família e o aspecto humano do cuidado é importante para recuperação pós-operatória.
S8	Bom, me ajudou muito. Ela me ajuda muito, muito, muito.[...]Ave Maria de mim se não fosse ela. [...] Os meninos é o seguinte cada um tem seus locais que tem que trabalhar e ela mora comigo em casa. [...]Então ficamos em casa no dia a dia é nós dois mesmo. Em casa eu não trabalho não porque não consigo ficar em pé muito tempo, e andar eu tenho medo. Mas é ela que me ajuda. Graças a Deus	Apoio da esposa e ajuda para realizar tarefas domésticas que ele não consegue realizar foram importantes para recuperação pós-operatória.
S9	Isso aqui não é filha isso aqui é uma mãe que eu tenho, essa ai é tudo na minha vida [...]	Filhos facilitaram o processo de

	Ajudou, todo mundo ajuda. Até hoje quando eu preciso de alguma coisa eu não falo. Meu filho que fez isso tudo para mim lá no banheiro [...]	recuperação pós operatória, pois fornecem cuidados, amor e auxilia em adaptações na residência
--	---	--

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 28

Minha esposa me ajuda muito, ave Maria de mim se não fosse ela. Os meninos é o seguinte cada um tem seus locais de trabalho e ela mora comigo. Em casa eu não trabalho, porque não consigo ficar em pé muito tempo e andar eu tenho medo, então é ela quem me ajuda.

DSC 29

É uma das melhores coisas que tem para o paciente se recuperar, que é o calor humano. Principalmente o da família é importantíssimo para a gente, pois me passava segurança, firmeza para superar todas essas dificuldades que eu passei. Isso aqui não é filha isso aqui é uma mãe que eu tenho. Se não fosse ela eu teria que me virar de outra forma, mas ela me dão uma sustentação muito boa. O apoio dos meus filhos foi fundamental em tudo.

Quadro 12: Depoimento dos idosos quanto as atividades de fisioterapia desenvolvidas no Sarah.

Questão 11: Você considera que as atividades de fisioterapia desenvolvidas no pós-operatório facilitaram ou dificultaram sua recuperação pós ATQ? Por quê?		
SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1	Eu fiz a fisioterapia em casa mesmo né? Peguei um gabarito que eles me deram aqui e fui fazendo até a perna fazer os movimentos e foi o necessário para recuperar os movimentos né? O joelho... movimentar o joelho, movimentar o quadril né?	Fisioterapia com orientações escritas em domicílio foi o necessário para recuperar os movimentos de joelho e quadril.
S2	Só facilitou, só facilitou. Que foi através daqui que eu fiz durante um ano a fisioterapia na piscina, lá perto de casa parei de fazer, porque realmente ficou [...] cara. To procurando agora uma academia que me ofereça um preço	Hidroterapia facilitou a recuperação pós-operatória, pois particular é caro e está sem condições de pagar.

	razoável né? Para que eu comece de novo, o pilates que a médica agora falou que eu também posso fazer pilates, então agora eu vou procurar um pilates para fazer.	
S3	Ajudou muito...muito, muito. Agora só uma coisa assim que eu acho, não sei não... Que aqui tem um período depois da cirurgia para você fazer essa fisioterapia[...] eu fiz foi mais de 20, fiz também lá no Lago[...] Agora eu acho assim que se continuasse...[...] fazer lá fora, eu acho que seria bom.	Fisioterapia e hidroterapia facilitaram o processo de recuperação pós-operatória, mas gostaria de fazer mais tempo.
S4	Foi muito bom, graças a Deus, eu recuperei tudo que eu precisava na minha perna, tá bem, ótimo, zerada.	Facilitou, pois foi o necessário para recuperar todos os movimentos da perna operada.
S5	Facilitou, foi muito bom. [...] tratamento muito bom, de todo mundo. Não teve dificuldade nenhuma.	Facilitou, teve o tratamento que necessitava, com qualidade e sem dificuldade de acesso.
S6	Facilitou. Aqui a especialização do pessoal é fantástica.	Facilitou, pois o atendimento é especializado e de Qualidade.
S7	Foi muito importante, muito, muito mesmo. [...] Eu fiz a hidroterapia, mais foi a hidroterapia né? Que ajudou na recuperação em tudo né? Uma maravilha, muito bom.	Hidroterapia facilitou e foi importante para a recuperação pós operatória.
S8	Não foi igual, nem diminui nem aumento. Foi normal.	Fisioterapia não fez diferença
S9	Fez uma diferençazinha. É que a gente não cuida direitinho igual precisa né? O Pouquinho que a gente faz a gente sente que tá legal.[...]foi importante.	Fisioterapia fez pouca diferença, pois não realiza em casa os exercícios como deveria, mas observa que o pouco que faz sente diferença. Mas considera importante fazer a fisioterapia.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

DSC 30

Foi muito importante. Eu fiz a hidroterapia, que ajudou na recuperação em tudo. Uma maravilha, muito bom. Não tive dificuldade nenhuma. A especialização do pessoal do Sarah é fantástica, tratamento muito bom, de todo mundo.

DSC 31

Eu fiz a fisioterapia em casa mesmo, peguei um gabarito que eles me deram aqui e fui fazendo até a perna fazer os movimentos e foi o necessário.

DSC 32

Fez pouca diferença, porque a gente não cuida como precisa, mas o pouco que a gente faz a gente sente que tá legal.

ANEXO I

Quadro 13: Índice de KATZ adaptado (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: ____	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência; Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = _____ 6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = Muito dependente

Fonte: APÓSTOLO, 2012

ANEXO II

Quadro 14: Índice de Lawton-Brody versão adaptada (Azeredo e Matos, 2003).

Item	Sem ou grave perda da autonomia 0	Necessita de alguma ajuda 1	Autónomo ou com ligeira perda de autonomia 2
Capacidade para utilizar o telefone			
Capacidade para fazer compras			
Capacidade para preparar comida			
Capacidade para cuidar da casa			
Capacidade para lavar a roupa			
Capacidade para usar meios de transporte			
Responsabilidade na medicação			
Capacidade para tratar os assuntos económicos			

Fonte: APÓSTOLO, 2012

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO DOS IDOSOS SUBMETIDOS A PRÓTESE DE QUADRIL EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO.

Pesquisador: Karine Rodrigues Afonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77625317.9.0000.0022

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.416.399

Apresentação do Projeto:

Pesquisas mostram que a PRÓTESE DE QUADRIL reduz a dor, melhora a qualidade de vida e a funcionalidade dos que necessitam deste equipamento. Porém, pouco se conhece sobre os impactos das condições emocionais, sociais e econômicas no restabelecimento da funcionalidade dos que recebem a

PRÓTESE DE QUADRIL.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o desfecho pós-operatório de idosos com incapacidade funcional submetidos à artroplastia total de quadril, correlacionando-o aos aspectos emocionais, sociais e econômicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Objetivo Secundário:

- Descrever os principais eventos não esperados no período pós-operatório.
- Conhecer os principais benefícios que a PRÓTESE DE QUADRIL proporciona para o bem estar do idoso.
- Distinguir fatores que contribuíram para a recuperação de funcionalidade e sociabilidade pós PRÓTESE DE QUADRIL.
- Comparar perfil social, funcional e clínico pré-operatório com as experiências dos idosos no pós-operatório.

- Comparar a ocorrência de eventos não esperados no pós-operatório com as experiências dos idosos após a reabilitação;
- Debater a experiência vivida pelo idoso em pós-operatório de artroplastia total de quadril.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Existem riscos mínimos de sofrimento emocional ou psicológico durante a entrevista. O principal benefício do estudo é a ampliação do conhecimento sobre a correlação entre as condições emocionais, sociais e econômicas e a recuperação pós PRÓTESE DE QUADRIL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estudo com duas fases:

(1) Na primeira fase (já realizada em estudo prévio, aprovado por esta comissão - CAAE62294216.3.0000.0022, parecer 1.861.596) foram coletados dados referente ao período pré-operatório por meio de leitura do prontuário eletrônico: perfil social, clínico e funcional. Foram incluídos pacientes submetidos a artroplastia total do quadril no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Os resultados da primeira fase também serão apresentados neste estudo em tabelas e gráficos. Esta fase foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais.

(2) Na segunda fase serão realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com pacientes que durante a primeira fase da pesquisa apresentaram incapacidade para realizar atividades básicas ou instrumentais de vida diária (AVD e AIVD). Durante as entrevistas, que serão gravadas, serão coletados dados referentes às experiências dos pacientes após a cirurgia de artroplastia total de quadril (dificuldades e facilidades para retornar a realizar AVD's, AIVD's e socialização, fatores que facilitaram ou dificultaram a recuperação da capacidade funcional e a avaliação dos benefícios que a cirurgia trouxe para a qualidade de vida dos pacientes). As entrevistas serão transcritas na íntegra pela pesquisadora. O material será analisado a partir do método de análise do discurso, categorizados entre pontos de proximidade e divergências. Após categorização e divisão dos discursos, esses serão analisados e relacionados com as características sociais, clínicas e ocorrência de eventos não esperados no pós-operatório.

Os pesquisadores pretendem entrevistar cerca de 15 pacientes.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As duas recomendações estabelecidas no parecer consubstanciado anterior foram atendidas.

Trata-se de estudo relevante e valioso para os profissionais envolvidos no tratamento das deficiências funcionais do quadril em idosos. Não há problema relevante de cunho ético. Concluo pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-APS recomenda aos Pesquisadores:

Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_984962.pdf	21/11/2017 21:56:11		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_ao_comite.pdf	21/11/2017 21:55:39	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito
Cronograma	Cronograma_modificado.doc	08/11/2017 10:55:35	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_modificado.doc	08/11/2017 10:50:30	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.doc	08/11/2017 10:48:02	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/09/2017 23:15:04	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito
Cronograma	Orcamento.doc	20/09/2017 23:13:35	Karine Rodrigues Afonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Mauren Alexandra Sampaio
(Coordenador)