

# CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

Impacto de um programa formativo na qualidade de vida e vida sexual da pessoa submetida a artrodese Iombar

Marisa Alexandra Martins Vicente

Coimbra, novembro de 2017



# CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

## Impacto de um programa formativo na qualidade de vida e vida sexual da pessoa submetida a artrodese lombar

Marisa Alexandra Martins Vicente

Orientador: Professor Doutor Luís Sarnadas, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, outubro de 2017

"Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada faze únicos benfeitores do mundo."	em. Os insatisfeitos são os
	Walter S. Landor

#### **AGRADECIMENTOS**

Indubitavelmente, a elaboração desta dissertação de mestrado não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este facto, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. Não sendo possível enumerar todos quanto, através do seu conhecimento e de uma partilha permanente, me auxiliaram no desenvolvimento desta dissertação tenho de me limitar a referir apenas alguns. O meu muito obrigado às seguintes pessoas:

Ao Professor Doutor Luís Sarnadas, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela exigência de método e rigor, pela incansável orientação científica, pela revisão crítica do texto, pela pertinência dos seus comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões, e pela acessibilidade e partilha de conhecimento que sempre me concedeu.

Estendo também os meus agradecimentos à Unidade de Saúde *Spine Center* – SANFIL, na pessoa do Diretor Clínico Exmo. Senhor Dr. Luís Teixeira, pela autorização da realização do estudo e aplicação dos instrumentos de colheita de dados na instituição, pelo incentivo e prontidão na resolução de todos os formalismos de forma eficiente e eficaz e esclarecimento de todas as dúvidas que fomos colocando ao longo deste percurso, aqui expressamos o nosso sincero agradecimento! Por ter acreditado e apoiado este projeto desde o primeiro dia em que foi discutido com ele. Agradeço ainda a todos os colaboradores desta unidade de saúde o modo como se disponibilizaram no auxílio dos trabalhos.

A todos os inquiridos que colaboraram neste estudo de modo singular e sem constrangimentos.

Aos professores e colegas do curso de mestrado, com os quais a discussão e partilha de saberes e experiências permitiram que este percurso fomentasse o meu crescimento e realização pessoal.

Agradeço a todos aqueles a quem reiteradamente recorri para a recolha de informação, pela disponibilidade prestada e a seriedade com que receberam o pedido de colaboração, que materializou a parte empírica deste trabalho.

### ABREVIATURAS E SIGLAS

DE – Desempenho emocional

DF – Desempenho físico

DR – Dor corporal

EVA - Escala Visual Analógica

FF – Função física

FS - Função social

GC – Grupo de controlo

GI – Grupo de intervenção

ODI – Oswestry Disability Index

PLISSIT – Modelo de intervenção na avaliação da sexualidade (Permissão, Informação Limitada, Sugestões Especificas, Terapia Intensiva)

QV – Qualidade de vida

SF-36 - Short Form 36 Health Survey Questionnaire

SG - Saúde em geral

SM – Saúde mental

VT - Vitalidade

#### **RESUMO**

A lombalgia é um dos principais problemas de saúde no mundo (Hoy et al., 2012) que afeta significativamente a qualidade de vida da pessoa, nomeadamente a vida sexual, mesmo após artrodese lombar. Este estudo visa avaliar o impacto de um programa formativo pré-operatório, realizado à pessoa com lombalgia submetida a artrodese lombar na retoma da sua vida sexual, capacidade funcional, qualidade de vida e dor, e analisar a influência do sexo e idade na eficácia do programa.

Realizou-se um estudo quantitativo, longitudinal, quase-experimental, com desenho pré e pós-teste. Incluíram-se doentes adultos submetidos a artrodese lombar, sem alterações cognitivas, e com vida sexual ativa. A todos os doentes foi realizada educação sobre a cirurgia e cuidados pós-cirurgia. No grupo de intervenção abordou-se também a retoma da vida sexual. Aplicou-se um questionário que incluiu a Oswestry Disability Index, cujo item 8 avalia a vida sexual, a Short Form 36 Health Survey Questionnaire e a Escala Visual Analógica da Dor. Este questionário foi aplicado em três momentos diferentes: antes da intervenção, no 1º e 3º mês de pós-operatório. Realizou-se uma análise estatística com recurso ao teste U de Mann-Whitney e qui-quadrado, com recurso à regressão linear múltipla, usando o método Stepwise Backward.

Os resultados revelam que foram incluídos 268 doentes (Grupo intervenção: 40, Grupo controlo: 228), maioritariamente mulheres (GI=60%, GC=63%). O grupo de intervenção apresentava doentes com menor idade média (56±12 vs 61±12 anos) e pior capacidade funcional em 2 itens da ODI (p<0.05). Após a cirurgia, o grupo de intervenção obteve melhorias mais significativas (p<0.05) do que o grupo de controlo na retoma da vida sexual, na capacidade funcional e na dor (1° e 3° mês). Na qualidade de vida não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (p>0.05), apesar dos melhores resultados no grupo de intervenção. As mulheres apresentaram uma redução mais significativa (p<0.05) da dor e da capacidade funcional. A idade não se mostrou estatisticamente significativa. O modelo da regressão linear confirmou a eficácia da ação educativa na melhoria de todas as variáveis analisadas.

Em conclusão, o programa formativo mostrou ser eficaz não só na retoma da vida sexual, mas também na melhoria da capacidade funcional e da dor.

Palavras-chave: "Sexualidade"; "Coluna"; "Qualidade de vida"; "Programa formativo"

#### **ABSTRACT**

Low back pain is one of the main health problems in the world (Hoy et al., 2012) that affects quality of life, even after surgery. Sexuality is considerably affected but rarely studied. This study aims to assess the impact of a preoperative education programme, performed by the nurse in patients with lumbar arthrodesis, to improve their sexual life, function capacity, pain and QoL; to analyse the influence of gender and age.

A quantitative, longitudinal, quasi-experimental study was carried out, with pre and post-test design. It included adult patients submitted to lumbar arthrodesis, with no cognitive alterations and with an active sexual life. The patients in the control group were given education on the surgery and post-surgical care. In the intervention group, recovery of sexual life was also discussed. A questionnaire was applied that included the Oswestry Disability Index, the Short Form 36 Health Survey Questionnaire and the Visual Analogue Pain Scale. This questionnaire was applied in three different moments: before the surgery, in the 1st and 3rd month after surgery.

A descriptive and inferential analysis was performed using the Mann-Whitney U-test and chi-square, with resource a multiple linear regression using the Stepwise Backward method.

The results show that, in total, 268 patients were included (intervention group: 40; control group: 228). Patients in intervention group were younger [mean age IG=56(12); CG=61(12) years] and with worse functional capacity (p<0.05). The remaining baseline characteristics were similar. The intervention group presented statistically better results (p<0.05) in sexuality recovery, functional capacity and pain (1st and 3rd months). In the quality of life there were no statistically significant differences (p>0.05) but a tendency for better results in quality of life was observed in intervention group. Women had greater improvements (p<0.05) in pain and functional capacity. These results were confirmed by multiple linear regression.

As conclusion we can say that including sexual education in the pre-operative educational nursing programme significantly improved the recovery of sexuality, function capacity and pain.

Keywords: "Sexuality"; "Spine"; "Quality of Life"; "Patient education"

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mudança média nos itens da Oswestry Disability Index 6 semanas após a cirurgia.	.43
Figura 2 -	Desenho de Investigação	.49
Figura 3 -	Grau de incapacidade no GI e no GC, antes da cirurgia.	.65
Figura 4 -	- Dimensões da escala SF-36 (percentagem) no GI e no GC, antes da cirurgia	.68
Figura 5 -	a) Redução média da Incapacidade na Vida Sexual, na Incapacidade funcional total da coluna lombar e na dor verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 1º mês de pós-operatório. b) Redução média da Incapacidade na Vida Sexual, na incapacidade funcional total da coluna lombar e na dor verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 3º mês de pós-operatório.	.72
Figura 6 -	a) Melhoria na qualidade de vida verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 1º mês de pós-operatório. b) Melhoria na qualidade de vida verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 3º mês de	
	pós-operatório	.73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação dos itens da Oswestry Disability Index no período pré-
operatório em homens e mulheres (Hakkinen et al., 2007)43
Tabela 2 - Score final em percentagem da ODI e o Grau de Incapacidade         56
<b>Tabela 3 -</b> Dimensões e itens da Escala SF-36
Tabela 4 - Resultado da aplicação dos testes de normalidade para avaliação da adesão à normalidade das variáveis dependentes vida sexual e capacidade funcional da coluna lombar
Tabela 5 - Características sociodemográficas do GI e GC, antes da cirurgia         64
Tabela 6 - Capacidade funcional no GI e no GC, antes da cirurgia    65
<b>Tabela 7 -</b> Dimensões da escala SF-36 do GI e do GC, antes da cirurgia67
Tabela 8 - Níveis de dor no GI e no GC, antes da cirurgia    67
Tabela 9 - Incapacidade funcional da coluna lombar no GI e no GC, antes e após a         cirurgia       69
<b>Tabela 10 -</b> Evolução da qualidade de vida no GI e no GC, antes e após a cirurgia71
Tabela 11 - Níveis de dor no GI e no GC, antes e após a cirurgia71
Tabela 12 - Comparação da melhoria na Vida Sexual consoante o GI e o GC, no         1.º e no 3.º mês de pós-operatório
<b>Tabela 13 -</b> Diferença de proporções entre a variável "Tentou retomar a vida sexual após a cirurgia?" e a variável "Grupo de estudo" ao fim do primeiro e do terceiro mês pós-cirurgia
<b>Tabela 14 -</b> Comparação da melhoria na capacidade funcional da coluna lombar consoante o GI e o GC no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Tabela 15 - Comparação da melhoria na Qualidade de Vida consoante o GI e o GC
no 1.º mês de pós-operatório
Tabela 16 - Comparação da melhoria na Qualidade de Vida consoante o GI e o GC
no 3.º mês de pós-operatório
Tabela 17 - Comparação da melhoria dos níveis de Dor consoante o GI e o GC, no
1.º e no 3.º mês de pós-operatório
Tabela 18 - Comparação da melhoria na retoma da vida sexual, na capacidade
funcional da coluna lombar e na dor consoante o sexo, no 1.º e no 3.º
mês de pós-operatório79
Tabela 19 - Comparação da melhoria na retoma da vida sexual, na capacidade
funcional da coluna lombar e na dor consoante a idade, no 1.º e no 3.º
mês de pós-operatório79
Tabela 20 - Resultados da regressão linear (método stepwise backward) para
explicar a melhoria na vida sexual, capacidade funcional da coluna e
dor após a cirurgia, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório (n = 268)80

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	. 23
1. DOR LOMBAR E QUALIDADE DE VIDA	25
1.1. QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS	25
1.2. DOR LOMBAR: CARACTERIZAÇÃO, FATORES DE RISCO E	
TRATAMENTO	28
1.3. IMPACTO DA DOR LOMBAR NA QUALIDADE DE VIDA	32
2. A PESSOA E A ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR	33
2.1. DIFICULDADE NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA	35
2.2. SEXUALIDADE DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA COLUNA LOMBAR	38
3. EFICÁCIA DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE PÓS CIRURGIA À COLUNA LOMBAR	40
PARTE 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	
1. METODOLOGIA	
1.1. TIPO DE ESTUDO	47
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	50
1.3. HIPÓTESES	50
1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	51
1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	54
1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	58
1.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	59

P	ARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	.61
1.	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	.63
	1.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	.63
	1.2. INFORMAÇÃO OBTIDA NOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS ANTES DA CIRURGIA	.64
	1.3. INFORMAÇÃO OBTIDA NOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS DOENTES NO 1º E 3º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO	.68
	1.4. HIPÓTESES TESTADAS	.73
2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	.81
	ARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
	IMITAÇÕES, SUGESTÕES E CONTRIBUTOS	
R	EFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.97
A	NEXOS	
	ANEXO 1 - "Questionário Oswestry V.2.0"	
	ANEXO 2 - "Questionário SF-36"	
	ANEXO 3 - "EVA"	
	ANEXO 4 - "Folheto Informativo – Informações sobre a cirurgia"	
	ANEXO 5 - "Folheto Informativo – Orientações e cuidados gerais pós alta"	
	ANEXO 6 - "Folheto Informativo – Informações sobre a retoma da Vida Sexual"	
$\mathbf{A}$	PÊNDICES	
	APÊNDICE I - Requerimento de autorização de realização do estudo no Spine Center – SANFIL	
	APÊNDICE II - Consentimento Informado para os Participantes	
	APÊNDICE III - Diapositivos do programa de intervenção	
	APÊNDICE IV - Apreciação das diferenças entre grupo de controlo alargado e reduzido	

## INTRODUÇÃO

A lombalgia é um dos principais problemas de saúde no mundo, com uma prevalência estimada de 70 a 80% da população mundial, sendo esta mais prevalente entre as mulheres com 40 a 80 anos de idade (Hoy et al., 2012).

As causas da lombalgia são múltiplas, merecendo diferentes tipos de tratamento consoante a causa (Manusov, 2012), sendo que cirurgia tem sido uma opção cada vez mais usada nas duas últimas décadas (Cheng et al., 2011).

Por outro lado, a sexualidade é um aspeto central na vida humana. Quando a saúde sexual é afetada ocorrem frequentemente uma série de outras alterações no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Anderson, 2013; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006).

Conjugando estas duas problemáticas, sabe-se que a patologia da coluna, nomeadamente, as hérnias discais lombares, pode afetar a sexualidade da pessoa (Akbas et al., 2010; Bahouq, Allali, Rkain, & Hajjaj-Hassouni, 2013).

Por fim, constata-se que os programas de reabilitação após cirurgia lombar têm demonstrado pouco efeito na redução da dor e incapacidade, bem como os programas formativos pré-operatórios - focados numa perspetiva biomédica, baseados apenas em informação sobre o procedimento e anatomia - não tem demonstrado resultados significativos (Louw, Butler, Diener, & Puentedura, 2013). Num estudo realizado em Marrocos (Bahouq et al., 2013), no qual participaram doentes com lombalgia crónica e com vida sexual ativa, verificou-se que a grande maioria referia problemas sexuais, sendo que grande percentagem dessa maioria referia nunca tinha discutido estes problemas com um profissional de saúde. Identificaram-se como principais barreiras a esta discussão o facto de o sexo ainda ser tabu e a falta de condições apropriadas do gabinete de consulta.

Refletindo sobre estes aspetos emerge a seguinte questão: Qual o contributo de um programa formativo pré-operatório providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar, na retoma da sua vida sexual, na

melhoria da capacidade funcional, na melhoria da sua qualidade de vida e na dor após a cirurgia? Esta problemática tornou-se o agente para a realização deste estudo.

O tema escolhido para o desenvolvimento deste estudo, refere-se à atuação do enfermeiro na promoção da vida sexual e da qualidade de vida, na pessoa submetida a artrodese lombar. Nesse sentido, este estudo focou-se na análise de como uma consulta de enfermagem pré-operatória e acompanhamento em consultas pós-operatórias, com enfoque na retoma da vida a doentes submetidos a cirurgia à coluna lombar, pode afetar os resultados em termos de retoma da vida sexual e da qualidade de vida em geral.

A opção pela temática surge de um conjunto de aspetos relacionados com a necessidade sentida correspondente à nossa experiência e prática profissional, pelo facto de lidarmos com muitas dúvidas por parte dos doentes, quer antes, quer após a cirurgia. E também pela necessidade sentida na abordagem desta temática, por se constatar que esta ainda é muito pouco explorada, como iremos demonstrar. Assim, a escolha considerou não só os aspetos anteriormente referidos, mas também o potencial contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, no processo de cuidar o doente com patologia da coluna vertebral, submetido a cirurgia.

No seguimento da questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos: Avaliar o impacto de um programa formativo pré-operatório, providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar na retoma da sua vida sexual, na capacidade funcional, na qualidade de vida e na dor no período pósoperatório; e analisar como as variáveis sociodemográficas sexo e idade influenciam no impacto do programa formativo pré-operatório, nas mesmas variáveis.

Desenvolvemos um estudo quantitativo, quase experimental com desenho antes-pós (pré-teste/pós-teste), com o intuito de dar resposta à questão de investigação, aos objetivos do estudo e às hipóteses formuladas. A colheita de dados foi realizada numa unidade privada e diferenciada de cirurgia da coluna.

A amostra do grupo de intervenção (GI) foi constituída por 40 doentes submetidos a artrodese lombar e que foram sujeitos ao programa formativo. O grupo de controlo (GC) foi constituído por todos dos doentes submetidos a artrodese lombar e que já faziam parte da base de dados do serviço, mas que não foram submetidos ao referido programa, perfazendo uma amostra de 228 doentes. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, aplicado em três momentos diferentes: antes da

intervenção, no 1º e 3º mês de pós-operatório. O questionário incluiu as escalas: *Oswestry Disability Index* (ODI), *Short Form 36 Health Survey Questionnaire* (SF-36) e a Escala Visual Analógica da Dor (EVA).

O presente estudo encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico, resultante da revisão da literatura efetuada, que se encontra dividido em três capítulos. No primeiro são abordados aspetos relacionados com a dor lombar e a qualidade de vida. O segundo capítulo é referente à artrodese lombar e à sexualidade e qualidade de vida da pessoa submetida a essa cirurgia. No terceiro capítulo é feita uma análise à eficácia dos programas formativos na qualidade de vida e vida sexual da pessoa submetida a cirurgia da coluna, à luz dos estudos já realizados sobre este tema.

Na segunda parte apresentamos o enquadramento metodológico, onde é descrito o desenho da investigação, fazendo-se referência ao tipo de estudo, questão de investigação e objetivos do estudo, participantes, instrumentos de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e processo de análise de informação utilizado.

Na terceira parte expomos e analisamos os dados obtidos, procedemos à discussão dos resultados alcançados, confrontando-os com o referencial teórico que serviu de base à conceção deste estudo.

Na quarta parte incluímos as considerações finais, onde constam as conclusões extraídas deste trabalho, efetuando o balanço do percurso desenvolvido, analisando as limitações do estudo e apresentando sugestões para futuras investigações nesta área, com o intuito de alargar os conhecimentos sobre esta temática e de os aplicar na prática dos cuidados de enfermagem.

## PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Vilelas (2009), o enquadramento teórico permite obter informações da situação atual do tema escolhido, conhecer publicações existentes, os aspetos que já foram abordados e verificar as opiniões de vários autores a respeito do problema de investigação, ou seja, conhecer o estado da arte. Sendo através da sua análise que se irá traçar um quadro teórico e fazer a estruturação conceptual que sustentará o desenvolvimento do trabalho.

## 1. DOR LOMBAR E QUALIDADE DE VIDA

A lombalgia é o sintoma musculoesquelético que mais prevalece em todos os distúrbios da coluna vertebral. Constitui-se como um importante problema de saúde pública, devido à alta taxa de prevalência e às repercussões ao nível da incapacidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004; Picavet, 2010). Pode ter importantes consequências aos mais diversos níveis, tais como, emocionais, culturais, cognitivos, biológicos e psicossociais, razão pela qual se constitui num motivo de elevada preocupação nas áreas da saúde (Ladeira, 2011). É igualmente um problema socioeconómico, pois gera aumento do absentismo laboral (Ladeira, 2011; Thelin, Holmberg, & Thelin, 2008). Os dados disponíveis indicam que a dor crónica se apresenta com impacto significativo quer na qualidade de vida e saúde quer na capacidade produtiva da população (Gouveia & Augusto, 2011), o que justifica a necessidade de nos debruçarmos sobre esta temática.

## 1.1. QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

Ao longo de muitos anos, a medicina focou-se unicamente na doença e no tratamento das patologias físicas, com base no modelo biomédico (Breton, 2007). Este modelo tinha um caráter redutor, no sentido em que colocava a doença como fator externo/independente do indivíduo, no qual só o médico poderia intervir no processo da cura (Pais-Ribeiro, 2009). O conceito de saúde era assim reduzido a um mero indicador funcional, com base na ausência de doença. Atualmente, a definição de saúde reflete

uma visão multidimensional, integrando as principais dimensões integrantes do ser humano: a dimensão biológica, psicológica e social (Pais-Ribeiro, 2009).

O progresso da medicina permitiu, entre outras consequências, o aumento da esperança média de vida (Pais-Ribeiro, 2009). Desta forma, doenças letais passam a ser curáveis e/ou controladas. Contudo, este prolongamento da esperança média de vida tem custos, pois o envelhecimento está associado a mais doenças e, consequentemente, passou a ser de grande importância mensurar a forma como as pessoas vivem estes anos a mais (Fleck, 2008; Pais-Ribeiro, 2009). Assim, viver com a sua doença ou viver com a doença dos próximos é, atualmente, uma realidade frequente. Esta tendência levou investigadores e profissionais de saúde a observarem frequentemente a presença de comorbilidades associadas a uma condição crónica, com um impacto significativo na qualidade de vida (Breivik, Collett, Ventafrida, Cohen, & Gallacher, 2006; Pais-Ribeiro, 2009; Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007).

A qualidade de vida surge, assim, neste contexto, como resposta à avaliação de várias áreas e portanto, pode ser definida e avaliada consoante diferentes perspetivas. Nas últimas décadas houve um crescente interesse pelo constructo de qualidade de vida, tornando-se um conceito em voga e bastante popular (Fleck, 2008; Pais-Ribeiro, 2009).

Uma definição encontrada frequentemente na literatura é a da OMS, que a define como sendo a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1996). Por outras palavras, a qualidade de vida é o que a pessoa diz que é, sendo variável de pessoa para pessoa (Pais-Ribeiro, 2009), trata-se de um conceito amplo que abrange a complexidade do constructo e interrelaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Fleck (2008, p. 31) refere que a qualidade de vida "provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem as suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são apreendidas, e uma qualidade de vida alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades". Esta definição vai ao encontro da definição da OMS em que a qualidade de vida baseia-se e está condicionada pela satisfação dos objetivos e expetativas de cada um.

McGuire, em 1991 (citado por Pais-Ribeiro, 2009, p. 13) declara que "todos têm a sua própria ideia do que é qualidade de vida, e é nisso que reside o problema". Esta

afirmação é reveladora da necessidade de haver uma definição, tendencialmente consensual, de qualidade de vida. Dependendo da área de interesse, o conceito, muitas vezes, é adotado como sinónimo de saúde (Michalos, Zumbo, & Hubley, 2000; Schmidt, Power, Bullinger, & Nosikov, 2005), felicidade, satisfação pessoal, condições e estilo de vida (Buss, 2000), entre outros.

Atualmente, a qualidade de vida pode ser definida de duas maneiras: de forma genérica ou relacionada com a saúde. A expressão qualidade de vida relacionada com a saúde - Health Related Quality of Life - está bastante difundida no contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e na aplicação específica da prática clínica (Minayo, Hartz, & Kimura, 2000). Considera-se que o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde é mais amplo quando comparado à definição de qualidade de vida apresentada pela OMS, pois inclui, dentro da perceção de saúde física e mental, outros aspetos como, por exemplo, a capacidade funcional, perceção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a eles relacionados (Silva & Santos, 2009).

A área de conhecimento em qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade, uma vez que, ora a identificam em relação à saúde, ora ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação. Esta forma de saber comprova que todos esses fatores levam a uma perceção positiva de bem-estar (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

A literatura aponta para a grande relevância social e científica da qualidade de vida. Apesar disso, o tema ainda apresenta muitas imprecisões conceituais. O que parece ser consensual é que a qualidade de vida é um conceito multifatorial, subjetivo, que varia com o tempo e baseia-se em aspetos imateriais e na perceção individual. Apesar de haver inúmeras definições, não existe uma definição de qualidade de vida que seja amplamente aceite. É cada vez mais claro que não inclui apenas fatores relacionados com a saúde (como bem-estar físico, funcional, emocional e mental) mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do quotidiano. Assim, diferentes abordagens de análise podem ser úteis para a clarificação do tema, apesar do consenso em torno de alguns elementos em comum: subjetividade, multidimensionalidade e dinamismo.

## 1.2. DOR LOMBAR: CARACTERIZAÇÃO, FATORES DE RISCO E TRATAMENTO

A coluna vertebral é constituída por um conjunto de ossos individuais, denominados por vértebras, que ao serem articulados constituem o eixo central do esqueleto humano, capaz de sustentar e amortecer o peso corporal, favorecer a flexibilidade necessária à movimentação e proteger a medula espinhal. A sua estabilidade depende de um vasto conjunto de músculos, discos intervertebrais e de ligamentos (Vasconcelos, 2004).

A coluna vertebral comporta 33-34 vértebras, sete vértebras cervicais (C1-C7; cervical) que se localizam na região superior da coluna, 12 vértebras torácicas (T1- T12; torax), cinco vértebras lombares (L1-L5; região lombar), imediatamente abaixo, encontram-se cinco vértebras do sacro (S1-S5), e quatro a cinco vértebras mais inferiores, as coccígeas (Vasconcelos, 2004).

A dor lombar é o sintoma musculoesquelético mais predominante, podendo ter repercussões em diversas áreas da vida do ser humano, sendo um motivo de preocupação nas áreas da saúde (Ladeira, 2011). Constitui-se como problema de saúde pública devido à alta taxa de prevalência (afetando 70% a 80% da população mundial) e às repercussões consideráveis ao nível da incapacidade para na realização das atividades laborais, sociais e familiares, bem como na utilização de cuidados de saúde (DGS, 2004; Picavet, 2010; Taimela, Negrini, & Paroli, 2004), sendo comum entre os 55 anos e os 65 anos de vida (Bjorck-van Dijken, Fjellman-Wiklund, & Hildingsson, 2008). Consequentemente, o peso socioeconómico da invalidez por lombalgia em Portugal tem vindo a aumentar, de forma exponencial, sendo os seus custos mais significativos.

De acordo com a DGS (2004), a lombalgia é um sintoma e não uma doença. A sua etiologia é multifatorial e parcialmente conhecida e o mesmo sintoma poderá resultar de fisiopatologias distintas. É uma disfunção de etiologia variada, complexa e altamente discutida, podendo ser desencadeada por fatores de risco biológicos, mecânicos e cognitivos. A lombalgia representa uma entidade sensorial múltipla que envolve aspetos emocionais, culturais, ambientais, cognitivos, biológicos e psicossociais e pode ser definida como uma queixa, dor ou desconforto. Trata-se de um conjunto de manifestações dolorosas que afetam a região lombar, lombossagrada ou a área sacroilíaca (Ocarino et al., 2009), com ou sem dor irradiada para o glúteo, coxa ou membro inferior (Burton et al., 2006; Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010;

Krismer, & van Tulder, 2007; Radu, 2004). Quando a dor segue um trajeto similar, mas atinge o membro inferior até abaixo do joelho, através do nervo ciático, então designase de lombocitalgia (Radu, 2004).

Entre as causas específicas da lombalgia incluem-se as apresentações das doenças degenerativa discal, tais como: hérnia de disco, estenose canalar, discopatia e espondilolistesis, que levam à disfunção e instabilidade. As causas específicas correspondem apenas a cerca de 20% dos casos de lombalgia (Woolf & Pfleger, 2003).

A dor lombar pode surgir a partir de um número de estruturas anatómicas, como os ossos, articulações, ligamentos, discos intervertebrais, estruturas neurais e vasos sanguíneos (Deyo & Weinstein citados por Hoy et al., 2010). É um sintoma extremamente variável, podendo durar uns dias ou persistir por muitos anos. Contudo, as pessoas que experienciam lombalgias durante um período de dias têm predisposição para vivenciarem episódios recorrentes (Hoy et al., 2010).

Consoante o critério temporal, pode ser classificada como aguda, subaguda ou crónica, ou seja, quando a dor tem uma duração menor do que seis semanas, estamos perante a dor lombar aguda; quando dura entre 6 a 12 semanas, a dor é subaguda. Quando a dor lombar perdura no tempo mais de 12 semanas, o diagnóstico quanto ao critério temporal denomina-se de crónica (DGS, 2004; Woolf & Pfleger, 2003). Outros autores (Airaksinen et al., 2006) referem que se existir presença de recorrências de dor lombar por um período de 6 meses, a dor lombar crónica insere-se no diagnóstico. A dor crónica representa cerca de 7% das lombalgias, apesar de se estimar que seja responsável por mais de 75% dos custos despendidos com este sintoma (DGS, 2004). Como consequência do percurso natural da dor lombar, tem-se vindo a observar um aumento da dor lombar crónica (Wolter, Szabo, Becker, Mohadjer, & Knoeller, 2011).

Consoante o mecanismo etiopatogénico, a dor lombar pode classificar-se em mecânica ou não mecânica. As lombalgias mecânicas contribuem para 97% dos casos, pelo que se designam habitualmente por comuns (Matos, 2010). Implicam que a dor seja consequência de uma anomalia estrutural, de um traumatismo ou degenerescência de uma estrutura anatómica normal, sem componente inflamatório considerável, e podem ser devidas a sobrecarga/esforço excessivo, secundária a traumatismo/deformidade ou ainda secundária a uma alteração degenerativa discal ou das articulações interapofisárias posteriores. A dor lombar mecânica simples é o tipo de lombalgia mais frequente e tende a piorar com os movimentos e a melhorar com o repouso. Caracteriza-se por dor

na região lombar e nas nádegas e raramente irradia para as coxas (Orduna citado por Gonçalves, 2015).

A etiologia da lombalgia mecânica é conhecida em apenas 20% dos casos e, na sua maioria, tem por base uma hérnia discal com lesão de uma raiz nervosa (ciática) ou uma fratura osteoporótica. Cerca de 3% das lombalgias (correspondente a 15% das lombalgias mecânicas de etiologia conhecida) correspondem a um síndrome do canal lombar estenótico, situação cada vez mais frequente na clínica devido ao envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência de doença degenerativa da coluna. Os traumatismos e as situações como as anomalias da estática da coluna (escoliose e cifoses) não contam mais que 3 a 4% do número total, correspondendo a 15 a 20% das lombalgias mecânicas de causa conhecida. Os restantes 80% das lombalgias comuns entram no grande grupo do que se designa, nos estudos epidemiológicos, de lesões degenerativas e musculoligamentares, ou seja, não é possível identificar a verdadeira causa da dor (Matos, 2010).

Já a lombalgia não mecânica ou sistémica contribui para apenas 3% dos casos e pode resultar de patologia inflamatória, infeciosa, neoplásica ou metabólica, constituindo a maior indicação para investigação. Geralmente, segundo Chou et. al. (2007) estes quadros fazem-se acompanhar de sinais de alarme que são identificados durante a história clínica e exame físico minucioso. Exemplos de doenças metabólicas que poderão ser responsáveis por dores na coluna vertebral, tal como nos refere Freire (2004), temos a osteoporose e o hiperparatiroidismo que, ao originarem fraturas vertebrais, irão promover alterações biomecânicas nas unidades anátomo-funcionais provocando a lombalgia.

De acordo com Orduna, citado por Gonçalves (2015), a dor inflamatória habitualmente tem um início e evolução progressiva; piora com o movimento, mas não melhora com o repouso, ao contrário da dor lombar mecânica, podendo acordar o doente durante a noite, associando-se a rigidez matinal e apresenta uma distribuição simétrica ou alternante. Exemplos de doenças inflamatórias são as espondiloartropatias.

De acordo com o mesmo autor, na lombalgia infeciosa a dor é intensa, acompanhada de febre, sendo que o foco infecioso pode ser ou não identificado. Habitualmente, o processo infecioso tem origem no disco intervertebral, podendo estender-se para as vértebras e tecidos adjacentes.

Segundo Queiroz (2003), os principais fatores de risco no desenvolvimento das lombalgias são: a altura superior a 180cm no homem e 170 cm na mulher, a obesidade, a diminuição da força muscular do abdómen e dos músculos intervertebrais pela falta do exercício físico, por exemplo, as alterações das curvaturas normais da coluna como escolioses e hipercifoses, malformações da coluna vertebral, gravidez, traumatismos de repetição, condução excessiva de automóveis, desportos violento e/ou competitivos, entre outros. De acordo com o mesmo autor, os outros fatores de risco das lombalgias relacionam-se com a atividade profissional: os trabalhos pesados, a elevação de cargas, as posturas prolongadas quer na posição de sentada quer na posição ortostática, os movimentos frequentes de flexão e torsão, os trabalhos repetitivos e a exposição a vibrações.

Ponte (2005) agrupa três grandes fatores de risco para o desenvolvimento da dor lombar: fatores mecânicos (posturas não adequadas ao trabalho, vibração e tarefas repetitivas), os fatores pessoais (idade, sexo, obesidade e tabagismo) e os fatores psicológicos que condicionam a cronicidade da lombalgia.

Os tratamentos para a lombalgia crónica variam de acordo com as causas e o grau da condição clínica do doente, existindo dois grupos de tratamentos: tratamento conservador e tratamento cirúrgico. De acordo com cada caso específico, o médico orienta o doente para o tipo de tratamento mais adequado. Usualmente o tratamento inicial é conservador, utilizando-se repouso, medicação analgésica e anti-inflamatória, relaxantes musculares e/ou antidepressivos e fisioterapia focada para analgesia na fase aguda. Após esta fase sugere-se o reforço muscular orientado, com o objetivo de prevenir o avanço da degeneração discal e dividir a carga vertebral com a musculatura adjacente. Nos casos mais graves ou em caso de insucesso neste tipo de tratamento é substituído por alternativas terapêuticas de complexidade progressiva, nomeadamente o tratamento cirúrgico (Morlion, 2013).

A maioria dos episódios de lombalgia são benignos e autolimitados, contudo, segundo alguns autores (Arantes et al., 2007; Freburger et al., 2009; Harkness, MacFarlane, Silman, & McBeth, 2005; Manchikanti, Singh, Datta, Cohen, & Hirsch., 2009), 2% a 7% de pessoas com lombalgias desenvolvem lombalgia crónica, altamente incapacitante e prolongada no tempo, com um impacto significativo na qualidade de vida, consumindo mais de 80% dos recursos médicos gastos.

### 1.3. IMPACTO DA DOR LOMBAR NA QUALIDADE DE VIDA

A dor é entendida como uma experiência percetual complexa, multidimensional, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente (Sousa & Silva, 2005). Atualmente a definição de dor mais referenciada, e a mais consensual, é a definição da Associação Internacional de Estudos da Dor que descreve a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão tecidular real ou potencial, ou descrita em termos deste tipo de dano (Ferreira, 2011).

A dor crónica pode levar à diminuição da qualidade de vida por meio do sofrimento, tratamentos sem sucesso, dependência de medicamentos, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais. Além de limitar as atividades laborais e de lazer e reduzir a capacidade funcional (Elliott, Renier, & Palcher, 2003), a lombalgia assume-se atualmente como uma das principais causas de dor crónica, afetando uma percentagem significativa da população. É uma causa importante de incapacidade com repercussões a nível pessoal, socioeconómico e profissional, contribuindo para a deterioração da qualidade de vida. Constitui um problema músculo-esquelético muito frequente na população ocidental adulta, que pode levar à incapacidade ao longo do tempo, ao absentismo e ao uso frequente dos serviços de saúde (Gore, Sadosky, Stacey, Tai, & Leslie, 2012).

Vários estudos demonstraram que os doentes com lombalgia crónica apresentam uma deterioração na qualidade de vida comparativamente com a população saudável, repercutindo-se negativamente tanto a nível funcional como emocional. Tal como referem Rabini et al. (2007), encontram-se comprometidas as atividades da vida diária, atividade profissional e a independência individual, necessitando muitas vezes dos cuidados de terceiros.

Lamers, Meerding, Severens, e Brouwer (2005) desenvolveram um estudo com 483 pacientes de lombalgia, em que estudaram a qualidade de vida e a produtividade. Os autores encontraram uma correlação moderada entre produtividade e qualidade de vida e concluíram que baixos níveis de qualidade de vida estão associados à perda de eficiência e ao absentismo. Isto é importante, essencialmente, quando se considera a avaliação económica nos programas de cuidados de saúde.

Mason, Mathias, e Skevington (2008) também desenvolveram um estudo em doentes com lombalgia crónica com objetivo de relacionar a aceitação da dor com a qualidade

de vida e concluíram que a qualidade de vida está positivamente associada com a aceitação da dor, e com o compromisso da atividade, ou seja, relatos de níveis de dor mais baixos estavam associados a melhor qualidade de vida e menor incapacidade física.

Antonopoulou, Alegakis, Hadjipavlou, & Lionis (2009) realizaram um estudo cujo objetivo foi o de explorar a associação entre a patologia musculoesquelética e a qualidade de vida e a saúde mental. A amostra era constituída por 10000 indivíduos, entre os 20 e os 75 anos, que frequentavam os cuidados primários, em Creta, na Grécia. Os resultados indicaram que 71,2% dos indivíduos apresentavam dores lombares com um impacto na sua qualidade de vida. Foi observado ainda uma relação significativa entre lombalgia e qualidade de vida, especificamente, com a dimensão física e a depressão. Assim, os autores Antonopoulou et al. (2009) concluíram que as patologias musculoesqueléticas não são somente um problema físico, mas também um problema saúde mental, que afeta varias dimensões na vida do indivíduo.

Desta forma, a dor lombar é vista como um problema de saúde pública, com importância clínica, social e económica, que afeta a população indiscriminadamente e que deve ser tratada de maneira efetiva. Nesse contexto, avaliar a intensidade da dor, a qualidade de vida e a incapacidade física ocasionada pela dor possibilita o conhecimento aprofundado sobre o indivíduo com dor lombar crónica.

#### 2. A PESSOA E A ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR

As patologias lombares são uma das principais causas de absentismo laboral e gestão em saúde. Segundo a Agência Europeia de Higiene e Segurança no Trabalho citada por Oliveira (2011), a lombalgia é o principal problema de saúde relacionado com o trabalho, sendo que 24,7% dos trabalhadores da União Europeia apresentam essa sintomatologia.

A incidência de doenças degenerativas da coluna vertebral tem aumentado nas últimas décadas em decorrência da crescente expectativa de vida populacional. Em relação ao tratamento cirúrgico, Deyo, Gray, Kreuter, Mirza, & Martin (2005), demonstraram que o número de artrodeses lombares aumentou em 220% entre 1990 e 2001. A indicação do tratamento cirúrgico fundamenta-se em achados clínicos, alterações nos exames de imagem e, principalmente, na melhoria da dor e do estado funcional (Falavigma,

Righesso-Neto, & Teles, 2009). A artrodese da coluna lombar é considerada um procedimento cirúrgico relevante no tratamento das patologias lombares. Surgiu em 1911, como alternativa de tratamento para processos infeciosos que acometiam a coluna, posteriormente evoluiu como opção terapêutica para deformidades ósseas e ferimentos traumáticos. A familiaridade crescente estendeu o uso da fusão para a instabilidade degenerativa. Com os avanços nas técnicas operatórias, em implantes e instrumental, a artrodese lombar começou a ser utilizada para o tratamento de casos de espondilolistese, discopatias dolorosas, hérnia discal com instabilidade da coluna lombar, e ainda em casos de trauma e tumores (Kim, Mortaz Hedjri, Coyte, & Rampersaud, 2012). No entanto, as suas indicações, técnicas e resultados ainda permanecem controversos (Hanley & David, 1999). Mesmo assim o número de fusões aumentou drasticamente nos últimos anos e disparou ao final da década de 90, sendo os Estados Unidos o país que mais realiza esse tipo de procedimento.

A artrodese é um procedimento realizado para causar fusão óssea numa articulação, causando a sua imobilidade, trata-se de um tratamento cirúrgico das doenças da coluna vertebral que causam instabilidade. Portanto ao realizar o procedimento causa-se a estabilidade da coluna através da imobilidade de algum(ns) dos seu(s) segmento(s). Em geral, dois a três segmentos da coluna podem ser fixados/ fundidos sem que haja prejuízo significativo da movimentação global da coluna, pois os segmentos saudáveis continuam a realizar os movimentos mais importantes da coluna (Kim et al., 2012).

A artrodese pode necessitar de materiais especiais, tais como: parafusos, barras, placas, pinos, cages, entre outros. Mas o que vai causar a fusão óssea é a colocação de enxerto, que pode ser obtido do próprio doente (antólogo) ou sintético. De acordo com o mesmo autor, a artrodese convencional é feita com uma incisão na linha mediana da coluna lombar, com exposição de dois ou três corpos vertebrais para o acesso aos discos afetados. Após o descolamento muscular, é feita uma pequena abertura na porção óssea da coluna lombar para a remoção dos discos afetados e implante dos enxertos de osso (cages) no espaço discal. São introduzidos parafusos próprios de titânio dentro das vértebras (nada fica exposto fora da coluna) para promover a fixação e estabilização dos enxertos ósseos, permitindo, assim, a fixação adequada e mobilização precoce do paciente com bastante segurança.

Os equipamentos atuais permitem a realização da artrodese da coluna com a colocação de materiais de forma minimamente invasiva, através de pequenas incisões na pele (percutâneo) e com mínima agressão aos tecidos adjacentes e menor perda de sangue.

## 2.1. DIFICULDADE NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

A sexualidade tem sido descrita como uma parte essencial de toda a pessoa, sendo um aspeto complexo da vida humana, que compreende muito mais do que o ato sexual (Dincer, Cakar, Kiralp, & Dursun, 2007). Segundo Cardoso (2004), a esfera sexual situada entre a parte fisiológica e a psicossocial constitui uma área de intervenção daquilo a que se chama abordagem holística da doença. Para Paisana e Almeida (2007), hoje em dia não se consegue compreender como é que na maior parte dos programas de reabilitação, ainda é possível descurar a vertente sexual. A este propósito afirmam: "Dáse muita ênfase à reabilitação física. E bem, não podia ser doutra forma. No entanto, acho que não se deve esquecer a ligação tão próxima que a sexualidade mantém com a saúde física e psicológica de todos nós" (Paisana & Almeida, 2007, p. 56).

A sexualidade é reconhecida como uma parte importante nas intervenções de enfermagem. Contudo, parece ser uma temática de difícil integração nos cuidados de enfermagem, no sentido de proporcionar uma sexualidade saudável às pessoas que são alvo dos seus cuidados. A capacidade e a disponibilidade dos profissionais para discutir a sexualidade continuam pouco consistentes e a inadequada formação e a falta de conforto foram as principais razões apontadas pelos profissionais para o seu não envolvimento na reabilitação sexual (Haboubi & Lincoln, 2003). Além dos problemas sexuais não serem abordados pelos profissionais de saúde, na maior parte dos casos os doentes também se sentem incapazes de dialogar com os profissionais de saúde acerca das suas dificuldades sexuais e preferem pesquisar, nos livros ou em outros pontos de informação, a solução para os seus problemas.

Segundo Noronha (2015), e de acordo com os dados publicados pela agência Nacional de Estatísticas do Canadá, quatro em cada cinco pessoas experimentará pelo penos um episódio de dor lombar incapacitante ao longo da vida, sendo que cerca de 84% dos homens e 73% das mulheres com dor lombar relatam uma diminuição significativa da libido, da satisfação sexual e da frequência de relações sexuais como consequências.

Araujo et al. (2010) referem que a limitação na mobilidade das articulações intervertebrais da coluna lombar é apontada como importante causa frente à inabilidade física durante o intercurso e certamente contribui para a insatisfação sexual.

De acordo com o Teixeira (citado por Noronha, 2015), as repercussões sexuais da lombalgia são muitas vezes subestimadas devido às barreiras e a preconceitos existentes entre o doente e o seu médico assistente na abordagem deste tema. A preparação dos clínicos, o tempo e a privacidade são algumas das causas apontadas para a pouca abordagem ao assunto, mas os preconceitos dos próprios doentes relativamente ao tema, continuam a ser o principal motivo indicado para a falta de esclarecimento com as consequências que daí advêm.

Um estudo recente realizado na Holanda a um grupo de Neurocirurgiões sobre o nível de conhecimento no que se refere à disfunção sexual em patologia da coluna e as formas para a ultrapassar, a frequência com que abordam esse tema nas suas consultas e sobre as barreiras com que se deparam na discussão sobre a saúde sexual com os seus doentes revelou que 73% dos inquiridos admitiu que quase nunca incluem questões sobre a sexualidade e a saúde sexual, na suas consultas e no acompanhamento aos seus doentes. As principais razões para não discutir a saúde sexual foram: idade avançada dos seus doentes (42%), a falta de conhecimento sobre o tema (38%) e falta de iniciativa dos doentes para abordar o assunto (36%), 26% indicaram falta de tempo como uma razão (Korse, Nicolai, Both, Vleggeert-Lankamp, & Elzevier, 2016). Este estudo revela ainda que o aconselhamento sobre a sexualidade nas suas consultas, muitas vezes não é feito.

Os profissionais hesitam em abordar a sexualidade, e as barreiras relatadas na literatura incluem conhecimentos e habilidades limitados, elevado nível de desconforto por parte da equipa, falta de oportunidade na abordagem, perceções de que é outra área de especialização, falta de prontidão do doente e atitudes discriminatórias ou mal informadas.

Post, Gianotten, Heijnen, Lambers, e Willems (2008), Kendall et al. (2003), e Haboubi e Lincolin (2003) referiram ainda outras barreias, tais como a falta de formação (79%), falta de tempo (67%) e constrangimento (50%) e mostraram que o nível de formação destes profissionais era extremamente pobre, destacando a sua falta de oportunidade para a formação em questões de sexualidade. Neste estudo, os terapeutas eram os mais pobres nestes aspetos mencionados, quando comparados com os enfermeiros e médicos.

Negligenciar esta área importante impede o aconselhamento e intervenção adequada. Assim, para melhorar a qualidade da função sexual, primeiramente, é preciso conseguir lidar com a doença crónica, sendo o primeiro passo a inclusão de questões sobre a sexualidade na rotina do atendimento do paciente. Outros questionários para avaliar como a pessoa lida com a doença e a presença de baixa auto-estima e depressão também devem ser utilizados ao estudar a função sexual. O esclarecimento do impacto de fatores físicos e psicológicos ajudará a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doenças reumáticas crónicas (Ostensen, 2009).

A identificação dos problemas sexuais faz parte dos cuidados holísticos, por isso, tornase importante a comunicação com o doente numa linguagem que ele entenda. A
comunicação implica que o profissional de saúde possua capacidades de escuta ativa,
técnicas para levar a expressar sentimentos, estratégias para mostrar aceitação,
estabelecimento de objetivos e resolução de problemas, não esquecendo que quando há
uma incapacidade funcional real, devemos ajudar as pessoas a redefinir a sua
sexualidade, salientando que não se limita à funcionalidade, mas envolve sobretudo
afetividade que pode ser explorada a vários níveis (Galhordas & Lima, 2004).

O modelo PLISSIT é útil para ajudar os profissionais de enfermagem, assim como outros técnicos de saúde, a avaliar o seu papel no aconselhamento sexual até um nível que se sinta confortável (Garret, Teixeira, & Martins, 2006). PLISSIT é um acrónimo para a permissão, informação limitada, sugestão específica e terapia intensiva. Segundo este modelo, a maioria das pessoas com problemas sexuais pode resolver estas dificuldades se receberem autorização para expressão sexual, ter atividade e desejo sexual e discutirem a sexualidade, se receberem informações limitadas sobre assuntos sexuais e sugestões específicas sobre maneiras de melhorar os problemas sexuais.

A utilização do modelo PLISSIT no aconselhamento sexual, permite que o profissional de saúde vá até um nível em que se sinta confortável. Deve começar pela *permissão*, demonstrando ao doente que se compreendem e aceitam as suas limitações de ordem sexual, avaliando a sua abertura para a abordagem da temática, transmitindo-lhe segurança. (Garret et al., 2006).

Ainda segundo os mesmos autores, no nível seguinte — *informação limitada* — é exigida alguma informação detalhada acerca do que o preocupa, assim como o momento de apresentar as diversas alternativas para o desempenho do ato sexual, tais como a utilização de medicação apropriada e utilização de mecanismos, como cremes

lubrificantes, entre outros. No terceiro nível – *sugestões específicas* – é como que uma continuidade do patamar anterior, o profissional poderá facultar sugestões e dar respostas, como orientações de mudança comportamental que possam levar o doente a atingir os seus objetivos. No último nível apontado por Garret et al. (2006) – *terapia Intensiva* – há um encaminhamento para as consultas com terapeutas especializados, quando necessário.

Este modelo é particularmente adequado para ser utilizado entre a equipa multidisciplinar, onde os diferentes membros contribuem com diferentes níveis de capacidade, conhecimento e experiência no aconselhamento em sexualidade (Fronek, Booth, Kendall, Miler, & Geraghty, 2005).

A sexualidade, em geral, e especificamente, a sexualidade da pessoa com lombalgia ou da pessoa submetida a artrodese lombar, tem-se revelado como um tema tabu, controverso e ao qual tem sido dada pouca importância. Neste sentido, é importante que seja abordado de forma clara, digna e eticamente correta, não criando falsas expectativas tendo em conta as características de cada lesão. Pretende-se com isso, que os profissionais de saúde sejam mais envolvidos em assuntos da sexualidade, levando a que possam sentir-se mais à vontade em dialogar mais com os doentes, numa perspetiva de educação para a saúde e reabilitação sexual.

## 2.2. SEXUALIDADE DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA COLUNA LOMBAR

A dor lombar crónica, bem como o seu tratamento cirúrgico, podem afetar todos os aspetos da vida, incluindo o funcionamento sexual. A diminuição sexualidade não é uma condição que representa um risco de vida, mas constitui-se como um problema sociocultural generalizado que pode trazer sérios problemas psicológicos, com diminuição da autoestima, e prejudicar as relações sociais.

Num estudo desenvolvido por Akbas et al. (2010), com o objetivo de avaliar os problemas sexuais e padrões comportamentais de doentes antes e após cirurgia para correção de hérnia discal lombar verificou-se que 55% dos homens e 84% das mulheres experienciaram problemas sexuais após o início da lombalgia. Os problemas mais frequentes foram, no caso dos homens, a diminuição do desejo sexual (18%), a ejaculação prematura conjuntamente com disfunção eréctil (18%) e, nas mulheres, a

diminuição do desejo (47%). Ainda de acordo com o mesmo estudo, a frequência de relações sexuais antes da cirurgia estava reduzida em 78% dos casos quando comparada com o período antes da dor lombar. Após a cirurgia, verificou-se uma média de 26,5 dias até à retoma das relações sexuais. O aumento da frequência de relações sexuais e a diminuição dos problemas teve alteração estatisticamente significativa após a cirurgia. Estes autores concluem que, apesar de a cirurgia melhorar este problema, não lhe é dada suficiente atenção pelos cirurgiões e que dedicar algum tempo a este aspeto na consulta pré-operatória pode melhorar a sexualidade, nomeadamente o tempo de retoma da atividade sexual, e a qualidade de vida destes doentes (Akbas et al., 2010).

Noutro estudo, confirmou-se que a saúde sexual em doentes operados é melhor do que naqueles que não o são. Contudo, após um período de 2 anos, verifica-se que existem alterações da sensibilidade genital em ambos os sexos e alterações no orgasmo (mulheres) e na ejaculação (homens; Hagg, Fritzell, & Nordwall, 2006).

Constata-se ainda que, apesar de a qualidade de vida e incapacidade destes doentes melhorar com a cirurgia, a saúde não é a mesma que a da população geral (com características similares), tanto na saúde física como na mental (Pekkanen et al., 2013).

Em suma, a cirurgia tem benefícios inequívocos, mas não totalmente satisfatórios. Neste sentido, as expectativas e preocupações dos doentes são uma variável essencial nesta área. Num estudo realizado em Marrocos (Bahouq et al., 2013), no qual participaram 100 doentes com lombalgia crónica e com vida sexual ativa, verificou-se que 81% referia problemas sexuais, sendo que destes, 66% nunca tinha discutido estes problemas com um profissional de saúde.

Identificaram-se como principais barreiras a esta discussão o facto de o sexo ainda ser tabu e a falta de condições apropriadas do gabinete de consulta. Verificou-se ainda que: 93% dos doentes expressaram necessidade de uma consulta para ajuda à gestão destes problemas; 74% esperavam ter informação e aconselhamento por parte do profissional de saúde sobre posições sexuais para evitar a dor; 33% gostariam de ter o/a parceiro/a envolvido na consulta; 81% preferia falar com profissional de saúde do mesmo género (Bahouq et al., 2013). Esta dificuldade de os doentes falarem com o médico sobre sexo não é recente (Driscoll, Garner, & House, 1986), mas parece manter-se mesmo após o virar do segundo milénio (Nusbaum & Hamilton, 2002). Verifica-se também que a colheita de informação pré-operatória da história sexual do doente, aspeto normalmente não abordado, facilita a deteção de problemas e a sua resolução (Nusbaum & Hamilton,

2002) e, ainda, que as médicas podem ter mais dificuldades que os médicos em fazê-lo (Nusbaum & Hamilton, 2002).

Noutro estudo, demonstrou-se que o medo do movimento no período pós-operatório explica de forma significativa a dor, a incapacidade e a saúde física destes doentes. A mesma correlação não se verifica com o medo pré-operatório. Estes resultados sublinham a importância de avaliar a variável "medo do movimento" para melhorar os *outcomes* da cirurgia (Archer et al., 2011). Este medo do movimento prender-se-á com vários aspetos da vida: caminhar, trabalhar, ter sexo, *etc*. Outro estudo avaliou a relação entre as expectativas pré-operatórias em relação ao período pós-cirúrgico em 155 doentes submetidos a cirurgia lombar (Yee, Adjei, Do, Ford, & Finkelstein, 2008). Verificou-se que doentes com expectativas mais elevadas reportaram melhorias mais significativas no domínio físico do SF-36 após a cirurgia, sendo que em 81% dos doentes as expectativas foram correspondidas (Yee et al., 2008). Estes resultados sublinham a importância da adequada educação terapêutica e informação facultada ao doente também no período pré-operatório.

Em suma, parte do problema explica-se pelo facto de se verificarem ainda inconsistências na forma como é gerida a reabilitação pós-operatória à coluna lombar o que leva a incertezas quer entre profissionais de saúde, quer, principalmente, nos doentes, nomeadamente, no que concerne às restrições pós-operatórias, a retoma da atividade e de regresso ao trabalho (McGregor, Burton, Sell, & Waddell, 2007). Os possíveis efeitos da cirurgia da coluna vertebral sobre a saúde sexual são amplamente reconhecidos. No entanto, o aconselhamento sobre saúde sexual parece completamente negligenciado pelos profissionais de saúde, uma vez que a grande maioria não discute essa realidade com seus doentes e não os aconselham sobre a promoção da saúde sexual após o tratamento cirúrgico (Korse et al., 2016).

## 3. EFICÁCIA DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE PÓS CIRURGIA À COLUNA LOMBAR

A adequação da informação orientada para satisfazer as necessidades educacionais do doente cirúrgico, quer antes da cirurgia, quer na preparação do regresso a casa já provou ser essencial (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Está também bem estabelecido que

doentes que deixam o hospital com pouca ou nenhuma informação recorrerem mais aos serviços de saúde, nem que seja para se assegurarem que estão a gerir bem a situação (Henderson & Zernike, 2001). Em termos globais, as principais necessidades educativas de doentes submetidos a cirurgia geral, com curto tempo de internamento, salientam-se as relacionadas com a atividade física, cuidados com a ferida cirúrgica, complicações e gestão da dor (Jacobs, 2000). Estas necessidades variam obviamente com o tipo de cirurgia, estando este tipo de cuidados mais desenvolvido em algumas áreas, como por exemplo na pessoa submetida a ostomia (Pieper et al., 2006), do que noutras.

O facto de o tempo de internamento após cirurgia eletiva à coluna lombar ser cada vez mais reduzido coloca um desafio aos enfermeiros na preparação para o regresso a casa do doente (Holmes & Lenz, 1997; Jacobs, 2000). Apesar de este não ser um problema recente (Holmes & Lenz, 1997), o mesmo não se encontra ainda satisfatoriamente resolvido. Não é habitual, por exemplo, a existência de consulta de enfermagem, pré e/ou pós-operatória, em que seja providenciada educação para a saúde e esclarecidas dúvidas. Isto para a maioria das cirurgias, mas especificamente nos doentes submetidos a cirurgia à coluna lombar (McGregor, Henley, Morris, & Dore, 2012). Também não é prática generalizada facultar a informação transmitida em suporte escrito (e. g., folhetos) aos doentes, que são tão valorizados por eles (McGregor et al., 2012). Estes panfletos reduzem a sensação de insegurança, promovem crenças positivas e encorajam a rápida retoma da atividade, providenciando conselhos práticos de autogestão (McGregor et al., 2007)

Mesmo que a *internet* seja hoje um meio muito utilizado pelos doentes, e que pode efetivamente ser um bom instrumento de educação nestes casos (Ghobrial, Mehdi, Maltenfort, Sharan, & Harrop, 2014), também é evidente que ainda existem muitas dificuldades em obter informação fiável por este meio. É reconhecido que este tipo de informação deve, preferencialmente, ser validada junto do profissional de saúde, como já se referiu. Isto é tanto mais importante quanto perpassa todo o tipo de doentes, já que o nível educacional não está associado a melhores *outcomes* pós-cirúrgicos (Olson et al., 2011), o que salienta a importância de esta preparação para a alta ser individualizada e importante para todos os doentes.

Os enfermeiros têm tido neste âmbito uma intervenção que se vem salientando cada vez mais. Por exemplo, um estudo Canadiano, demonstrou que um enfermeiro especializado é capaz de fazer, em consulta própria, inclusivamente, o diagnóstico e gestão inicial

destes doentes, com elevada concordância com o desempenho do cirurgião (Sarro, Rampersaud, & Lewis, 2010). Os doentes revelaram uma satisfação de 97% com a consulta inicial de enfermagem e de 94% com o rigor do exame físico da mesma. Conclui-se assim que o enfermeiro pode desenvolver uma intervenção eficaz e efetiva na prestação de cuidados específicos de gestão da doença nesta especialidade (Sarro et al., 2010), mesmo em áreas que não são do seu *core* de intervenção.

Outro estudo, desenvolvido já em 1998, no Reino Unido, que avaliou a eficácia de um programa educacional conduzido por enfermeiro especialista verificou-se que a educação pré-operatória melhorou a vitalidade e saúde mental dos doentes (SF-36) (Douglas, Mann, & Hodge, 1998)

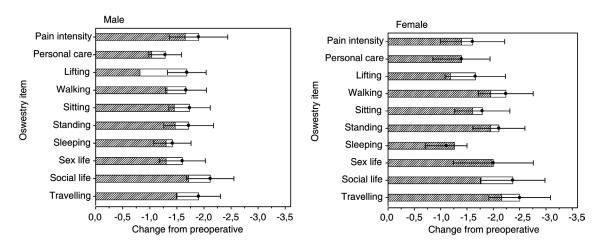
No domínio do exercício pós cirúrgico, há uma década não existia ainda suficiente evidência sobre qual a intensidade adequada e qual o período pós-cirúrgico mais indicado para iniciar atividade física (Ostelo et al., 2003; Selkowitz et al., 2006). Em 2009, contudo, uma atualização de uma revisão sistemática de 2003 (Ostelo, Costa, Maher, de Vet, & van Tulder, 2009) conclui, entre outros aspetos, que programas de exercício com início 4 a 6 semanas após a cirurgia levam a um mais rápido alívio da dor e diminuição da incapacidade; que não existe diferença nos resultados consoante o programa de exercício seja supervisionado por profissional ou realizado em casa. Por fim, que a taxa de reoperação não difere entre os grupos.

Devem também ser consideradas as diferenças entre sexos no que concerne à incapacidade pré-cirurgia e, compreensivelmente, à melhoria pós-cirurgia. Num estudo, Hakkinen, Kautiainen, Jarvenpaa, Arkela-Kautiainen, & Ylinen (2007), avaliaram estas diferenças através da escala mais usada neste âmbito, a ODI, verificando que as mulheres apresentam mais incapacidade do que os homens nos domínios: caminhar, vida sexual, vida social e viajar (Tabela 1). Já no pós-operatório, nos homens as mudanças são maiores na dor, na vida social e no viajar, enquanto nas mulheres a melhoria é maior no caminhar, vida social e viajar (Figura 1; Hakkinen et al., 2007).

**Tabela 1** - Pontuação dos itens da *Oswestry Disability Index* no período pré-operatório em homens e mulheres (Hakkinen et al., 2007)

	Pre-operative value	ie	
	Male $(N = 60)$ , mean (SE)	. ,,	
1. Pain intensity	3.2 (0.2)	3.4 (0.2)	0.44
2. Personal care	1.7 (0.1)	2.0 (0.3)	0.26
3. Lifting	3.1 (0.1)	3.4 (0.2)	0.16
4. Walking	2.0 (0.2)	2.7 (0.2)	0.033
5. Sitting	2.9 (0.2)	3.1 (0.2)	0.52
6. Standing	2.9 (0.2)	3.4 (0.2)	0.098
7. Sleeping	1.8 (0.2)	1.8 (0.2)	0.87
8. Sex life	2.2 (0.2)	3.1 (0.3)	0.0074
9. Social life	3.0 (0.2)	3.4 (0.2)	0.034
10. Travelling	2.6 (0.2)	3.4 (0.2)	0.015

Fonte: Adaptado de Hakkinen et al. (2007, p. 149)



Fonte: Adaptado de Hakkinen et al. (2007, p. 149)

Figura 1 - Mudança média nos itens da Oswestry Disability Index 6 semanas após a cirurgia.

Mais recentemente tem estado em voga programas educacionais baseados na neurociência da dor em doentes submetidos a cirurgia lombar. A título de exemplo, num destes estudos, 10 doentes foram receberam uma sessão pré-operatória individualizada de um fisioterapeuta sobre a neurociência da dor, acompanhada por um panfleto. Os principais resultados parecem indicar uma expectativa mais realista da dor no período pós-operatório (Louw, Diener, & Puentedura, 2015). Noutro estudo, apesar de semelhantes resultados em termos de dor e incapacidade, este tipo de programa educacional melhora a forma como os doentes experienciam o processo e diminui os

recursos por eles usados posteriormente, isto é, providencia maior sensação de segurança e autocontrolo (Louw, Diener, Landers, & Puentedura, 2014). Outros tópicos que podem fazer parte deste tipo de abordagem são explicar o processamento da dor, a sensitização nervosa periférica, o efeito da ansiedade e do *stress* na dor, a cirurgia e o sistema nervoso e como diminuir a sensitização nervosa (Louw et al., 2013).

PARTE 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica de um estudo de investigação consiste em explicar a forma como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. A metodologia adotada reflete o caminho traçado pelo investigador, de modo a obter respostas às questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos delineados para o estudo (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

#### 1. METODOLOGIA

A fase metodológica de um estudo de investigação consiste em explicar a forma como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. A metodologia adotada reflete o caminho traçado pelo investigador, de modo a obter respostas às questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos delineados para o estudo (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Por conseguinte, a metodologia é o principal alicerce e desempenha um papel crucial em qualquer investigação e surge em estreita ligação com a justificação da problemática, ou seja, se a investigação da temática se justifica, se é relevante, de que forma e com que recursos os investigadores pretendem estudá-la e acrescentar conhecimento. Esta é a questão que pretendemos responder de seguida. Assim, este capítulo traduz a sequência de etapas percorridas nos diferentes momentos de pesquisa. Apresentamos de seguida o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, as hipóteses; a operacionalização das variáveis em estudo, a população e amostra, o instrumento para colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico efetuado aos dados colhidos.

### 1.1. TIPO DE ESTUDO

Na opinião de Quivy e Campenhoudt (2008) definir a metodologia a adotar é essencial para tomar decisões que permitam encontrar respostas à problemática da investigação. Neste sentido a reflexão sobre as metodologias existentes foi essencial para que a escolha do método de investigação fosse a mais adequada ao presente estudo, concluindo-se que a opção metodológica deveria ser a quantitativa. Esta enfatiza o

raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, sendo um processo sistemático de colheita e análise de dados. Portanto, realizou-se um estudo quantitativo, longitudinal, quase-experimental, com desenho antes-após (pré-teste/pós-teste) composto por dois grupos: o grupo de intervenção e o grupo de controlo.

Como instrumento de colheita de dados utilizámos um questionário (ver ponto 6.5), aplicado em três momentos diferentes (antes da cirurgia e nos 1.º e 3.º mês após a mesma), daí a designação de quantitativo e longitudinal, respetivamente.

A classificação como estudo quase-experimental justifica-se porque, tal como referem Fortin et al. (2009) existe uma intervenção, que neste caso será a aplicação de um programa de formação, realizado no momento da consulta de enfermagem préoperatória com reforços nas consultas de acompanhamento médico de 1º e 3º mês de pós-operatório, e não existe randomização dos doentes propostos para cirurgia.

A diferença entre um estudo quase-experimental para um estudo experimental é facultada de forma clara por Fortin et al. (2009, p. 274):

"Os desenhos quase-experimentais não satisfazem todas as exigências do controlo experimental, diferentemente dos desenhos experimentais verdadeiros. Como já mencionámos, a randomização dos participantes nos grupos experimental e testemunho permite obter uma equivalência probabilística entre os grupos na variável dependente. O desenho quase-experimental e o desenho experimental verdadeiro têm em comum comportarem a manipulação de uma variável; mas o primeiro difere do segundo pela ausência de grupo de controlo ou da repartição aleatória."

Os doentes assistiram a um programa formativo de enfermagem que contou com sessões individuais, com o enfermeiro, em sala própria, com a participação da pessoa que submetida a cirurgia. A informação oral foi reforçada com a entrega de folhetos com informações sobre a cirurgia, com orientações e cuidados gerais pós-alta e com informações específicas sobre a retoma da vida sexual (Anexos 4, 5 e 6). Como meio auxiliar da sessão, foi usado um computador com a projeção de uma breve apresentação em Powerpoint® (Apêndice III) para ajudar em termos visuais e de sistematização de informação.

Para a elaboração desse programa contamos, previamente, com os esclarecimentos e indicações fornecidas por especialista na área da sexualidade.

O GC foi constituído pelas pessoas que já faziam parte da base de dados do serviço envolvido, isto porque, as escalas mencionadas neste projeto já eram preenchidas por rotina neste serviço. Também os momentos de colheita de dados são os mesmos, ou seja, com este trabalho de investigação a única modificação foi a introdução de um programa formativo, constituído por uma sessão de educação mais uniformizada e com conteúdo mais específico. Desta forma, o grupo de controlo não foi prejudicado face ao grupo de intervenção. A modificação decorreu de uma melhoria contínua das práticas, que neste caso foi avaliada.

Na imagem seguinte (Figura 2) apresenta-se um esquema com os elementos principais do desenho de investigação, procurando sintetizar e clarificar a sua metodologia.

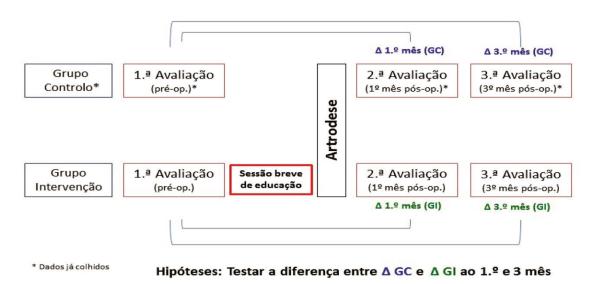


Figura 2 - Desenho de Investigação

Foram comparados as médias dos resultados obtidos no GI antes, no 1º e 3º mês de pósoperatório e o mesmo para o GC. Posteriormente, foram comparadas as médias antes e depois da aplicação do programa formativo de enfermagem, isto é foram comparadas as médias do grupo que foi submetido ao programa formativo (GI) e as médias do grupo que já fazia parte da nossa base de dados mas que não teve esta intervenção (GC).

## 1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Todo o trabalho de pesquisa deve ser iniciado com a colocação de algum tipo de problema ou questão. Uma questão de investigação consiste num enunciado que deve ser claro, que precisa os conceitos a estudar e especifica a população alvo, sugerindo uma investigação empírica (Fortin et al., 2009).

Na sequência deste estudo surge-nos a questão de investigação que pretende exprimir o mais possível aquilo que o investigador quer saber e compreender, constituindo a premissa fulcral sobre a qual se apoiam os resultados da investigação.

Assim, a questão de investigação definida para o presente estudo é a seguinte: Qual o impacto da realização um programa formativo pré-operatório, providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar, na retoma da sua vida sexual, na melhoria da capacidade funcional, na melhoria da sua qualidade de vida e na dor após a cirurgia?

Segundo Fortin et al. (2009, p. 99), "O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação".

Neste sentido, formulamos como objetivos deste estudo: Objetivo principal - Avaliar o impacto de um programa formativo pré-operatório, providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar na retoma da sua vida sexual no período pós-operatório (1º e 3º mês); Objetivos secundários - Avaliar o impacto de um programa formativo pré-operatório, providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar na capacidade funcional, na qualidade de vida e na dor no período pós-operatório (1.º e 3.º mês); Analisar se as variáveis sociodemográficas sexo e idade influenciam no impacto do programa formativo pré-operatório.

## 1.3. HIPÓTESES

A hipótese de investigação é uma resposta temporária e provisória, que o investigador propõe face a uma interrogação formulada a partir de um problema, sendo que enuncia as relações previstas entre duas ou mais variáveis (Vilelas, 2009).

As hipóteses que se seguem pretendem dar resposta aos objetivos atrás estabelecidos, avaliando diferenças em termos vida sexual, capacidade funcional, qualidade de vida e dor.

**Hipótese 1** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de vida sexual, no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

**Hipótese 2** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de capacidade funcional da coluna lombar, no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

**Hipótese 3** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de qualidade de vida, no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

**Hipótese 4** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de dor, no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

**Hipótese 5** – O impacto deste programa formativo é diferente consoante o sexo e a idade.

**Hipótese 6 -** Que variáveis se mostram significativas num modelo de regressão linear para explicar a melhoria na retoma da vida sexual, na capacidade funcional da coluna lombar e na redução da dor em pessoas submetidas a artrodese lombar.

## 1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

À luz do atual conhecimento científico, a operacionalização das variáveis constitui-se como uma fase crucial no processo de investigação, contribuindo de modo decisivo para o rigor e objetividade de um estudo. Segundo Vilelas (2009), este processo define-se como o percurso de uma variável, de modo a que nela se encontrem dados empíricos que permitam avaliar o seu comportamento efetivo.

Referindo Fortin et al. (2009), a variável dependente é aquela que é afetada e/ou explicada pelas variáveis independentes e irá sofrer alterações com as modificações por elas originadas. No fundo, é esta a variável que o investigador pretende compreender e explicar. Neste estudo, referimos que o resultado da intervenção será avaliado através da mudança que se verifique em termos de quatro conceitos fundamentais: vida sexual; capacidade funcional, qualidade de vida e dor. Assim, temos quatro indicadores de variáveis dependentes: 1) Capacidade funcional da coluna lombar, avaliada através do score global da ODI. Variável quantitativa; 2) Vida sexual - variável quantitativa, avaliada através do item 8 da ODI, medida através de escala *likert* de 5 pontos, que varia entre "A minha vida sexual é normal e não faz aumentar a dor" e "A dor impedeme de ter uma vida sexual."; 3) Qualidade de vida - avaliada através dos scores das oito dimensões da escala SF-36 e do score global da ODI. Estas variáveis são ambas quantitativas; 4) Dor: Avaliada através de uma escala EVA de 10 pontos.

Os mesmos autores consideram que as variáveis independentes são as que afetam as outras variáveis, não necessitando estar relacionadas entre si. Neste sentido, e decorrente da fundamentação teórica que realizámos, a variável independente é o programa formativo realizado pelo enfermeiro no pré-operatório, com reforço no pós-operatório. Esta variável é qualitativa e dicotómica (a pessoa participou ou não participou no mesmo). O programa contou de sessões individuais com o enfermeiro, em sala própria, com a participação da pessoa que será operada e, se caso fosse seu desejo, da participação da pessoa significativa. Como meios auxiliares da sessão, foi usado um computador com a projeção de uma apresentação de *powerpoint* para ajudar em termos visuais e de sistematização da informação. Foram ainda facultados folhetos com informação sobre: 1) Informações sobre a cirurgia (Anexo 4); 2) Orientações e cuidados gerais pós-alta (Anexo 5); 3) Informações sobre a retoma da vida sexual (Anexo 6).

De referir que a mudança introduzida por esta intervenção ao que vem sendo prática habitual nesta unidade de saúde é apenas a enfoque específico na vida sexual, conjugado com a apresentação de powerpoint e entrega de folheto específico. Os restantes folhetos eram já entregues, pelo que a educação pré-operatória já existia. De igual forma, os instrumentos de colheita de dados que foram aplicados neste estudo também já o eram anteriormente, nos mesmos períodos (antes, após o 1º e 3º mês), sendo que de momento se possuem dados de cerca de 300 pessoas.

Ainda de acordo com os autores anteriormente mencionados, as variáveis atributo são as características dos indivíduos num estudo. Neste contexto, como *variáveis atributo* do nosso trabalho considerámos: idade e sexo. Quanto à idade, avaliámos de forma quantitativa, registando a idade em anos da pessoa. Para efeito de teste estatístico e atendendo ao tamanho da amostra dicotomizámos esta variável em dois grupos, dividindo-os pela mediana da idade da amostra (considerando os participantes do controlo e do grupo de intervenção em conjunto). O sexo é uma variável qualitativa, dicotómica.

## 1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo que a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais se desejam fazer generalizações (Fortin et al., 2009).

Participaram neste estudo todas as pessoas submetidas a artrodese lombar e que aceitaram participar de forma livre e esclarecida e que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: adultos (≥ 18 anos); sem alterações da capacidade de comunicação e compreensão da informação; pessoas com parceiro sexual antes da cirurgia e/ou antes do início dos sintomas.

Habitualmente, nos estudos experimentais procede-se ao cálculo do tamanho da amostra necessária *a priori*, como nos explicam Loureiro e Gameiro (2011, p. 159):

Estas análises são, na maioria das vezes, utilizadas nos desenhos experimentais podendo ser usadas, quer na fase de planeamento dos estudos (a priori), por exemplo, para determinar o tamanho da amostra necessário para um determinado poder ou, então, na fase de interpretação dos resultados (a posteriori) que é este caso, especialmente, quando as diferenças não são significativas.

Contudo, segundo estes autores, considerando que a amostra foi a maior possível – como será no nosso caso – resta calcular o poder *a posteriori*. Nesse sentido, procedemos a este cálculo com o *software* o G\*Power® 3.1.

No nosso caso, estimámos o seguimento de cada doente cerca de 3 meses. Atendendo a que por semana eram habitualmente realizadas 3 artrodeses, se todos os doentes

cumprissem critérios de inclusão e aceitassem participar, previmos incluir cerca de 12 doentes por mês. Assim, disponibilizando cerca de 3 meses para inclusão de doentes e os correspondentes 3 meses para seguimento do último doente incluído, disponibilizámos 6 meses para colheita de dados. Como tal, esperávamos incluir cerca de 36 doentes no grupo de intervenção. Acabámos por incluir 40 doentes.

O resultado do *effect size* (*d* de Cohen), ou magnitude de efeito, foi então estimado usando os valores da média e desvio padrão obtidos pelo GI e GC na ODI total e no item 8 referentes ao 1.º e 3.º mês. Os valores obtidos foram de 0,14 e 0,22 para a ODI total ao 1.º e 3.º mês, respetivamente, que se podem interpretar como baixos e de 0,74 e 0,82 para o item 8 da ODI, que se podem considerar como valores de magnitude de efeito médio/alto (Loureiro & Gameiro, 2011).

Relativamente ao grupo de controlo, este foi constituído por todas as pessoas submetidas a artrodese lombar, que já faziam parte da base de dados do serviço e com os mesmos critérios de inclusão da amostra, mas que não foram sujeitos ao programa formativo, sendo constituído por 228 doentes.

Pelo facto de possuirmos dados de um número consideravelmente maior de participantes no grupo de controlo (n = 228) comparado com o grupo de intervenção (n = 40), vimos na necessidade de optar se deveríamos usar todo o grupo (colhido durante os 3 anos anteriores ao início da intervenção) ou se deveríamos usar apenas o grupo de doentes em período homólogo no ano anterior (n = 78). Para avaliar a opção mais adequada realizámos alguns testes que apresentamos em apêndice (IV). Após a análise desses testes verificámos que não existiam diferenças entre o grupo de controlo total ou o homologo. Por essa razão, sustentada pela referência de Stuart e Rubin (2008, pp. 171-172) "large pools of potential controls are beneficial, as many articles show that much better balance is achieved when there are many controls available for the matching", decidimos usar a amostra de 228 doentes como grupo de controlo.

### 1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para realizar um estudo de investigação, o investigador deve adequar os instrumentos de colheita de dados aos objetivos propostos, às questões de investigação, à amostra que selecionou e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa. Segundo Alves (2010),

constitui um requisito fundamental a ser adaptado e adequado ao que se pretende estudar para a validade do estudo.

O método de colheita de dados que selecionámos para a realização desta investigação foi o questionário, preenchido pelos participantes, aplicado em três diferentes momentos: antes da intervenção e no 1.º e 3.º mês de pós-operatório.

Os dados demográficos e clínicos foram colhidos pela enfermeira. O questionário incluiu as escalas que avaliaram os *outcomes* em causa, tratam-se de instrumentos métricos validados em língua portuguesa: ODI (*Oswestry Disability Index*) - versão 2.0 designadamente, SF-36 (*Short Form 36 Health Survey Questionnaire*) e EVA (Escala Visual Analógica de dor)

#### Oswestry Disability Index

O ODI é utilizado para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física (Coelho, Siqueira, Ferreira, & Ferreira, 2008). Foi publicado em 1980 e tornou-se num dos principais instrumentos de medida utilizados nas alterações patológicas da coluna vertebral (Fairbank & Pynsent, 2000). A versão portuguesa foi sujeita a tradução e adaptação linguística (Martins, 2002), tendo sido confirmada a sua fiabilidade e validade (Pereira, 2003). Permite avaliar a incapacidade gerada por dor lombar específica ou não específica em várias atividades funcionais, e é constituído por 10 questões, contendo cada uma delas seis possibilidades de resposta, que reflete a repercussão das lombalgias nas atividades da vida diária (dor, cuidados pessoais, levantar objetos, marcha, sentar, ficar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viajar) para identificar as suas limitações. Cada afirmação é pontuada de 0 (ausência de disfunção) a 5 (maior disfunção) e o score final, em percentagem, mede o grau de incapacidade: 0% - 20% - incapacidade mínima; 21% - 40% - incapacidade moderada; 41% - 60% - incapacidade severa; 61% - 80% - incapacidade muito severa; 81% - 100% - exagero dos sintomas, apresentado no Tabela 2 (Fairbank & Pynsent, 2000).

Tabela 2 - Score final em percentagem da ODI e o Grau de Incapacidade

Cotação	Grau de Incapacidade
0% - 20%	Incapacidade mínima
21% - 40%	Incapacidade Moderada
41% - 60%	Incapacidade Severa
61% - 80%	Incapacidade muito Severa
81% - 100%	Exagero dos sintomas

Fonte: Adaptado de Fairbank e Pynsent (2000)

### Short Form 36 Health Survey Questionnaire

O SF-36 constitui um indicador genérico do estado de saúde englobando oito das suas dimensões mais importantes (Ferreira 2000; Severo et al., 2006), que detetam tanto os estados positivos como os negativos através da avaliação de 36 itens, representados no Tabela 3 (Ferreira, 2000).

Tabela 3 - Dimensões e itens da Escala SF-36

Dimensão	N.º de itens	Itens
FF – Função Física	10	3a; 3b; 3c; 3d; 3e; 3f; 3g; 3h; 3i; 3j
DF – Desempenho Físico	4	4a; 4b; 4c; 4d
DE – Desempenho Emocional	3	5a; 5b; 5c
DR – Dor Corporal	2	7; 8
SG – Saúde em Geral	5	1; 11a; 11b; 11c; 11d
VT-Vitalidade	4	9a; 9e; 9g; 9i
FS – Função Social	2	6; 10
SM – Saúde Mental	5	9b; 9c; 9d; 9f; 9h

Fonte: Adaptado de Ferreira (2000).

As oito dimensões de saúde avaliadas são: Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Desempenho Emocional (DE), Dor Corporal (DR), Saúde em Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS) e Saúde Mental (SM).

A dimensão correspondente à função física pretende medir desde a limitação para executar atividades físicas menores, como tomar banho ou vestir-se, até às atividades mais exigentes, passando por atividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância.

As dimensões de desempenho medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas,

a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas.

As escalas da dor representam não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a extensão da forma como interfere nas atividades usuais.

A dimensão da saúde geral pretende medir o conceito de perceção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, aos olhos dos respondentes e em relação às restantes perguntas, menos redundante.

A dimensão referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. A escala da funcionalidade pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente.

A dimensão da saúde mental inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental. São elas a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. Por fim, a escala da transição ou mudança de saúde pede à pessoa que informe, com base na experiência previamente vivida, a quantidade de mudança em geral na sua saúde.

As várias dimensões contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de Likert. Os itens de cada escala estão apresentados na Tabela 3.

Cada uma das dimensões é classificada de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível), de onde se compreende que valores acima dos 50 e à medida que nos aproximamos de valores próximos dos 100%, estamos perante valores que revelam um melhor estado saúde, em detrimento dos valores inferiores a 50 que revelam, gradualmente, um pior estado de saúde. Não há um *score* global.

As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física e saúde mental. A primeira engloba as dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde em Geral; enquanto a segunda agrupa: Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental.

A criação da versão portuguesa, com adaptação cultural e linguística do SF-36, foi efetuada por Ferreira em 2000. Em 2003, com uma amostra representativa da população portuguesa, foram obtidos resultados genéricos de cada uma das dimensões. Em 2006,

Milton Severo e a sua equipa demonstraram que este questionário avalia efetivamente a dimensão física e mental do estado de saúde, comprovando a sua fiabilidade e validade (Severo et al., 2006).

#### Escala Visual Analógica

A EVA é escala utilizada para a avaliação da dor, para que seja possível realizar uma avaliação quantitativa, para o seu diagnóstico, para o acompanhamento e tratamento. A EVA varia de 0 a 10, sendo 0 *a ausência de dor* e 10 *a pior dor*. Dessa forma, de 0-2 é considerada *dor leve*; de 3-7, *moderada*; de 8-10 *a dor forte*. Uma melhoria de 2 pontos é considerada um bom resultado (Carvalho & Kowacs, 2006).

## 1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação, segundo Fortin et al. (2009), ao ser aplicada ao ser humano pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, assim, é importante ter em consideração as premissas para proteger os mesmos. De acordo com os códigos de ética, distinguem-se cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados aos seres humanos: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, direito a um tratamento justo e leal.

No decorrer da presente investigação, estão subjacentes princípios orientadores da prática de modo a orientarem todas as decisões éticas e morais, com as quais nos deparamos, e de modo a não descurar valores subjacentes à conduta humana e a garantir o respeito pelos direitos dos participantes.

A esse respeito solicitou-se o parecer sobre a realização do estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cuja autorização foi obtida a 26 de junho de 2016. Após este parecer, e a fim de respeitar os procedimentos formais e éticos, foi pedida autorização para a sua realização ao Diretor Clínico do *Spine Center* - SANFIL (Apêndice I), com quem o projeto já tinha sido discutido.

Obtida esta autorização elaborou-se o consentimento informado (Apêndice II) para todos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Neste consentimento, os doentes foram esclarecidos quanto à finalidade, ao objetivo do estudo, à garantia de confidencialidade, ao caráter voluntário da sua participação e quanto ao tipo de estudo

(quase-experimental) e de intervenção. Após a leitura devida e os necessários esclarecimentos verbais, todos os participantes que o assinaram decidiram participar de forma voluntária. Neste contexto referem Polit, Beck, e Hungler (2004), o consentimento indica que os participantes têm informações apropriadas relativamente à pesquisa; entendem a informação e têm o poder da livre escolha e de participação voluntária na pesquisa ou de declinar a participação. A nota mais importante foi provavelmente a garantia, por nossa honra e comprometimento profissional e ético, que os dados individuais dos participantes, fossem eles de identificação ou quaisquer outros, não seriam, nem foram, facultados a mais ninguém. A própria base de dados para tratamento estatístico contou com dados codificados, não passíveis de identificação da pessoa.

Os questionários foram preenchidos na nossa presença, e colocados numa base de dados a que só a mesma teve acesso. Assim, manteve-se o mais possível o anonimato.

### 1.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para o tratamento estatístico dos dados usou-se o programa de análise estatística SPSS, IBM  $20.0^{\$}$ . Assumiu-se  $\alpha = 0.05$  como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor (p < 0.05).

A descrição das variáveis realizou-se com recurso a medidas de estatística descritiva, nomeadamente de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), bem como a tabela de frequências e percentagens. Os dados são também apresentados na forma de gráficos de barras.

Para determinar a possibilidade de utilização de testes paramétricos procedeu-se à validação dos seus pressupostos, começando-se pelo pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente. Na Tabela 4 apresentam-se os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lillifors e do teste de Shapiro wilk. Pela observação do resultado dos testes verifica-se a rejeição da hipótese nula (p < 0.05), ou seja, a rejeição da normalidade da distribuição destas variáveis. Assim, optou-se pela realização de testes não paramétricos. De referir para testar a influência da variável idade nas variáveis dependentes optou-se por dicotomizar a variável acima e abaixo da

mediana de idade (58 anos). Esta opção justifica-se pela relevância clínica desta comparação mas também pela análise da amplitude e distribuição da idade da amostra.

**Tabela 4 -** Resultado da aplicação dos testes de normalidade para avaliação da adesão à normalidade das variáveis dependentes vida sexual e capacidade funcional da coluna lombar

Variável	Grupo	Kolmogorov-Smirnov com correção de Lillifors		Shapiro-Wilk	
		Estatística	p	Estatística	p
ODI item 8 -	Grupo de Intervenção	0,215	< 0,001	0,877	< 0,001
Vida Sexual	Grupo de controlo	0,155	< 0,001	0,903	< 0,001
ODI total	Grupo de Intervenção	0,150	0,023	0,971	0,384
ODI total	Grupo de controlo	0,074	0,043	0,987	0,194

Em termos de estatística recorreu-se assim ao teste U de Mann-Witney para testar o  $\Delta$ GC e o  $\Delta$ GC (Figura 2), quer ao 1º quer ao 3.º mês de *follow-up* para todas as variáveis em teste (Hipóteses 1, 2, 3 e 4). Foi também este o teste usado para comparar as melhorias consoante o sexo e a idade (Hipótese 5).

Tendo-se identificado que houve pessoas que não responderam ao item 8 da ODI, após a intervenção, e tendo-se verificado que essa não resposta correspondia, em todos os casos, ao facto de estas pessoas nem sequer terem tentado retomar a vida sexual, optouse por criar uma nova variável, dicotómica, em que se registou se a pessoa tentou ou não retomar a vida sexual após a cirurgia. Para comparar a diferença de proporções relativamente a esta variável em ambos os grupos recorreu-se ao teste do qui-quadrado (Hipótese 1).

Para aferir da possibilidade de existirem variáveis que tendo obtido significância estatística na análise univariada (p < 0.05) a não mantivessem quando considerada a coinfluência de outras variáveis (Marôco, 2011). O objetivo deste teste não foi, portanto, obter um modelo preditivo. Se assim fosse, várias outras variáveis preditoras necessitariam de ser testadas. O objetivo foi essencialmente aferir do real valor da intervenção deste estudo (Hipótese 6). Realizou-se então uma regressão linear múltipla, usando o método *Stepwise Backward*, no qual todas as variáveis (participação na intervenção, género e idade) são inicialmente introduzidas no modelo e depois, por etapas, cada uma pode ser ou não eliminada.

# PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos a análise descritiva dos resultados obtidos, bem como a análise inferencial através dos testes estatísticos utilizados para a verificação das hipóteses. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e/ou figuras, precedidos de uma breve análise. Posteriormente, procedemos à discussão dos mesmos.

## 1. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segue-se a apresentação dos resultados deste estudo, que se dividiu nas seguintes partes: caracterização da amostra, análise da informação obtida nos questionários antes e depois da cirurgia e na apresentação dos resultados das hipóteses testadas.

## 1.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nas Tabelas seguintes apresentam-se as características demográficas e clínicas do GI (40 doentes) e do GC<sup>1</sup> (228 doentes), antes da cirurgia.

Nas Tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam-se as características demográficas e clínicas dos GC e GI.

Na Tabela 5 é possível verificar que amostra é constituída maioritariamente por mulheres, tanto no GI (60%) como no GC (63%), com uma média de idades (desvio padrão) de 56,9 (15,7), apresentando diferença estatística (p < 0.05) entre os dois grupos (GC = 56,3 [12,4] *versus* GI = 60,9 [12,0] anos). Relativamente ao estado civil, verificase que o maior número de pessoas é casado, tanto no GI (70%) como no GC (76,8%).

63

 $<sup>^{1}</sup>$  Em apêndice (apêndice IV) apresentam-se para além das características do grupo de controlo total (n = 228) também as características de um subgrupo deste (n = 77), em cujos doentes a cirurgia se realizou no período homólogo ao do grupo de intervenção. Neste apêndice apresentam-se ainda razões para a escolha do grupo de 228 participantes em detrimento do grupo de 77 participantes.

Tabela 5 - Características	sociodemográficas do	GI e GC, antes da cirurgia

Características sociodemográficas	$\mathbf{GI}$ $n = 40$	GC $n = 228$	<i>p</i> value	Amostra Total n = 268
Sexo Feminino, n (%)	24 (60,0)	144 (63,2)	0,703 <sup>a</sup>	168 (62,7)
Sexo Masculino, n (%)	16 (40,0)	84 (36,8)		100 (37.3)
Idade, anos, média (DP)	60,9 (12,0)	56,3 (12,4)	$0,022^{b}$	56,9 (15,7)
[Mín-Máx]	[36-78]	[22-83]		[22-83]
Estado Civil, n (%)				
Casado	28 (70,0)	175 (76,8)	0,641ª	203 (75,7)
Solteiro	3 (7,5)	20 (8,8)		23 (8,6)
Viúvo	4 (10,0)	14 (6,1)		18 (6,7)
Divorciado	5 (12,5)	19 (8,3)		24 (9,0)

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup>Teste do Qui-Quadrado; <sup>b</sup>Teste U de Mann-Whitney; GI: Grupo de Intervenção; GC: Grupo de Controlo

## 1.2. INFORMAÇÃO OBTIDA NOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS ANTES DA CIRURGIA

#### **Capacidade Funcional**

Na Tabela 6 compara-se a capacidade funcional da coluna nos dois grupos, verificando-se que o *score* médio total do GI é maior do que o do GC (46,0% *versus* 41,5%, respetivamente). Analisando os resultados das questões que constituem esta escala de avaliação da capacidade funcional da coluna lombar, que correspondem a atividades de vida diária, e que descrevem as limitações resultantes da lombalgia, e tendo em conta que quanto maior a pontuação maior o grau de incapacidade, podemos dizer que no GI as características que se encontram mais afetadas são: ficar de pé (3,4), vida sexual (3,0), levantar objetos (2,9) e dor (2,8); enquanto as características que se encontram ligeiramente menos afetadas são: vida social (2,4), sentar (2,2), marcha (1,8), viajar (1,7) e cuidados pessoais e dormir (1,5). Já no GC as características que se encontram mais afetadas são: ficar de pé (3,2), a dor (2,5) e levantar objetos (2,5), enquanto as características ligeiramente menos afetadas são: vida sexual e vida social (2,2), sentar (2,1), marcha (1,8), viajar (1,6), dormir (1,5) e levantar objetos (1,3). Podemos verificar que o GI, além de apresentar um maior número de características mais afetadas, apresenta valores superiores de incapacidade nessas mesmas características. De uma

forma geral as médias são mais elevados no GI e os itens levantar objetos e vida sexual apresentam uma diferença estatisticamente significativa (p < 0.05).

Tabela 6 - Capacidade funcional no GI e no GC, antes da cirurgia

Características Clínicas – Antes da Cirurgia.	$\mathbf{GI}$ $n = 40$	GC $n = 228$	p value <sup>a</sup>
ODI Média (DP)			
Dor (0-5)	2,8 (1,3)	2,5 (1,5)	0,278
Cuidados pessoais (0-5)	1,5 (0,8)	1,3 (1,0)	0,130
Levantar objetos (0-5)	2,9 (1,2)	2,5 (1,2)	0,048
Marcha (0-5)	1,8 (1,3)	1,8 (1,2)	0,968
Sentar (0-5)	2,2 (1,2)	2,1 (1,2)	0,800
Ficar de pé (0-5)	3,4 (1,0)	3,2 (1,3)	0,450
Dormir (0-5)	1,5 (1,2)	1,5 (1,3)	0,993
Vida sexual (0-5)	3,0 (1,3)	2,2 (1,7)	0,002
Vida social (0-5)	2,4 (1,4)	2,2 (1,5)	$0,322^{*}$
Viajar (0-5)	1,7 (1,3)	1,6 (1,4)	0,574
Total (0-100 %)	46,0 (13,8)	41,5 (15,9)	0,100

Nota. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo; ODI = Oswestry Disabilaty Index <sup>a</sup>Teste U de Mann-Whitney.

Na Figura 3 apresenta-se o grau de incapacidade devido à lombalgia (avaliado pelo *score* total da ODI) em ambos os grupos, dividido por categorias, verificando-se que no GI existe maior percentagem de pessoas com grau de incapacidade severa, muito severa e com exagero dos sintomas do que no grupo do controlo.

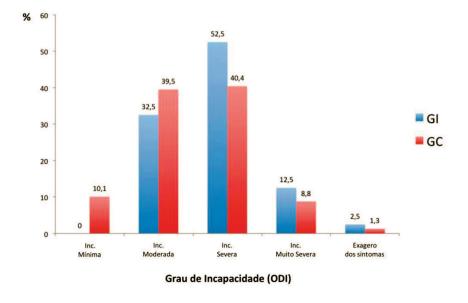


Figura 3 - Grau de incapacidade no GI e no GC, antes da cirurgia.

#### Qualidade de vida

Na Tabela 7 é possível analisar a diferença entre o GC e GI nas oitos dimensões que constituem a escala de avaliação da qualidade de vida, SF-36, sendo que valores mais altos na pontuação indicam melhor qualidade de vida. Assim, verificamos que no GI há maior relevância (com índice de melhor qualidade de vida) nas dimensões Função Social (63,8%), Desempenho Emocional (56,9%) e Saúde Geral (54,2). E menor relevância (com índice de pior qualidade de vida) as dimensões Saúde mental (43,9%), Vitalidade (43,6%), Dor Corporal (32,1%), Função Física (30,5%) e Desempenho Físico (25,5%). No GC verifica-se maior relevância nas dimensões Função Social (63,6%), Desempenho Emocional (56,9%) e Saúde Geral (50,2). E menor relevância nas dimensões Saúde Mental (46,1), Vitalidade (40,6%), Função Física (31,6%), Dor Corporal (30,3%) e Desempenho Físico (26,8%).

Em suma, podemos dizer que são de enfatizar as dimensões: Saúde Geral, Função Social e Desempenho Emocional, que apresentam valores médios superiores a 50% em ambos os grupos. Observa-se ainda que a dimensão Desempenho Físico é aquela que apresenta os valores médios mais baixos tanto no GI (25,5%) como no GC (26,8%). Assim, verificamos que, em ambos os grupos, os resultados de quase todas as dimensões apresentam valores médios baixos (abaixo dos 50%), o que revela um índice de qualidade de vida baixo. Da análise da Tabela 7 podemos ainda dizer que nas oito dimensões que constituem esta escala não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p < 0,05), ou seja, estamos perante dois grupos clinicamente semelhantes.

Tabela 7 - Dimensões da escala SF-36 do GI e do GC, antes da cirurgia

Dimensões da Escala SF-36	GI	GC	a volvo a
– Antes da Cirurgia	n = 40	n = 228	p value <sup>a</sup>
SF-36 (0-100 %) (DP)			
Função Física	30,5 (23,1)	31,6 (24,0)	0,782
Desempenho físico	25,5 (25,6)	26,8 (26,7)	0,919
Dor Corporal	32,1 (21,2)	30,3 (19,7)	0,538
Saúde Geral	54,2 (18,1)	50,2 (19,3)	0,227
Vitalidade	43,6 (24,5)	40,6 (24,0)	0,514
Função Social	63,8 (28,0)	63,6 (19,5)	0,965
Desempenho emocional	56,9 (37,0)	56,9 (36,6)	0,870
Saúde Mental	43,9 (21,6)	46,1 (24,6)	0,551

*Nota*. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo; SF-36 = *Short Form 36 Health Survey Questionnaire*. <sup>a</sup>Teste *U* de Mann-Whitney.

#### Níveis de dor

Na Tabela 8 podemos verificar que, relativamente à avaliação da dor, também não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p > 0.05) ainda que o GI apresente uma média de dor mais elevada do que o GC (GI = 5.2 [2.7] versus GC = 4.6 [3.1]).

Tabela 8 - Níveis de dor no GI e no GC, antes da cirurgia

Níveis de Dor – Antes da Cirugia,	GI $n = 40$	GC $n = 228$	p value <sup>a</sup>
EVA média (DP)	5,2 (2,7)	4,6 (3,1)	0,246

Nota. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo. <sup>a</sup>Teste U de Mann-Whitney.

Na Figura 4 apresentam-se os valores das oito dimensões da escala SF-36, reportados na Tabela 7, para permitir uma melhor visualização em ambos os grupos, verificando-se que estamos perante grupos muito semelhantes em termos de qualidade de vida e que a dimensão Desempenho Físico é aquela que se apresenta com menor score em ambos os grupos.

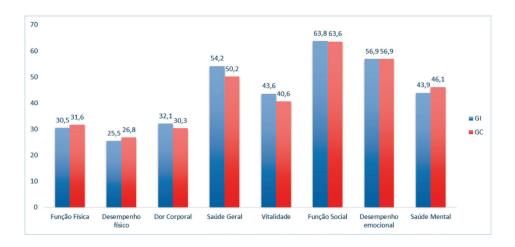


Figura 4 - Dimensões da escala SF-36 (percentagem) no GI e no GC, antes da cirurgia

## 1.3. INFORMAÇÃO OBTIDA NOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS DOENTES NO 1º E 3º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO

De seguida apresenta-se a comparação dos dois grupos em termos da evolução nas variáveis avaliadas, desde a avaliação antes da cirurgia até ao terceiro mês após a mesma (Tabelas 9, 10 e 11).

### Capacidade Funcional no 1º e 3º mês

Na Tabela 9 verifica-se que o GI no 1º mês de pós-operatório apresenta como atividade diária mais afetada a atividade de levantar objetos (3,5), seguindo-se a atividade ficar de pé (2,4). As atividades ligeiramente menos afetadas são cuidados pessoais (1,7), vida social (1,3), Vida Sexual (1,2), Sentar (1,2), Marcha (1,0), dormir e viajar (0,8). No terceiro mês de pós-operatório o GI continua a apresentar a atividade levantar objetos (3,5) como sendo a mais afetada, seguindo-se a atividade ficar em pé (2,3). As outras atividades apresentam-se como menos afetadas, nomeadamente sentar (1.1), vida social, marcha e dor (0,8), cuidados pessoais (0,7), dormir (0,5) e vida sexual (0,4).

O GC no 1º mês de pós-operário apresenta como atividades mais afetadas o levantar objetos (3,3) e a vida sexual (2,5). E como atividades ligeiramente menos afetadas apresenta ficar em pé (2,2), cuidados pessoais (1,7), sentar (1,4), vida social (1,3), dor e marcha (1,1), viajar (1,0) e dormir (0,8). No 3º mês de pós-operatório, o GC, apenas mantém como mais afetada a atividade de levantar pesos (2,7), seguindo-se ficar de pé

(1.9), vida sexual (1,5), sentar e dor (1,0), vida social (0,9), cuidados pessoais e marcha (0,8), dormir (0,9) e viajar (0,5).

Em termos globais, verifica-se que o GI apresentou uma redução média da incapacidade funcional de 16,4% no 1º mês de pós-operatório e de 25,4% no 3º mês (passando de 46,0% para 29,6% e 20,6%, respetivamente). Comparativamente o GC apresentou uma redução média da incapacidade funcional de 10% no 1º mês de pós-operatório e de 18,3% no 3º mês (passando de 41,5% para 34,5% e 23,2%, respetivamente). Portanto, o GI apresentou uma melhoria mais substancial em termos de capacidade funcional.

Tabela 9 - Incapacidade funcional da coluna lombar no GI e no GC, antes e após a cirurgia

ODI mádia (DD)	GI	GC	GI	GC	GI	GC
ODI, média, (DP)	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228
Dor (0-5)	Antes da i	ntervenção	1.º	Mês	3.°	Mês
Cuidados pessoais (0-5)	2,8 (1,3)	2,5 (1,5)	0,9 (0,9)	1,1 (1,0)	0,8 (0,7)	1,0 (0,9)
Levantar objetos (0-5)	1,5 (0,8)	1,3 (1,0)	1,7 (1,4)	1,7 (1,5)	0,7 (0,9)	0,8 (1,2)
Marcha (0-5)	2,9 (1,2)	2,5 (1,2)	3,5 (0,6)	3,3 (0,9)	2,5 (1,1)	2,7 (1,1)
Sentar (0-5)	1,8 (1,3)	1,8 (1,2)	1,0 (1,2)	1,1 (1,2)	0,8 (1,1)	0,8 (1,1)
Ficar de pé (0-5)	2,2 (1,2)	2,1 (1,2)	1,2 (1,0)	1,4 (1,2)	1,1 (0,9)	1,0 (1,0)
Dormir (0-5)	3,4 (1,0)	3,2 (1,3)	2,4 (1,3)	2,2 (1,6)	2,3 (1,2)	1,9 (1,5)
Vida sexual (0-5)	1,5 (1,2)	1,5 (1,3)	0,8 (1,2)	0,8 (1,2)	0,5 (0,9)	0,7 (1,1)
Vida social (0-5)	3,0 (1,3)	2,2 (1,7)	1,2 (1,3)	2,5 (2,1)	0,4 (0,6)	1,5 (1,8)
Viajar (0-5)	2,4 (1,4)	2,2 (1,5)	1,3 (1,5)	1,3 (1,5)	0,8 (0,9)	0,9 (1,3)
Total (0-100 %)	1,7 (1,3)	1,6 (1,4)	0,8 (1,1)	1,0 (1,4)	0,5 (0,8)	0,5 (0,9)
	46,0 (13,8)	41,5 (15,9)	29,6 (10,4)	31,5 (16,2)	20,6 (8,3)	23,2 (14,5)

Nota. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo; ODI = Oswestry Disabilaty Index.

### Qualidade de vida no 1º e 3º mês de pós-operatório

Relativamente à evolução da qualidade de vida ao longo dos 3 meses de acompanhamento dos dois grupos verifica-se que, tanto o GI como o GC apresentam, de uma forma geral, uma evolução favorável dos valores médios nas várias dimensões da escala, como podemos constatar na tabela 10.

No GI, no primeiro mês de pós-operatório, há maior relevância nas dimensões: Função Social (89,4), Desempenho Emocional (84,0), Saúde Geral (66,5), Vitalidade (65,9), Saúde Mental (62,5) e Dor Corporal (57,4) e apenas duas dimensões com menor

relevância, ou seja, com valores inferiores a 50%, nomeadamente a Função Física (47,3) e Desempenho Físico (32,3). No terceiro mês de pós-operatório, os valores médios das dimensões da SF-36 continuam a subir e todas as dimensões apresentam valores médios superiores a 50% o que revela uma melhoria do índice de qualidade de vida, nomeadamente a dimensão Desempenho Emocional (89,1), Função Social (88,4), Vitalidade (70.2), Saúde Geral (69,2), Saúde Mental (66,2), Função Física (63,3), Dor Corporal (61,8) e Desempenho Físico (54,7).

No que diz respeito ao GC, no primeiro mês de pós-operatório, apresenta maior relevância nas dimensões Função Social (79,7), Desempenho Emocional (77,0), Saúde Mental (63,5), Saúde Geral (61,3), Vitalidade (60,1) e Dor Corporal (52,9). E à semelhança do que acontece com o GI, também o GC apresenta neste primeiro mês, apenas duas dimensões com menos relevância: Função Física (49,8) e Desempenho Físico (30,2). Já no terceiro mês de pós-operatório a dimensão Desempenho Físico (49,2), apresenta-se como a única com menor relevância, sendo que todas as outras apresentam valores superiores a 50%, nomeadamente, Função Física (84,7), Desempenho Emocional (84,0), Saúde Mental (62,2), Saúde Geral (62,0), Função Física (61,1), Vitalidade (59,4) e Dor Corporal (57,7).

Em suma, podemos verificar que do pré-operatório para o 1º mês de pós-operatório quase todas as dimensões apresentam valores médios acima dos 50%, ou muito próximo deles, com a exceção da dimensão Desempenho Físico que continua a apresentar valores médios baixos (inferiores a 50%). A evolução favorável nos valores médios continua a ser favorável no 3º mês de pós-operatório, onde todas as dimensões, sem exceção, apresentam valores médios superiores ou iguais aos 50%. Assim, podemos ainda dizer que se verifica uma melhoria do índice de qualidade de vida tanto no 1º como no 3º mês de acompanhamento destes doentes. Fazendo uma análise comparativa mais pormenorizada entre os dois grupos, é possível verificar que no GI a melhoria destes valores é discretamente maior, ainda que proporcionalmente, muito semelhante, sendo que a significância desta diferença será analisada posteriormente, tal como já foi referido.

TE 1 1 10 E 1 ~	1 1 1	1 1 '1	CT CC	. , ,	
<b>Tabela 10 -</b> Evolução	o da dilalida	de de Vida no	o (il e no (il	: antes e anos a	ciriiroia
Tubelu Io Evoluçu	o aa qaarraa	ac ac riaa ii	o or cho oc	, antes e apos c	i on angia

SF-36 (0-100 %)	GI	GC	GI	GC	GI	GC
média, (DP)	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228
	Antes da i	Antes da intervenção		Mês	3.º Mês	
Função Física	30,5 (23,1)	31,6 (24,0)	47,3 (22,6)	49,8 (21,9)	63,3 (19,2)	61,1 (23,4)
Desempenho físico	25,5 (25,6)	26,8 (26,7)	32,3 (25,8)	30,2 (23,5)	54,7 (22,6)	49,2 (29,0)
Dor Corporal	32,1 (21,2)	30,3 (19,7)	57,4 (14,5)	52,9 (19,2)	61,8 (16,1)	57,7 (19,1)
Saúde Geral	54,2 (18,1)	50,2 (19,3)	66,5 (16,4)	61,3 (19,1)	69,2 (18,3)	62,0 (20,6)
Vitalidade	43,6 (24,5)	40,6 (24,0)	65,9 (21,0)	60,1 (24,0)	70,2 (23,2)	59,4 (25,6)
Função Social	63,8 (28,0)	63,6 (19,5)	89,4 (18,7)	79,7 (24,4)	88,4 (17,2)	84,7 (19,9)
Desempenho emocional	56,9 (37,0)	56,9 (36,6)	84,0 (28,8)	77,0 (27,9)	89,1 (19,4)	84,0 (23,4)
Saúde Mental	43,9 (21,6)	46,1 (24,6)	62,5 (19,3)	63,5 (23,4)	66,2 (21,5)	62,2 (22,5)

*Nota*. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo; SF-36 = *Short Form 36 Health Survey Questionnaire*.

Na Tabela 11 é possível analisar a evolução da dor. No GI os valores médios passaram de 5,2 (pré-operatório) para 1,2 (1º mês de pós-operatório) e para 0,8 (3º mês). No GC também se verifica que no 1º mês de pós-operatório os valores médios passaram de 4,6, para 1,7, tendo depois diminuído no 3º mês de pós-operatório para 1,4. Portanto, a melhoria em termos de dor, foi visivelmente maior no GI do que no GC.

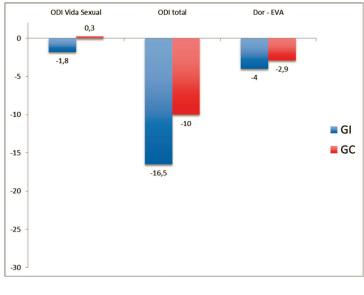
Tabela 11 - Níveis de dor no GI e no GC, antes e após a cirurgia

	GI	GC	GI	GC	GI	GC
EVA (0-10) média, (DP)	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228	n = 40	n = 228
	Antes da in	ntervenção	1.º ]	Mês	3.º ]	Mês
	5,2 (2,7)	4,6 (3,1)	1,2 (1,7)	1,7 (2,1)	0,8 (0,9)	1,4 (1,5)

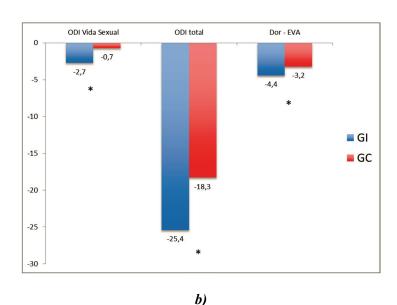
Nota. GI = Grupo de Intervenção; GC = Grupo de Controlo

Para tornar mais evidentes a diferenças em termos clínicos, apresentam-se nos gráficos seguintes as modificações médias em cada uma das variáveis acima testadas. Na Figura 5 apresentam-se os resultados da redução média da Incapacidade na Vida Sexual, da Incapacidade Funcional total da coluna lombar e da Dor, ao fim do 1º mês (5 a.) e 3º mês de pós-operatório (5 b.) nos dois grupos de estudo.

Na Figura 6 apresentam-se os resultados da melhoria na qualidade de vida tanto ao fim do 1º mês e 3º mês de pós-operatório (6 a. e 6 b., respetivamente).

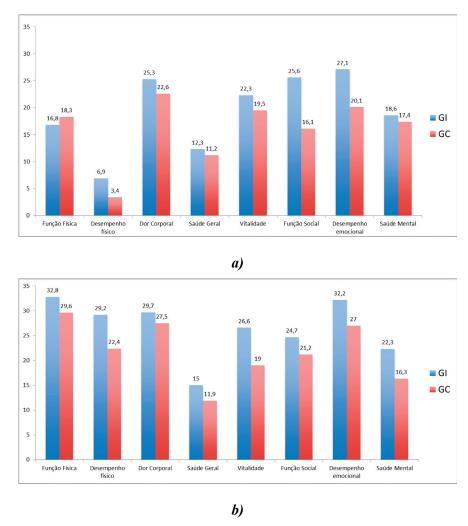


a)



\* Diferença estatisticamente significativa (p < 0.05).

**Figura 5 -** *a)* Redução média da Incapacidade na Vida Sexual, na Incapacidade funcional total da coluna lombar e na dor verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 1º mês de pós-operatório. *b)* Redução média da Incapacidade na Vida Sexual, na incapacidade funcional total da coluna lombar e na dor verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 3º mês de pós-operatório.



**Figura 6 -** *a)* Melhoria na qualidade de vida verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 1º mês de pós-operatório. *b)* Melhoria na qualidade de vida verificada em ambos os grupos de estudo, ao fim do 3º mês de pós-operatório.

#### 1.4. HIPÓTESES TESTADAS

Apresentam-se agora os resultados das hipóteses por nós formuladas.

**Hipótese 1** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de vida sexual no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

Para testar se a melhoria ao nível da vida sexual antes e após a cirurgia (1.º e 3.º mês) recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Tabela 8), tendo-se verificado com evidência estatística (p < 0.05) que a vida sexual melhorou de forma mais significativa no GI, tanto no 1.º como no 3.º mês, em relação ao GC. Existe assim evidência para afirmar

que a introdução do programa formativo foi eficaz na melhoria da vida sexual das pessoas submetidas a artrodese lombar.

**Tabela 12 -** Comparação da melhoria na Vida Sexual consoante o GI e o GC, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Grupo de Estudo	Média postos	Z	p
1.º Mês	ODI 8	GI $(n = 40)$	112,2	- 5.451,0	0.047
1. Mes	Vida Sexual	GC $(n = 228)$	138,4	- 3.431,0	0,047
3.º Mês	ODI 8	GI $(n = 40)$	71,5		<
5. Mes	Vida Sexual	GC (n = 228)	145,6	7.078,5	< 0,001

Como foi referido na metodologia, este item 8 (vida sexual) da ODI também foi avaliado em termos dicotómicos, ou seja, analisando a diferença de proporções ao invés da diferença de valores médios. Assim, comparou-se a proporção (número) de pessoas que, em cada grupo, tentou versus nem sequer tentou retomar a vida sexual após a cirurgia. Verificou-se através dos resultados do teste do qui-quadrado (Tabela 13) que, no final do  $1^{\circ}$  mês, todos as pessoas do GI retomaram a vida sexual depois da cirurgia, contrariamente ao grupo de controlo no qual 13,6% das pessoas (n = 31) não tentou retomar a vida sexual. Esta diferença de proporções foi estatisticamente significativa (p < 0,05). Ao final do  $3^{\circ}$  mês, 13 pessoas (4,9%) do GC ainda não tinham retomado a vida sexual. Confirma-se assim, de forma mais objetiva, o impacto positivo do programa formativo.

**Tabela 13** - Diferença de proporções entre a variável "Tentou retomar a vida sexual após a cirurgia?" e a variável "Grupo de estudo" ao fim do primeiro e do terceiro mês pós-cirurgia

Período	ODI 8 - Vida S		Grupo (	le Estudo	Total	2	P - value
de avaliação	ODI 8 - Vida S	exuai	GI	GC	1 0tai	$\chi^2$	value
1.º Mês	Tentou retomar a vida sexual após a cirurgia?	Sim Não	40 (100%) 0 (0%)	197 (86,4%) 31 (13,6%)	237 (88,4%) 31 (11,6%)	6,150	0,013
	Total		40 (100%)	228 (100%)	268(100%)		
3.º Mês	Tentou retomar a vida sexual após a cirurgia?	Sim Não	40 (100%) 0 (0%)	215 (94,3%) 13 (5,7%)	255 (95,1%) 13 (4,9%)	2,397	0,122
	Total		40 (100%)	228 (100%)	268(100%)		

**Hipótese 2** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de capacidade funcional da coluna lombar no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

Para testar a melhoria ao nível da capacidade funcional da coluna vertebral antes e após a cirurgia (1.º e 3.º mês) recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Tabela 14), e também se verificou (Tabela 14) diferença estatisticamente significativa (p < 0.05), tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório. Através da média dos postos verifica-se que no GI a melhoria foi mais significativa do que no GC. Assim, podemos afirmar que o programa formativo surtiu efeito também em termos globais da funcionalidade da coluna vertebral e não apenas na vida sexual.

**Tabela 14 -** Comparação da melhoria na capacidade funcional da coluna lombar consoante o GI e o GC no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Grupo de Estudo	Média postos	Z	p
1.º Mês	ODI	GI $(n = 40)$	109,5	- 5.559,0	0.027
1. Wies	Total	GC $(n = 228)$	138,9	- 3.339,0	0,027
2 9 Maa	ODI	GI $(n = 40)$	106,2		
3.º Mês	Total	GC $(n = 228)$	139,5	5.0693,0	0,012

**Hipótese 3** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de qualidade de vida no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

Já no que respeita à melhoria na qualidade de vida, não se verificou diferença entre os grupos de estudo, nem ao fim do 1.º mês, nem ao fim do 3.º mês, como se pode observar pelos resultados obtidos no teste U de Mann-Whitney apresentados na Tabela 15 e 16, respetivamente. **Não existe assim evidência estatística para afirmar que o programa formativo produza melhorias em termos de qualidade de vida avaliada pelo SF-36.** Apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa, verificou-se que a

melhoria foi maior no GI, tal como já se tinha considerado na secção da análise descritiva.

**Tabela 15 -** Comparação da melhoria na Qualidade de Vida consoante o GI e o GC no 1.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Grupo de Estudo	Média postos	Z	p	
	Euroão Eísico	GI(n=40)	128,9	- 4.783,0	0,621	
	Função Física	GC $(n = 228)$	135,5	- 4./83,0	0,021	
	Desempenho	GI(n=40)	137,6	- 4.435,0	0,781	
	Físico	GC (n = 228)	133,9	4.433,0	0,781	
	Dor Corporal	GI $(n = 40)$	144,9	- 4.144,5	0,358	
	Doi Corporai	GC $(n = 228)$	132,7	- 4.144, <i>3</i>	0,338	
	Saúde Geral	GI $(n = 40)$	137,0	- 4.458,5	0,822	
1.º Mês	Saude Gerai	GC $(n = 228)$	134,1	7.430,3	0,022	
1. 1.120	Vitalidade -	GI $(n = 40)$	141,5	- 4.282,0	0,537	
	v italidade	GC $(n = 228)$	133,3	4.262,0	0,337	
	Função Social	GI $(n = 40)$	153,4	- 3.803,0	0,091	
	Tunção Social	GC $(n = 228)$	131,2	3.803,0	0,091	
	Desempenho	GI $(n = 40)$	146,7	- 4.071,0	0,275	
	Emocional	GC $(n = 228)$	132,4	7.071,0	U,413	
	Saúde Mental	GI $(n = 40)$	136,5	_ 4.480,0	0,859	
	Saude Mental	GC $(n = 228)$	134,2	- 1.100,0	0,000	

**Tabela 16 -** Comparação da melhoria na Qualidade de Vida consoante o GI e o GC no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Grupo de Estudo	Média postos	Z	p	
	Função Física	GI(n=40)	141,4	4.245,0	0,512	
	runção risica	GC $(n = 227)$	132,7	4.243,0	0,312	
	Desempenho	GI(n=40)	150,5	3.880,5	0,140	
	Físico	GC (n = 227)	131,1	3.000,3	0,140	
	Dor Corporal	GI(n=40)	144,3	4.127,5	0,359	
	Doi Corporai	GC $(n = 227)$	132,2	4.127,3	0,339	
	Saúde Geral	GI(n=40)	144,7	4.111,0	0,340	
3.º Mês	Saude Gerai	GC $(n = 227)$	132,1	4.111,0	0,270	
J. Mes	Vitalidade	GI(n=40)	150,0	3,900,0	0,154	
	v italidade	GC $(n = 227)$	131,2	3,900,0	0,134	
	Função Social	GI(n=40)	142,1	4.214,5	0,464	
	Tunção Sociai	GC $(n = 227)$	132,6	4.214,3	0,404	
	Desempenho	GI(n=40)	140,2	4.291,5	0,579	
	Emocional	GC $(n = 227)$	132,91	7.431,3	0,373	
	Saúde Mental	GI(n=40)	150,8	3.869,0	0,135	
	Saude Mental	GC $(n = 227)$	131,0	3.003,0	0,133	

**Hipótese 4** – As pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar, que participaram no programa formativo, obtém níveis significativamente mais satisfatórios em termos de dor no 1º e 3º mês de pós-operatório, do que as que não participaram.

Avaliadas, por fim, as diferenças ao nível da dor avaliadas através da dor (0-10) (Tabela 17), e recorrendo-se ao teste U de Mann-Whitney, verifica-se diferença estatisticamente significativa (p < 0.05) entre os grupos, sendo que, como já tinha sido analisado, a redução da dor foi maior no GI, tanto no 1.º como no 3.º mês.

**Tabela 17** - Comparação da melhoria dos níveis de Dor consoante o GI e o GC, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Grupo de Estudo	Média postos	Z	p
1.º Mês	Dom	GI $(n = 40)$	112,2	5 451 0	0.047
1. Wes	Dor	GC $(n = 228)$	138,4	- 5.451,0	0,047
3.º Mês		GI $(n = 40)$	111,2		_
3. Mes	Dor	GC $(n = 228)$	138,6	5.491,0	0,039

Hipótese 5 – O impacto deste programa formativo é diferente consoante o sexo e a idade

Testaram-se também a existência de diferenças antes e após a cirurgia, de acordo com o sexo e com a idade da pessoa. Verificou-se, através dos resultados obtidos pelo teste U de Mann-Whitney que ao fim do 1.º mês, as mulheres apresentam uma maior redução na dor que os homens, de forma estatisticamente mais significativa (p < 0.05), como podemos verificar na tabela 18. Em termos de vida sexual e incapacidade total essa diferença não foi estatisticamente significativa. Relativamente à avaliação do 3.º mês, como podemos verificar na tabela 18, as mulheres apresentam uma melhoria mais significativa do que os homens também na capacidade funcional da coluna, para além da melhoria na dor (que também já se verificava ao fim do 1.º mês). Relativamente à retoma da vida sexual não se verificaram diferenças quanto ao sexo.

Relativamente à influência da idade (mais novos versus mais velhos, considerando a mediana de idade como ponto de corte), esta não mostrou influenciar de forma estatisticamente significativa nenhuma das variáveis dependentes (Tabela 19).

Verificou-se que as mulheres apresentam melhoria mais significativa na dor e na incapacidade total após a cirurgia, sobretudo no 3.º mês.

**Tabela 18** - Comparação da melhoria na retoma da vida sexual, na capacidade funcional da coluna lombar e na dor consoante o sexo, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Sexo	Média postos	Z	p
	ODI 8	Feminino ( $n = 168$ )	136,2	0 121 5	0.646
	Vida Sexual	Masculino ( $n = 100$ )	131,7	8.121,5	0,040
1 º Môg	ODI Total	Feminino ( $n = 168$ )	132,0	0 012 5	<ul><li>p</li><li>0,646</li><li>0,500</li><li>0,003</li><li>0,188</li><li>0.011</li><li>0,002</li></ul>
1.° Mês -	ODI Total	Masculino ( $n = 100$ )	138,7	8.813,5	0,300
	Don (EVA)	Feminino ( $n = 168$ )	123,8	10 105 5	0.002
	Dor (EVA)	Masculino ( $n = 100$ )	152,5	10.195,5	0,003
	ODI 8	Feminino ( $n = 168$ )	129,7	0.100.0	Λ 100
	Vida Sexual	Masculino ( $n = 100$ )	142,5	9.199,0	0,100
2.0 M2~	ODI T-4-1	Feminino ( $n = 168$ )	125,3	0.051.0	0.011
3.º Mês	ODI Total	Masculino $(n = 100)$	150,0	9.951,0	0.011
	Des (EVA)	Feminino ( $n = 168$ )	123,2	10.201.0	0.002
	Dor (EvA)	Dor (EVA) ${}$ Masculino $(n = 100)$		10.291,0	0,002

**Tabela 19 -** Comparação da melhoria na retoma da vida sexual, na capacidade funcional da coluna lombar e na dor consoante a idade, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório

Período de avaliação	Dimensão a avaliar	Idade	Média postos	Z	p
	ODI 8	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	133,3	9.128,0	0.790
	Vida Sexual	> 58 anos ( $n = 127$ )	125,9	9.120,0	0,780
1.º Mês	ODI Total	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	128,9	9.739,0	0,780 0,215 0,370 0,405 0,188
1. Wies	ODI Total	> 58 anos ( $n = 127$ )	140,7	9.739,0	0,213
	Don (EVA)	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	130,5	9.518,0	0.270
	Dor (EVA)	> 58 anos ( $n = 127$ )	138,9	9.318,0	0,370
	ODI 8	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	138,2	8.432,5	0.405
	Vida Sexual	> 58 anos ( $n = 127$ )	130,4	0.432,3	0,403
3.º Mês	ODI Total	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	128,6	9.786,5	Λ 100
5. Ivies	ODI Total	> 58 anos ( $n = 127$ )	141,5	9.760,3	0,100
	Dor (EVA)	$\leq$ 58 anos ( $n = 141$ )	130,6	9.502,0	0.294
	Dor (EVA)	> 58 anos ( $n = 127$ )	138,8	9.502,0	0,384

**Hipótese 6.** Que variáveis se mostram significativas num modelo de regressão linear para explicar a melhoria na retoma da Vida Sexual, na capacidade funcional da coluna lombar e na redução da dor em pessoas submetidas a artrodese lombar?

Segue-se a análise da co-influência das variáveis idade, sexo e grupo de estudo na mudança operada nas variáveis independentes acima testadas.

Através dos resultados obtidos no modelo de regressão linear, como podemos verificar na tabela 20, verifica-se que participar na ação educativa (grupo de intervenção) mostrou ser uma variável estatisticamente significativa para a explicação na melhoria de todas as variáveis dependentes, quer no 1.º quer no 3.º mês após a cirurgia. A variável sexo (feminino) também se mostrou significativa para o modelo explicativo da melhoria da capacidade funcional da coluna no 1.º mês e para a redução da dor no 1.º e 3.º mês. A idade não se mostrou significativa em nenhum modelo.

Em suma, esta análise permitiu confirmar que o programa formativo influenciou de forma estatisticamente significativa os outcomes, mesmo quando considerada a influência de outras variáveis.

**Tabela 20** - Resultados da regressão linear (método stepwise backward) para explicar a melhoria na vida sexual, capacidade funcional da coluna e dor após a cirurgia, no 1.º e no 3.º mês de pós-operatório (n = 268)

Variáve Dependente	Período de Avaliação	Variável Independente	Coef. β	SE	sig	β ajust.	R <sup>2</sup> ajust.	F	Sig
	1.º Mês	Constante	-3,894	0,713	< 0,001		0,100	30,629	<0.001
ODI 8	1. Ivies	GI	2,094	0,378	< 0,001	0,32	0,100	30,029	<0,001
Vida Sexual	20 M2-	Constante	-4,613	0,684	< 0,001		0.002	29.502	<0.001
	3.º Mês	GI	1,938	0,363	< 0,001	0,31	0,093	28,503	<0,001
		Constante	-29,471	7,065	< 0,001				
	1.º Mês	Idade	3,867	2,257	0,088	0,1	0,019	3,564	0,030
		GI	6,914	3,163	0,030	0,13			
ODI Total		Constante	-49,930	7,764	< 0,001				
	3.º Mês	Idade	3,760	2,241	0,095	0,1	0,039	4,613	0.004
	J. IVIES	Sexo	5,611	2,306	0,016	0,15	0,039	4,013	<0,001 <0,001  0,004  0,003
		GI	7,736	3,141	0,014	0,15			
		Constante	-6,649	1,180	< 0,001				
	1.º Mês	Sexo	1,124	0,403	0,006	0,17	0,035	5,885	0,003
Dor (EVA)		GI	1,126	0,547	0,040	0,12			
		Constante	-7,308	1,155	< 0,001				
	3.º Mês	Sexo	1,247	0,394	0,002	0,19	0,045	7,312	0,001
		GI	1,186	0,535	0,027	0,13			

### 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados de um trabalho de investigação tem como intuito a comparação com resultados de outros estudos anteriormente desenvolvidos, bem como com a literatura existente relativa à temática, à luz das questões de investigação e hipóteses formuladas. Pretende-se também refletir sobre os resultados e as suas implicações para a prática, ensino e investigação.

Neste estudo foram comparados dois grupos: O GC foi constituído por 228 pessoas submetidas a artrodese lombar, que receberam os cuidados habituais estabelecidos no centro cirúrgico privado no qual foram operados. Todas estas pessoas tiveram uma consulta de enfermagem pré-operatória, durante a qual foram realizados ensinos sobre a cirurgia e sobre os cuidados pós-operatórios. A todos foram facultados folhetos com informação escrita. No decorrer da prática clínica, verificou-se que este era um domínio que permanecia muito afetado, mesmo depois de 3 meses após a cirurgia. Assim, identificou-se aqui uma lacuna nos cuidados que estavam a ser prestados. Definiu-se então este estudo, delineado com o objetivo de estudar o impacto da adição de conteúdos específicos sobre a retoma da vida sexual na educação providenciada à pessoa antes da cirurgia, em termos dos questionários que já eram avaliados na prática habitual. O GI foi constituído por 40 pessoas submetidas a artrodese lombar, cumprindo os mesmos critérios de inclusão, que foram inquiridos ao longo de 3 meses após a cirurgia, e a quem foi adicionado um programa formativo com enfoque específico na retoma da vida sexual além de todos os ensinos que já eram feitos nas consultas de enfermagem com a aplicação das escalas e distribuição dos folhetos.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, foi constituída maioritariamente por mulheres (60%). Podemos assim dizer que este estudo vai ao encontro da literatura vigente, que demonstra que a lombalgia tem uma maior prevalência nas mulheres. Um estudo com uma amostra de 30 doentes realizado por Caraviello, Wasserstein, Chamlian, e Masiero (2005) referente à avaliação da dor e função de doentes com lombalgia, no qual a 86,7% dos doentes era do sexo feminino e também um outro estudo levado a cabo por Pires e Dumas (2008) referem que a dor lombar se constitui como uma doença que acomete entre 70% a 80,5% da população industrializada, sendo o maior índice de doentes pertencente ao sexo feminino. Os motivos desta frequência superior entre as mulheres permanecem incertos. Uma das

hipóteses pode estar relacionada com o facto das mulheres, cada vez mais, combinarem a realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, onde estão expostas a cargas ergonómicas, principalmente repetição, posição viciosa e trabalho com grande ritmo e velocidade (Gonçalves, 2015). Outros estudos corroboram igualmente uma maior incidência de dor lombar no sexo feminino (Choratto & Stabille, 2003; Ponte, 2005), mas poucos refletem uma explicação notável para o facto. O estudo de Persch, Cepeda, Provensi, Rodacki, e Rodacki (2007), constatou que a prevalência de lombalgia no sexo feminino podia decorrer pela perda de estatura física, ou seja, de altura, por pressão gravitacional da coluna vertebral, pois esta situação física ocorre mais rapidamente, e em maior magnitude, nas mulheres que possuem menor massa óssea e muscular. Os autores deste último estudo declararam que essa perda rápida e substancial é originada por alterações e diferenças no comportamento mecânico da coluna vertebral, sobretudo em relação aos discos intervertebrais, podendo, desta forma, estabelecer um fator relevante e determinante para a existência de alguma predisposição de raquialgias no que concerne ao sexo. Esta hipótese centrada nas características anátomo-funcionais (estatura, massa muscular e óssea menores, articulações mais frágeis, maior peso de adiposidades) parece ser a que recolhe maior suporte (Silva, Fassa, & Valle, 2004). Esta análise é tanto mais relevante quanto o nosso estudo revelou que as mulheres beneficiaram mais com a introdução do programa formativo em termos de dor e capacidade funcional.

Relativamente à idade, a amostra do presente estudo apresentou uma média de idade de 60,9 anos, com diferença estatisticamente significativa entre o GI e o GC (60,9 versus 56,3 anos). De acordo com um estudo efetuado por Ponte (2005), verificou-se que a dor lombar se intensifica com o aumento da idade, apresentando maior prevalência no grupo etário 50-65 anos. Assim, neste contexto, e de acordo com a literatura, a tendência verificada na globalidade dos estudos vai no sentido de testemunhar que, efetivamente, as pessoas com o aumentar da idade estão mais propensas a ter mais problemas de saúde, maior sintomatologia e, igualmente, mais consultas médicas (Bishop, 1994), podendo dever-se a processos degenerativos osteo-musculares (Ponte, 2005). Em suma, podemos considerar que a nossa amostra representará a população alvo do estudo no que concerne ao sexo e idade.

O nosso estudo centrou-se na análise da eficácia de um programa formativo que já estava a ser aplicado e que foi aprimorado para responder a necessidades não atendidas,

entretanto verificadas. Apesar de existirem muitos estudos desenvolvidos na área da avaliação da eficácia de programas de reabilitação no pós-operatório, de acordo com o nosso melhor conhecimento, nenhum se focou na vida sexual destas pessoas. Erdogmus et al. (2007) apresentam os resultados de um estudo em que foi fornecida aos doentes uma brochura com as seguintes informações: causas de aparecimento de hérnia discal, técnicas cirúrgicas, prognóstico pós-cirúrgico e sugestões de atividades para promover a recuperação e evitar o reaparecimento da hérnia discal. Parte da nossa ação educativa que já fazíamos no nosso centro cirúrgico já ia de acordo com os conteúdos focados na intervenção desse estudo, nomeadamente com a distribuição de brochuras. No entanto, trata-se de uma componente muito médica, muito centrada na patologia, tratamento e na reabilitação física, nada que aborde temas como a sexualidade ou a vida sexual. De acordo com a literatura consultada, a dor lombar crónica, bem como o seu tratamento cirúrgico, podem afetar todos os aspetos da vida, incluindo o funcionamento sexual. Apesar de a cirurgia melhorar este problema, não lhe tem sido dada suficiente atenção pelos profissionais de saúde.

A não identificação de estudos na área da avaliação da eficácia de programas educativos pré-operatórios, na retoma da vida sexual, nos doentes submetidos a artrodese lombar, coloca-se como um obstáculo e uma dificuldade na avaliação e comparação dos nossos resultados com os de outros estudos. Contudo, relativamente à retoma da vida sexual após a artrodese da coluna lombar, o nosso estudo revela que houve diferença com significância estatística (p < 0.05) que demonstra que a vida sexual melhorou mais no GI, tanto no 1.º como no 3.º mês de pós-operatório, comparativamente ao GC. Estes resultados vêm dar relevo ao que foi abordado ao longo da nossa fundamentação teórica, ao ser referido que a sexualidade, é um tema ainda muito pouco abordado pelos profissionais de saúde com os seus doentes, e que isto se reveste como uma lacuna nos cuidados prestados e no acompanhamento dado aos doentes. A introdução do nosso programa educativo deu provas estatisticamente significativas, de que os nossos doentes beneficiaram com esse programa na retoma da vida sexual após a artrodese lombar. Tal como referem Bettencourt, Afonso, e Gonçalves (2014), a falta de conhecimento sobre estes problemas, para a maior parte dos doentes, deve-se à falta de informação pelos médicos e/ou enfermeiros, mas também porque estes não se sentem muito confortáveis em falar abertamente sobre este assunto que ainda hoje acaba por ser um tabu, especialmente em idades mais avançadas. Os mesmos autores defendem que um folheto

simples e claro poderia ajudar a promover o diálogo entre o profissional de saúde e o doente, mas também entre os doentes e os seus companheiros. As posições sexuais aconselhadas e permitidas devem ser mencionadas com clareza e se necessário acompanhadas de um simples diagrama, tal como fez parte do nosso programa educativo. De referir que para uma melhor definição das orientações prestadas e na forma de abordar o tema, realizámos previamente consultadoria com especialista na área da sexualidade.

Tendo-se identificado que houve pessoas que não responderam ao item 8 da ODI após a intervenção e tendo-se verificado que essa não resposta correspondia, em todos os casos, ao facto de estas pessoas nem sequer terem tentado retomar a vida sexual, optouse avaliar até que ponto a nossa intervenção iria ter impacto, também nessa área, avaliando esta variável de forma dicotómica (tentar versus não tentar). Verificou-se que todas as pessoas do GI retomaram a sua vida sexual depois da cirurgia, contrariamente ao grupo de controlo no qual 13,6% das pessoas não tentaram retomar a vida sexual até 1 mês após a cirurgia. Sublinha-se assim, o impacto positivo da intervenção realizada, também com esta mudança de metodologia. Estes resultados poderão enquadrar-se com o conceito de medo-evitamento, um elemento chave na cronicidade da dor lombar e a sua compreensão é essencial (Nguyen, Poiraudeau, Revel, & Papelard, 2009). O medo da dor e/ou do movimento leva a que a pessoa evite sistematicamente estímulos que lhe possam ser desagradáveis, reforçando assim o comportamento de evitamento (Pincus, Burton, Vogel, & Field, 2002). Assim, a angústia de sentir dor gera uma forte motivação na pessoa para evitar atividades potencialmente dolorosas, e tal, acarreta, frequentemente, uma retração, e muitas vezes atrasa o retomar da vida sexual. É assim importante questionar a pessoa sobre os seus medos e expectativas, tal como nos foi recomendado e foi realizado.

No que respeita aos instrumentos de medida usados neste estudo, o ODI, por ser um instrumento de avaliação da capacidade funcional da coluna lombar, é extremamente útil no seguimento das pessoas que se submeteram a qualquer tipo de intervenção na coluna lombar e utilizado em diversos trabalhos científicos como medida de resultado associada ou não associada a outras escalas. Em relação à capacidade funcional da coluna vertebral, avaliada pelo *score* total do ODI, no presente estudo verificou-se uma maior redução no GI comparativamente ao GC, estatisticamente significativa, o que demonstra que este grupo, além de beneficiar com a cirurgia, também beneficiou com a

introdução do programa formativo específico sobre a vida sexual. O GI apresentou uma redução média da incapacidade funcional 16,4% no  $1^{\circ}$  mês de pós-operatório e de 25,4% no  $3^{\circ}$  mês (passando de 46% para 29,6% e 20,6%, respetivamente), comparativamente com o GC que apresentou apenas uma redução média da incapacidade funcional 10% no  $1^{\circ}$  mês de pós-operatório e de 18,3% no  $3^{\circ}$  mês (passando de 41,5% para 34,5% e 23.2%, respetivamente). Portanto, houve diferença com significância estatística (p < 0,05) do *score* do ODI total do GI, entre o período pré-operatório e os demais períodos de avaliação ao longo de 3 meses pós-operatório, comparativamente aos mesmos períodos de avaliação das médias do ODI total no GC.

Por ser uma medida de resultado comummente usada, há na literatura pontos de corte relacionados ao ODI, que significam a diferença clínica mínima para que se considere efetiva a alteração das escalas. Essa diferença varia de acordo com os diferentes trabalhos, desde Mannion, Junge, Grob, Dvorak, e Fairbank (2006) e Ostelo et al. (2008) que referem que uma redução de 18% a 30% do *score* total pré-operatório está relacionada com um resultado/recuperação pós-operatória satisfatória. No nosso estudo, o GI apresentou valores médios de redução da capacidade funcional que revelam um resultado satisfatório no pós-operatório, de acordo com o que é defendido por Mannion et al. (2006). O que mais uma vez reforça o impacto da introdução do programa educativo no GI na melhoria da capacidade funcional, pois no GC observa-se uma melhoria, mas de acordo com estes autores, não o suficiente para ser considerada satisfatória e além disso o GI apresentou uma melhoria estatisticamente significativa, tal como já foi anteriormente referido.

A adequação da informação prestada às necessidades educacionais do doente cirúrgico, quer antes, quer na preparação do regresso a casa já provou ser essencial na sua recuperação. Apesar de escassos, os estudos que têm sido desenvolvidos nesta área dos programas educacionais ao doente cirúrgico, já vêm demonstrando a sua importância na melhoria dos resultados cirúrgicos nomeadamente na maior sensação de segurança e autocontrolo sentida por parte dos doentes, que se sentem mais esclarecidos e acompanhados (Louw et al., 2015). De acordo com os nossos resultados, podemos dizer que promover informação sobre o procedimento cirúrgico, as diferentes fases de reabilitação e especificamente sobre a sexualidade e o retorno à vida sexual após a cirurgia, tem um efeito positivo nos resultados e no envolvimento dos doentes, pois

desmistifica alguns mitos, clarifica alguns receios e proporciona-lhes, ainda, um maior controlo e segurança na sua reocupação.

Relativamente à análise dos resultados da influência do programa formativo na qualidade de vida, no nosso estudo verificámos que, no período pré-operatório e em ambos os grupos, as diferentes dimensões do SF-36 apresentaram valores inferiores a 50%, que traduzem uma perceção de qualidade de vida diminuída. Especialmente baixos foram os valores do desempenho físico. Estes resultados podem traduzir um impacto social e laboral significativo, uma vez que a idade mínima e máxima das pessoas desta amostra demonstram que se encontram ainda em idade ativa. Diversos estudos confirmam que os doentes com lombalgia crónica apresentam uma deterioração na qualidade de vida, comparativamente com a população saudável, repercutindo-se negativamente tanto a nível funcional como emocional. Encontram-se comprometidas as atividades da vida diária, atividade profissional e a independência individual, necessitando muitas vezes dos cuidados informais (Rabini et al., 2007).

Relativamente à modificação dos valores das várias dimensões de qualidade de vida no GI e GC, a diferença não foi estatisticamente significativa. Em ambos os grupos se verificou uma evolução favorável nos valores médios das várias dimensões da escala, ou seja, do pré-operatório para o 1º mês de pós-operatório quase todas as dimensões apresentam valores médios acima dos 50%, ou muito próximo deles, com a exceção da dimensão Desempenho Físico que continua a apresentar valores médios baixos (inferiores a 50%). Esta evolução foi, naturalmente, mais favorável no 3º mês de pósoperatório, onde todas as dimensões, sem exceção, apresentaram valores médios superiores ou iguais aos 50%. Esta evolução foi discretamente mais favorável no GI. No entanto, apesar do SF-36 ter demonstrado um índice de melhoria na qualidade de vida destes doentes durante o período de acompanhamento, não existe diferença significativa entre os grupos (p > 0.05) tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório, podemos então verificar que não existe assim evidência estatística para afirmar que a intervenção produza melhoria em termos de qualidade e de vida avaliado pelo SF-36. Quanto a estes dados, não nos é possível estabelecer um paralelismo com o que existe descrito na literatura devido à não identificação de estudos relacionados com a importância da introdução de programas formativos pré-operatórios na melhoria da qualidade de vida dos doentes submetidos a cirurgias.

A dor lombar assume-se atualmente como uma das principais causas de dor crónica, afetando uma percentagem significativa da população. É uma causa importante de incapacidade com repercussões a nível pessoal, socioeconómico e profissional, contribuindo para a deterioração da qualidade de vida, acabando por limitar as atividades laborais e de lazer e reduzir a capacidade funcional.

No nosso estudo podemos verificar que em ambos os grupos houve uma melhoria dos níveis de dor após a cirurgia. Globalmente os valores médios de dor no GI variam de 5,2, 1,2 e 0,8, respetivamente antes da intervenção e  $1^{\circ}$  e  $3^{\circ}$  mês de pós-operatório. Já no GC verifica-se um ligeiro aumento do pré-operatório para o  $1^{\circ}$  mês de pós-operatório (4,6, para 4,7) mas no  $3^{\circ}$  mês verifica-se uma notória melhoria com valores médios de 1,4. Assim, no GI a melhoria dos níveis de dor foi visivelmente maior, em relação ao GC. Concluímos então, existirem evidencias estatisticamente significativas (p < 0,05) para afirmar que que as diferenças registadas poderão refletir a inclusão da temática e sua forma de abordagem na ação formativa.

Num estudo semelhante ao nosso, ainda que noutra patologia, realizado por Rodrigues (2015) avaliaram-se os efeitos de um programa de reabilitação pré-operatório em doentes submetidos a cirurgia abdominal programada, sendo que um grupo foi sujeito a esse programa pré-operatório e outro não. Verificaram que o grupo de intervenção apresentou, nas três avaliações, valores médios de dor inferiores aos do grupo de controlo, sendo que as diferenças observadas na segunda e terceira avaliação foram significativas do ponto de vista estatístico.

Relativamente à diferença no impacto do nosso programa formativo consoante o sexo e a idade masculino e feminino, verificou-se que as mulheres apresentaram uma redução mais significativa na dor do que os homens tanto no 1° como no 3° mês de pósoperatório, e relativamente à capacidade funcional só no 3° mês de pósoperatório as mulheres apresentam uma melhoria mais significativa também na capacidade funcional da coluna. De uma forma geral, podemos dizer que se verificou uma maior melhoria na dor e na incapacidade total nas mulheres, sobretudo no 3.º mês após a cirurgia, com a introdução do programa formativo pré-operatório (p < 0,05). Relativamente à idade não houve evidências estatisticamente significativas para afirmar que o impacto do programa formativo é diferente em nenhuma das variáveis dependentes (p > 0,05).

Mais uma vez, dada a escassez de estudos realizados no âmbito da introdução de programas formativos pré-operatórios na área da cirurgia da coluna, não é fácil

estabelecer um paralelismo destes resultados sobre a diferença do impacto da introdução do programa entre homens e mulheres, com a literatura publicada. Porém, um estudo realizado por Stromqvist, Ahmad, Hildingsson, Jonsson, e Stromqvist (2008) sobre as diferenças no sexo na cirurgia da coluna, difere dos nossos resultados porque refere que as mulheres apresentam uma dor lombar maior, uma incapacidade funcional maior e uma menor qualidade de vida no pré e no pós-operatório, apresentando portanto melhores resultados em homens do que em mulheres, apesar de a satisfação geral com a cirurgia ser idêntica em ambos os sexos.

# PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que é chegado o momento de realizar uma retrospetiva sobre o percurso percorrido, fazendo uma reflexão sobre a importância e a pertinência do estudo em causa, se os objetivos inicialmente traçados foram conseguidos, bem como, as limitações e as dificuldades existentes. Além do mais, nesta fase, torna-se pertinente apresentar algumas sugestões.

O enfermeiro é o profissional que, ao estar preparado e sendo detentor da informação que o doente carece, deve legal e moralmente informá-lo acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados em todo o período perioperatório bem como fornecerlhe as orientações e os esclarecimentos necessários para a preparação para a alta e recuperação pós-operatória, através de uma linguagem acessível.

Assim, a principal fonte surgiu do nosso contexto de trabalho e a nossa experiência profissional, pois no centro cirúrgico onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, já realizávamos consultas de enfermagem pré e pós-operatórias com aplicação das escalas de avaliação funcional (ODI, SF-36, EVA) com distribuição de folhetos sobre a cirurgia a realizar e sobre aspetos de recuperação após a alta. Neste contexto demos conta que existia uma lacuna, um tema que era muito pouco abordado e explorado e com o qual, por vezes, éramos confrontados com as dúvidas por parte dos doentes. Esse tema era o retorno à atividade sexual após a artrodese lombar. Além disso os estudos demonstram que a patologia da coluna pode afetar a sexualidade da pessoa e que existem programas de reabilitação após cirurgia lombar e programas formativos pré-operatórios mas que são todos muito focados numa perspetiva biomédica, baseados apenas em informação sobre o procedimento e anatomia, e ao nível das dúvidas sobre a sexualidade têm revelado pouco efeito.

Neste sentido, e assumindo a complexidade do fenómeno, de forma a dar um contributo para uma melhor compreensão desta temática, propusemo-nos com este estudo, introduzir uma alteração ao trabalho que já efetuávamos nesta unidade de saúde, acrescentando um programa formativo na consulta de enfermagem pré-operatória com enfoque na sexualidade, de forma a avaliar o seu impacto na retoma da vida sexual e da qualidade de vida em geral.

Assim sendo e fazendo uma breve síntese dos nossos resultados podemos concluir que observámos melhorias significativas em várias variáveis do nosso estudo. Podemos afirmar que as pessoas submetidas a artrodese lombar que participaram no programa formativo obtiveram níveis mais satisfatórios em termos de melhoria na capacidade funcional (ODI total), retorno da vida sexual (item 8 ODI) e dor (EVA), tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório. Não se verificou que as mesmas pessoas tenham obtido níveis mais satisfatórios em termos de qualidade de vida (Sf-36), do que aquelas que não participaram no referido programa.

Podemos ainda afirmar, com base nos resultados obtidos, que em termos das variáveis sexo e idade no impacto deste programa, podemos constatar que as mulheres apresentaram maior melhoria em termos de dor (no 1º e 3º mês de pós-operatório) e de capacidade funcional (3º mês), mas em termos de retoma da vida sexual não se verificaram diferenças quanto ao sexo. No que diz respeito à idade, esta não mostrou influenciar de forma significativa nenhuma das variáveis dependentes.

Verificou-se ainda que o programa formativo influenciou, de forma estatisticamente significativa, os resultados, nomeadamente que fazer parte do grupo de intervenção demonstrou ser uma variável estatisticamente significativa para a explicação da melhoria das variáveis dependentes e que a idade não se mostrou significativa em nenhum modelo, tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório.

É nossa convicção que a pesquisa bibliográfica realizada para a elaboração da nossa fundamentação teórica teve em consideração estudos, que apesar de ainda escassos, se revestem de alta qualidade metodológica. Este facto sustenta uma prática baseada na evidência para a nossa atuação perante a pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar.

Não obstante à concretização dos nossos objetivos, pretendíamos que este trabalho servisse de inspiração para o reconhecimento da importância das consultas pré e pósoperatórias de enfermagem à pessoa com lombalgia crónica, submetida a artrodese lombar, como forma de potenciar os efeitos da cirurgia e diminuir as comorbilidades que possam existir, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida e na retoma da vida sexual destas pessoas ajudando as pessoas a redefinir a sua sexualidade, salientando que não se limita à funcionalidade, mas envolve sobretudo afetividade que pode ser explorada a vários níveis.

Por último, conscientes da modéstia deste estudo, mas convictos da relevância que poderá ter na nossa prática profissional, deixamos expresso o nosso desejo que se revele como o *ponto de partida* para a realização de mais estudos nesta área.

Pese embora a relativa exigência que esta investigação possa exigir em termos metodológicos, facto de que estamos cientes, assumimos esse risco.

## LIMITAÇÕES, SUGESTÕES E CONTRIBUTOS

Qualquer que seja o estudo desenvolvido, este é, e será sempre, um processo complexo e moroso, com muitas dificuldades e limitações de natureza diversa, que devem ser identificadas e transmitidas com a pretensão de contribuir para que em futuras investigações possam ser minimizadas. Deste modo, não podemos deixar de salientar que as principais dificuldades e limitações com que nos confrontamos foram, nomeadamente: a dificuldade na abordagem do tema *vida sexual* com os doentes e a falta de formação académica e profissional específica dos enfermeiros nessa área, que se manifesta na pouca preparação para a abordarem. Além disso, a dificuldade em abordar o assunto da sexualidade tanto para o enfermeiro como para o doente, acontece porque socialmente continua a ser um assunto que gera alguns constrangimentos, relacionados com aspetos culturais e religiosos da nossa sociedade. No entanto, como forma de ultrapassar esta dificuldade, e não podendo deixar de salientar como um ponto forte do mesmo, fizemos realizámos previamente consultadoria com especialista na área da sexualidade.

Outra dificuldade foi a necessidade de seguimento de cada pessoa durante 3 meses e no limite de tempo para a entrega deste trabalho levaram a que a amostra fosse constituída apenas por 40 pessoas. Contudo, a intervenção e o registo de dados mantém-se, pelo que este número continua a aumentar.

Apesar de termos usado várias escalas para a realização deste estudo e todas elas devidamente validadas, os instrumentos utilizados podem ser alvo de análise, uma vez que não usámos nenhuma escala específica da sexualidade. No entanto, a escolha destes instrumentos teve por base várias razões, nomeadamente os estudos realizados nesta área, e que fazem parte da nossa bibliografía, também utilizaram essencialmente estas escalas; o facto de que estes instrumentos são os que já são utilizados na nossa prática diária no acompanhamento dos doentes com lombalgia crónica, submetidos a artrodese

lombar, e que nos levaram a sentirmos necessidade de uma intervenção na abordagem do tema da retoma da vida sexual nestes doentes (tema pouco abordado), justificando a pertinência da realização deste estudo. Portanto, são instrumentos de uma prática já implementada e não apenas para a realização desta investigação, uma vez que pretendemos, depois da análise e entrega deste trabalho académico, continuar a avaliar a nossa questão de investigação e ajustar as nossas práticas aos resultados obtidos, e caso se verifique, ajustar pormenores ou até abordar áreas em que se verifique necessidade de maior atenção. Ou seja, pretendemos usar escalas que sejam plausíveis de uso na prática diária. Além, disso, existem vários estudos que revelam, para vários conceitos medidos em saúde, que um só item pode apresentar correlações fortes com escalas maiores para o mesmo conceito. O que importará para este efeito é mais a "qualidade" do item do que a quantidade de itens. Escalas mais específicas destinar-se-ão a posteriores intervenções também elas mais específicas.

Outra das dificuldades/limitações com que nos deparámos foi a escassez dos estudos nesta área, principalmente ao nível nacional, também foi sentida como uma dificuldade nomeadamente na interpretação e discussão dos resultados.

O contexto em que se realizou o estudo é também peculiar e pode ser tido como limitação, ainda que os contextos privados de prática de enfermagem não sejam menos importantes que os outros. São é menos numerosos. Contudo, a cada contexto podem adaptar-se diferentes estratégias, o que importa é estudar a eficácia de cada estratégia em cada contexto.

Relativamente às implicações deste estudo podemos dizer que esta investigação teve implicações práticas, diretas e imediatas, na melhoria da vida das pessoas submetidas a artrodese lombar, o que desta forma demonstra a necessidade da sua implementação nesta e noutras unidades de saúde com o mesmo foco de atenção.

Relativamente a perspetivas futuras, sugerimos a replicação do estudo noutras instituições (públicas e privadas), noutros contextos clínicos (com a mesma e/ou com outras patologias) e com diferentes populações/amostras; nomeadamente com a introdução de novas variáveis de dimensão física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social/saúde, espiritual/cultural e económica. Esta aquisição de dados permitiria estabelecer comparações com uma maior diversidade.

Como um dos motivos para relevar para segundo plano a sexualidade é a falta de formação nesta área, a aplicação do modelo PLISST poderia revelar-se uma ferramenta bastante útil no quotidiano dos profissionais que cuidam destes doentes, além disso ajuda os doentes a ultrapassarem a barreira do tabu, ao proporcionar e promover o diálogo. Desta forma, sugeríamos a introdução deste modelo na promoção e no incentivo à abordagem da sexualidade nas pessoas com lombalgia crónica, submetidas a artrodese lombar.

Por último, consideramos que a investigação na prática de enfermagem constitui-se como uma mais-valia para a sua evolução como ciência e profissão, afirmando-se como mundo do conhecimento disciplina importante no científico. consciencialização da enfermagem contribui para uma prestação de cuidados de qualidade, com rigor técnico e científico. Os resultados do nosso estudo oferecem aos enfermeiros a possibilidade de refletir acerca das suas práticas e comportamentos. Contudo, a relevância do tema não se esgota com este trabalho, que deve servir como impulsionador da melhoria da prática dos cuidados ao doente cirúrgico e como promotor do desenvolvimento do conhecimento e investigação em enfermagem nesse âmbito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airaksinen, O., Brox, J., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. (2006). Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(2), S192-300. doi: 10.1007/s00586-006-1072-1
- Almeida, M., Gutierrez, G. & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciência e Humanidade da Universidade de São Paulo. EACH/USP. Recuperado de <a href="http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\_vida.pdf">http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\_vida.pdf</a>
- Alves, A.J.G. (2010). Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada (Trabalho Final de Licenciatura). Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1864/2/PG\_17171.pdf
- Akbas, N. B., Dalbayrak, S., Kulcu, D. G., Yilmaz, M., Yilmaz, T., & Naderi, S. (2010). Assessment of sexual dysfunction before and after surgery for lumbar disc herniation. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 13(5), 581-586. doi: 10.3171/2010.5.spine09906
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 56(2), 208-214. doi: 10.1007/s00103-012-1607-z
- Antonopoulou, M. D., Alegakis, A. K., Hadjipavlou A. G., & Lionis, C. D. (2009). Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life na mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 143-151. doi: 10.1189/1471-2474-10-143.
- Arantes, S., Ferreira, C., Lobo, S., Moutinho, R., Correia, J., Carvalho, C. & Marcos, A. (2007). Lombalgia: a realidade da nossa unidade de tratamento de dor. *Dor*, *15* (3), 22-27.
- Araujo, D. B., Borba, E. F., Abdo, C., Souza, L., Goldenstein-Schainberg, C., Chahade, W. & Silva, C. (2010). Função sexual em Doenças reumáticas. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 35 (1), 16-23. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/44633297
- Archer, K. R., Wegener, S. T., Seebach, C., Song, Y., Skolasky, R. L., Thornton, C.,... Riley, L. H., 3rd. (2011). The effect of fear of movement beliefs on pain and disability after surgery for lumbar and cervical degenerative conditions. *Spine* (Phila Pa 1976), 36(19), 1554-1562. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181f8c6f4

- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H., & Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: barriers and patients' expectations. *Clinical Rheumatology*, 32(10), 1487-1492. doi: 10.1007/s10067-013-2299-y.
- Bettencourt, M., Afonso, C. & Gonçalves, L. (2014). Condução Automóvel, Actividade Sexual e Desporto após Artroplastia Total da Anca Como e Quando iniciar?. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. 26* (2): 41-46. Recuperado de <a href="http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/viewFile/147/103">http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/viewFile/147/103</a>
- Bishop, G.D. (1994). Health Psychology: Integrating Mind and Body. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Bjorck-van Dijken, C., Fjellman-Wiklund, A., & Hildingsson, C. (2008). Low back pain, lifestyle factors and physical activity: A population based-study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 864-869. doi: 10.2340/16501977-0273
- Breivik; H., Collett, B., Ventafrida, V., Cohen, R, & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European *Journal of Pain*, 10, 287-333. Recuperado de <a href="http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Survey-of-chronic-pain-in-Europe.pdf">http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Survey-of-chronic-pain-in-Europe.pdf</a>
- Breton, D. (2007). Compreender a dor (1<sup>a</sup> ed.). Portugal: Estrelapolar Editora.
- Burton, A. K., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., . . . Pain, C. B. W. G. o. G. f. P. i. L. B. (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J*, 15(2), S136-168. doi:10.1007/s00586-006-1070-3
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014
- Caraviello, E.Z., Wasserstein, S., Chamlian, T.R., Masiero, D. (2005). Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiatrica*, *12* (1), 11-4. doi: 10.5935/0104-7795.20050002. Recuperado de <a href="http://actafisiatrica.org.br/detalhe-artigo.asp?id=237">http://actafisiatrica.org.br/detalhe-artigo.asp?id=237</a>
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(3), 385-94. Recuperado de http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10046
- Carvalho, D. D. S. & Kowacs, P. A. (2006) Avaliação da intensidade da dor. *Migrâneas Cefaléias*. 9 (4), 164 8.
- Cheng, J. S., Lee, M. J., Massicotte, E., Ashman, B., Gruenberg, M., Pilcher, L. E., & Skelly, A. C. (2011). Clinical guidelines and payer policies on fusion for the treatment of chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, *36*(21 Suppl), S144-163. doi: 10.1097/BRS.0b013e31822ef5b4
- Choratto R., & Stabille, S. (2003). Incidência de lombalgia entre pacientes encaminhados em 2001 a uma instituição privada de saúde para tratamento fisioterápico. Arquivo de Ciências da Saúde UNIPAR, 7(2), 99-106.

- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J. T., Jr., Shekelle, P., . . . American Pain Society Low Back Pain Guidelines, P. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*, 147(7), 478-491.
- Coelho, R. A., Siqueira, F. B., Ferreira, P. H. & Ferreira, M. L. (2008). Responsiveness of the Brazilian-Portuguese version of the Oswestry Disability Index in subjects with low back pain. *Eur Spine J*, 17 (8), 1101 1106. doi: 10.1007/s00586-008-0690-1
- Deyo, R. A., Gray, D. T., Kreuter, W., Mirza, S. & Martin, B. I. (2005). United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. *Spine (Phila Pa 1976)*. 30(12), 1441-14455; discussion 1446-1447.
- Dincer, U., Cakar, E., Kiralp, M. Z., & Dursun, H. (2007). Assessment of sexual dysfunction in male patients with Ankylosing Spondylitis. *Rheumatol Int*, 27(6), 561-566.doi: 10.1007/s00296-006-0248-7
- Direção-Geral da Saúde (2004). Circular Normativa N.º 12/DGCG, de 2 de julho de 2004, pp.1-67. Ministério da Saúde. Programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf
- Douglas, T. S., Mann, N. H., & Hodge, A. L. (1998). Evaluation of preoperative patient education and computer-assisted patient instruction. *Journal of Spinal Disorders*, 11(1), 29-35.
- Driscoll, C. E., Garner, E. G., & House, J. D. (1986). The effect of taking a sexual history on the notation of sexually related diagnoses. *Family Medicine*, 18(5), 293-295.
- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med.* 4(4), 331-339.
- Erdogmus, C. B., Resch, K. L., Sabitzer, R., Muller, H., Nuhr, M., Schoggl, A., . . . Ebenbichler, G. R. (2007). Physiotherapy-based rehabilitation following disc herniation operation: results of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(19), 2041-2049. doi:10.1097/BRS.0b013e318145a386
- Fairbank, J. C., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(22), 2940-2952; discussion 2952.
- Falavigma, A., Righesso-Neto, O. & Teles, A. R. (2009). Avaliação clínica e funcional no pré-operatório de doenças degenerativas da coluna vertebral. *Coluna/Columma*, 8(3), 245-253. doi.org/10.1590/S1808-18512009000300002
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, S.G. (2011). *Qualidade de vida e os seus correlatos na lombalgia crónica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto, Portugal.

- Fleck, M. P. A (2008). Problemas conceptuais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck, & Cols (Ed.), *A avaliação da qualidade de vida. Guia prático para profissionais de saúde* (pp. 19 28). Porto Alegre, Brasil: Artmed
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freburger, J. K., Holmes, G. M., Agans, R. P., Jackman, A. M., Darter, J. D., Wallace, A. S., . . . Carey, T. S. (2009). The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*, 169(3), 251-258. doi:10.1001/archinternmed.2008.543
- Freire, M. (2004). Lombalgia e lombociatalgia. In J. Natour (Eds.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 77-94). São Paulo, Brasil: etcetera.
- Fronek, P., Booth, S., Kendall, M., Miller, D., & Geraghty, T (2005). The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality and Disability*, 23(2), 51–63. doi: 10.1007/s11195-005-4669-0
- Galhordas, J. G., & Lima, P. A. T. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. Re(habilitar) *Revista da ESSA*, 0, 35-47
- Garret, A., Teixeira, Z., & Martins, F. (2006). A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da FCHS-UFP*, 3, 237-244.
- Ghobrial, G. M., Mehdi, A., Maltenfort, M., Sharan, A. D., & Harrop, J. S. (2014). Variability of patient spine education by Internet search engine. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 118, 59-64. doi: 10.1016/j.clineuro.2013.12.013
- Gonçalves, J. (2015). Expressão da dor, ansiedade e depressão em doentes com lombalgias recorrentes (Tese de Doutoramento). Universidade Autónoma de Lisboa Departamento de Psicologia, Lisboa Portugal.
- Gore, M., Sadosky, A., Stacey, B. R., Tai, K. S. & Leslie, D. (2012). The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. *37*(11), E668-677. doi: 10.1097/BRS.0b013e318241e5de
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, 29(2), 100-107.
- Haboubi, N. H. J, & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25 (6), 291-296.
- Hagg, O., Fritzell, P., & Nordwall, A. (2006). Sexual function in men and women after anterior surgery for chronic low back pain. *European Spine Journal*, 15(5), 677-682. doi: 10.1007/s00586-005-1017-0

- Hakkinen, A., Kautiainen, H., Jarvenpaa, S., Arkela-Kautiainen, M., & Ylinen, J. (2007). Changes in the total Oswestry Index and its ten items in females and males pre- and post-surgery for lumbar disc herniation: a 1-year follow-up. *European Spine Journal*, 16(3), 347-352. doi: 10.1007/s00586-006-0187-8
- Harkness, E. F., MacFarlane, G. J., Silman, A. J., & McBeth, J. (2005). Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: two populations-based cross-sectional studies. *Rheumatology* (Oxford), 44(7), 890-895. doi:10.1093/rheumatology/keh599
- Hanley, E. N. & David, S. M. (1999). Lumbar arthrodesis for treatment of back pain. *J Bone Joint Surg Am.* 81 (5), 716-30.
- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.
- Holmes, K. L., & Lenz, E. R. (1997). Perceived self-care information needs and information-seeking behaviors before and after elective spinal procedures. *Journal of Neuroscience Nursing*, 29(2), 79-85.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., . . . Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*, 64(6), 2028-2037. doi:10.1002/art.34347
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The epidemiology of the low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781. doi:10.1016/j.berh.2010.10.002
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1), 12-18.
- Korse, N. S., Nicolai M. P., Both S., Vleggeert-Lankamp C. L., & Elzevier H. W. (2016). Discussing sexual health in spinal care. *Eur Spine J*, 25(3), 766–773. doi 10.1007/s00586-015-3991-1
- Kendall, M., Hum, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D., & Geraghty, T. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 21 (1), 49–64.
- Kim, S., Mortaz Hedjri S., Coyte, P.C. & Rampersaud, Y.R. (2012). Cost-utility of lumbar decompression with or without fusion for patients with symptomatic degenerative lumbar spondylolisthesis. *Spine J.* 12(1), 44-54.
- Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 21(1), 77-91. doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004
- Ladeira, C. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(3), 190-199.

- Lamers, L. M, Meerding, W. J., Severens, J. L., & Brouwer, W. B. (2005). The relationship between productivity and health-related quality of life: an empirical exploration in persons with low back pain. Quality of Life Research, 14 (3), 805-813.
- Loureiro, L.M.J., & Gameiro, M.G.H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 151-162
- Louw, A., Butler, D. S., Diener, I., & Puentedura, E. J. (2013). Development of a preoperative neuroscience educational program for patients with lumbar radiculopathy. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 446-452. doi: 10.1097/PHM.0b013e3182876aa4
- Louw, A., Diener, I., Landers, M. R., & Puentedura, E. J. (2014). Preoperative pain neuroscience education for lumbar radiculopathy: a multicenter randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* (Phila Pa 1976), *39*(18), 1449-1457. doi: 10.1097/brs.0000000000000444
- Louw, A., Diener, I., & Puentedura, E. J. (2015). The short term effects of preoperative neuroscience education for lumbar radiculopathy: A case series. *Int J Spine Surg*, 9, 11. doi: 10.14444/2011
- Matos, A. (2010). Lombalgias. Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. 8(3): 12–14.
- Manchikanti, L., Singh, V., Datta, S., Cohen, S. P., Hirsch, J. A., & American Society of Interventional Pain, P. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*, 12(4), E35-70.
- Mannion, A. F., Junge A., Grob D., Dvorak J. & Fairbank J.C. (2006). Development of a German version of the Oswestry Disability Index. Part 2: sensitivity to change after spinal surgery. *Eur Spine J. 15*(1), 66-73. doi:10.1007/s00586-004-0816-z
- Manusov, E. G. (2012). Surgical treatment of low back pain. *Primary Care*, 39(3), 525-531. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.010
- Martins, N. (2002). Adaptação cultural e Linguística do Oswestry Low Back Pain Disability Index ODI 2.0. Recuperado de http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/ODI V 2.0
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (5<sup>a</sup> ed.). Pero Pinheiro: Editora Report Number.
- Mason, V. L. P., Mathias, B. M., & Skevington, S. M. (2008). Accepting Low Back Pain, Is It Related to a Good Quality of Life? *Clinical Journal of Pain*. 24(1), 22-29. doi: 10.1097/AJP.0b013e318156d94f
- McGregor, A. H., Burton, A. K., Sell, P., & Waddell, G. (2007). The development of an evidence-based patient booklet for patients undergoing lumbar discectomy and uninstrumented decompression. *European Spine Journal*, 16(3), 339-346. doi: 10.1007/s00586-006-0141-9

- McGregor, A. H., Henley, A., Morris, T. P., & Dore, C. J. (2012). Patients' views on an education booklet following spinal surgery. European Spine Journal, 21(8), 1609-1615. doi: 10.1007/s00586-012-2242-y
- Michalos, A.C.; Zumbo, B.D.; Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research, Prince George*, *51*(3), 245-86. doi: 10.1023/A:1007010401301
- Minayo, M., Hartz, Z. & Kimura, M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Colectiva*. 5 (1), 7-18
- Morlion, B. (2013). Chronic low back pain: pharmacological, interventional and surgical strategies. *Nature Reviews Neuroly*. 9(8), 462–73.
- Noronha, N. (2015). Dores nas costas podem ser uma das causas da falta de sexo. Sapolifestyle. Recuperado de <a href="http://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/dores-nas-costas-podem-ser-uma-das-causas-da-falta-de-sexo-entre-casais">http://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/dores-nas-costas-podem-ser-uma-das-causas-da-falta-de-sexo-entre-casais</a>
- Nguyen, C., Poiraudeau, S., Revel, M. & Papelard, A. (2009). Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 537-542. doi:10.1016/j.rhum.2009.03.003
- Nusbaum, M. R., & Hamilton, C. D. (2002). The proactive sexual health history. *American Family Physician*, 66(9), 1705-1712.
- Ocarino, J., Gonçalves, G., Vaz, D., Cabral, A., Porto, J., & Silva, M. (2009). Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(4), 343-349.
- Oliveira, J. (2011). Hérnia Discal Lombar: Programa de reabilitação pós-cirúrgico (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, Portugal.
- Olson, P. R., Lurie, J. D., Frymoyer, J., Walsh, T., Zhao, W., Morgan, T. S., . . . Weinstein, J. N. (2011). Lumbar disc herniation in the Spine Patient Outcomes Research Trial: does educational attainment impact outcome? *Spine* (Phila Pa 1976), 36(26), 2324-2332. doi:10.1097/BRS.0b013e31820bfb9a
- Organização Mundial de Saúde (2006). World Health Organization Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\_health/defining\_sexual\_h ealth.pdf em junho de 2015.
- Ostelo, R. W., Costa, L. O., Maher, C. G., de Vet, H. C., & van Tulder, M. W. (2009). Rehabilitation after lumbar disc surgery: an update Cochrane review. *Spine* (Phila Pa 1976), *34*(17), 1839-1848. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181abbfdf
- Ostelo, R. W., de Vet, H. C., Waddell, G., Kerckhoffs, M. R., Leffers, P., & van Tulder, M. (2003). Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine* (Phila Pa 1976), 28(3), 209-218. doi: 10.1097/01.brs.0000042520.62951.28

- Ostelo, R. W., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., . . . de Vet, H. C. (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine* (Phila Pa 1976), 33(1), 90-94. doi:10.1097/BRS.0b013e31815e3a10
- Ostensen, M. (2009). Função sexual comprometida em pacientes com doença reumática independente da actividade da doença, tratamento e função gonadal. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(6), 639-642.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. Jesus, & Nunes (Coods), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp.31-49). Alcochete. Textiverso.
- Paisana, A. & Almeida, S. M. (2007). Salvador: Ser feliz assim. Lisboa, Portugal: Livros do Brasil.
- Pekkanen, L., Neva, M. H., Kautiainen, H., Dekker, J., Piitulainen, K., Wahlman, M., & Hakkinen, A. (2013). Disability and health-related quality of life in patients undergoing spinal fusion: a comparison with a general population sample. *BMC Musculoskelet Disord*, 14, 211. doi: 10.1186/1471-2474-14-211
- Pereira, V. H. (2003). Validação intercultural do Oswestry Disability Questionnaire versão 2.0. Recuperado de <a href="http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/ODI V 2.0">http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/ODI V 2.0</a>
- Persch, L., Cepeda, C., Provensi, C., Rodacki, C., & Rodacki, A. (2007). Influência do gênero sobre a variação da estatura. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 21(1), 61-68. doi: 10.1590/S1807-55092007000100006
- Picavet, H. (2010). Musculoskeletal pain complaints from a sex and gender perspective. In P. Croft, F. Blyth & D. van der Windt (Eds.), *Chronic pain epidemiology: From aetiology to public health* (pp. 119-126). New York, NY: Oxford University Press.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., . . . Garretson, B. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 33(3), 281-289; quiz 290-281.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systemic review of psychological factors as predictors os chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* (Phila Pa 1976), 27(5), 109-120.
- Pires, R. & Dumas, F. (2008). Lombalgia: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. *Universitas: Ciências da Saúde*, 6 (2), 159-168. doi:10.5102/ucs.v6i2.718
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: Sua relação com as características sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.

- Post, M. W. M., Gianotten, W. L., Heijnen, L., Lambers, E. J. H. R., & Willems, M. (2008). Sexological Competence of Different Rehabilitation Disciplines and Effects of a Discipline specific Sexological Training. *Sexuality and Disability*, 26(1), 3-14. doi: 10.1007/s11195-007-9068-2
- Queiroz, M. V. (2003). Doenças Reumáticas: Manual para doentes. Lisboa, Portugal: Lidel
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais—Trajectos* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Publicações Gradiva
- Rabini, A., Aprile, I., Padua, L., Piazzini, D. B., Maggi, L., Ferrara, P. E., . . . Bertolini, C. (2007). Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. *Eura Medicophys*, 43(1), 49-54.
- Radu, A. S. (2004). Abordagem prática das algias vertebrais comuns. In J. Natour (Ed.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 213-234). São Paulo, Brasil: Etcetera.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 8 (1), 13.32.
- Rodrigues, S. (2015). Efeitos de um programa pré-operatório de reeducação functional respiratória, no doente submetido a cirurgia abdominal programada (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.
- Sarro, A., Rampersaud, Y. R., & Lewis, S. (2010). Nurse practitioner-led surgical spine consultation clinic. Journal of Advanced Nursing, 66(12), 2671-2676. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05446.x
- Schmidt, S., Power, M., Bullinger, M., & Nosikov, A. (2005). The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *Hoboken*, *12*(1), 28-49.doi: 10.1002/cpp.432
- Selkowitz, D. M., Kulig, K., Poppert, E. M., Flanagan, S. P., Matthews, N. D., Beneck, G. J., . . . Physical Therapy Clinical Research, N. (2006). The immediate and long-term effects of exercise and patient education on physical, functional, and quality-of-life outcome measures after single-level lumbar microdiscectomy: a randomized controlled trial protocol. *BMC Musculoskelet Disord*, 7, 70. doi:10.1186/1471-2474-7-70
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 281-288.
- Silva, B., & Santos, F. (2009). A qualidade de vida relacionada a saúde e promoção da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11(4), 540-560

- Silva, M., Fassa, A., & Valle, N. (2004). Dor lombar crónica em uma população adulta do Sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 377-385.
- Sousa, F. F., & Silva, J.A. (2005). The metric of pain: theoretical and methodological issues. *Rev Dor*, 6(1), 469-513.
- Stromqvist, F., Ahmad, M., Hildingsson, C., Jonsson, B., & Stromqvist, B. (2008). Gender differences in lumbar disc herniation surgery. *Acta Orthopaedica*. 79(5): 643-649. doi: 10.1080/17453670810016669
- Stuart, E. A. & Rubin, D. B. (2008). Best Practices in Quasi-Experimental Designs: Matching Methods for Causal Inference. In J. Osborne (Ed.), *Best Practices in Quantitative Methods*. (pp. 15576). New York, USA: Sage publications Inc.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5-15. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.012
- Taimela, S., Negrini, S. & Paroli, C. (2004). Funcional Rehabilitation of low back disorders. Europa Medicophysica. 40 (1): 29-36. Recuperado de <a href="http://www.minervamedica.it/en/journals/europamedicophysica/article.php?cod=R33">http://www.minervamedica.it/en/journals/europamedicophysica/article.php?cod=R33</a> Y2004N01A0029
- Thelin, A., Holmberg, S., & Thelin, N. (2008). Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: A prospective population-based study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 555–561. doi: 10.2340/16501977-0205
- Vasconcelos, J. (2004). Anatomia aplicada e biomecânica da coluna vertebral. In J. Natour (Ed.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 17-40). São Paulo, Brasil: Etcetera.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Wolter, T., Szabo, E., Becker, R., Mohadjer, M., & Knoeller, S. M. (2011). Chronic low back pain: course of disease from the patient's perspective. *Int Orthop*, 35(5), 717-724. doi:10.1007/s00264-010-1081-x
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646-656. Recuperado de <a href="http://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Woolf0903.pdf?ua=1">http://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Woolf0903.pdf?ua=1</a>
- WHOQOL Group (1996). WHOQOL-BREF: *Introduction, administration, scoring and genetic version of the assessment. Programme on Mental Health.* Geneva: Word Kealth Organization. Recuperado de <a href="http://www.who.int/mental\_health/media/en/76.pdf">http://www.who.int/mental\_health/media/en/76.pdf</a>
- Yee, A., Adjei, N., Do, J., Ford, M., & Finkelstein, J. (2008). Do patient expectations of spinal surgery relate to functional outcome? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 466(5), 1154-1161. doi: 10.1007/s11999-008-0194-7



ANEXO 1

- "Questionário Oswestry V.2.0"

# SPINE CENTER - QUESTIONÁRIO DE OSWESTRY -



Este questionário foi desenvolvido para dar informação sobre como os seus problemas nas costas ou pernas têm afectado a sua capacidade para realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as secções.

PARA CADA SECÇÃO, ASSINALE APENAS A RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVE A SUA CONDIÇÃO ACTUAL.

Secção 1 – Intensidade da Dor
□ Neste momento não sinto dor.
□ Neste momento a dor é muito leve.
□ Neste momento a dor é moderada.
□ Neste momento a dor é razoavelmente intensa.
□ Neste momento a dor é muito intensa.
□ Neste momento a dor é a pior que se pode imaginar.
Secção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)
□ Normalmente consigo cuidar de mim próprio(a) e isso não aumenta a dor.
□ Normalmente consigo cuidar de mim próprio(a), mas sinto bastante dor.
□ Sinto dor ao cuidar de mim próprio(a) e faço-o lentamente e com cuidado.
□ Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
□ Necessito de ajuda diária na maior parte dos meus cuidados pessoais.
□ Não consigo vestir-me, faço a minha higiene diária com dificuldade e fico na cama.
Secção 3 – Levantar Objectos
□ Consigo levantar objetos pesados e isso não aumenta a dor.
□ Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
$\ \Box \ A \ dor \ impede-me \ de \ levantar \ objetos \ pesados \ do \ chão, \ mas \ consigo \ levantá-los \ se \ estiverem \ convenientemente$
posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
□ A dor impede-me de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objectos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
□ Só consigo levantar objetos muito leves.
□ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.
Secção 4 – Marcha
□ A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
□ A dor impede-me de caminhar mais de 1.000 metros.
□ A dor impede-me de caminhar mais de 250 metros.
□ A dor impede-me de caminhar mais de 100 metros.
□ Só consigo andar com a ajuda de uma bengala ou canadianas.
□ Fico na cama a maior parte do tempo e tenho de "arrastar-me" para ir à casa de banho.
Secção 5 – Sentar
□ Consigo sentar-me em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que eu quiser.
□ Consigo sentar-me numa cadeira confortável durante o tempo que eu quiser.
□ A dor impede-me de estar sentado por mais de 1 hora.
□ A dor impede-me de estar sentado por mais de meia hora.
□ A dor impede-me de estar sentado por mais de 10 minutos.
□ A dor impede-me de sentar.

# SPINE CENTER - QUESTIONÁRIO DE OSWESTRY -



Secção 6 – Ficar em Pé
□ Consigo ficar em pé o tempo que eu quiser sem aumentar a dor.
□ Consigo ficar em pé o tempo que eu quiser, mas a dor aumenta.
□ A dor impede-me de ficar em pé por mais de 1 hora.
□ A dor impede-me de ficar em pé por mais de meia hora.
□ A dor impede-me de ficar em pé por mais de 10 minutos.
□ A dor impede-me de ficar em pé.
Secção 7 – Dormir
□ O meu sono nunca é perturbado pela dor.
□ O meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
□ Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
□ Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
□ Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
□ A dor impede-me totalmente de dormir.
Secção 8 – Vida Sexual
□ A minha vida sexual é normal e não faz aumentar a dor.
□ A minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
□ A minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
□ A minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
□ A minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
□ A dor impede-me de ter uma vida sexual.
Secção 9 – Vida Social
□ A minha vida social é normal e não faz aumentar a dor.
□ A minha vida social é normal, mas faz aumentar a dor.
□ A dor não tem nenhum efeito importante na minha vida social, mas limita alguns interesses que requerem mais
energia, como por exemplo, actividades de desporto, etc.
□ A dor tem limitado a minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
□ A dor tem limitado a minha vida social à minha casa.
□ Não tenho vida social por causa da dor.
Secção 10 – Viajar (autocarro/automóvel/táxi)
□ Posso ir a qualquer sítio sem sentir dor.
□ Posso ir a qualquer sítio, mas sinto que a dor aumenta.
□ A dor é intensa, mas consigo deslocar-me durante 2 horas.
□ A dor permite-me fazer deslocações de menos de 1 hora.
□ A dor permite-me fazer pequenas deslocações necessárias, em menos de 30 minutos.

□ A dor impede-me de fazer deslocações, exceto para receber tratamentos médicos.

ANEXO 2

- "Questionário SF-36"

# SPINE CENTER - QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36 V2) -



INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, dir	ria que a sua saúde é:			
Óptima	Muito Boa	Boa	Razoável 4	Fraca

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?						
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente	Um pouco pior	Muito pior		
1	2	igual 3	4	5		

<ol> <li>As perguntas que se seguem são sobre act Será que a sua saúde o/a limita nessas act</li> </ol>	•		
	Por favor assii	nale com um círculo u cada linha	ım número em
	Sim, muito Iimitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e .Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

# SPINE CENTER - QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36 V2) -



4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Quanto tempo, nas últimas quatro semanas					
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
<ul><li>a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?</li></ul>	1	2	3	4	5	
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5	
<ul><li>c. Sintou-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?</li></ul>	1	2	3	4	5	
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho	1	2	3	4	5	

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

# Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

	Quanto tempo, nas ultimas quatro semanas						
	Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca		
		tempo					
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	1	2	3	4	5		
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5		
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5		

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

ou outras actividades (por exemplo, foi preciso

mais esforço)?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

# SPINE CENTER - QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36 V2) -



9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Para cada pergunta coloque por favor um circulo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um circulo em cada linha.

# Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

				9 44 44 44 44 44 44 44 44 44 44 44 44 44	<u></u>
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	tempo			
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um circulo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente que os outros.	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
i. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.

Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

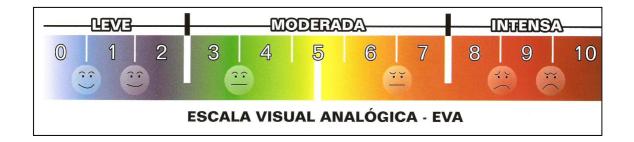
# **MUITO OBRIGADO**

ANEXO 3

- "EVA"

# SPINE CENTER — ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR - ESCALA VISUAL ANALÓGICA —





SPINE CENTER — ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR
- ESCALA VISUAL ANALÓGICA —





**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA** 

SPINE CENTER — ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR
- ESCALA VISUAL ANALÓGICA —





**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA** 

Spine Center — Escala de Avaliação da Dor - Escala Visual analógica —





**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA** 

# ANEXO 4

- "Folheto Informativo – Informações sobre a cirurgia"





# **ARTRODESE LOMBAR**

Informações sobre a sua cirurgia

## CONTACTOS

Avenida Emídio Navarro Nº 17 - 5º Esquerdo 3000-150 Coimbra

T. 239 098 665 Tlm. 915 005 400 E. geral@spinecenter.pt

www.spinecenter.pt



A Artrodese Lombar é uma cirurgia realizada para estabilizar a coluna, criando "pontes ósseas" entre pelo menos duas vértebras e eliminando movimento entre elas.

É feita uma incisão, em seguida , o cirurgião remove todo o material do disco degenerado e do osso que está a comprimir as estruturas nervosas e o saco dural. Depois são colocados parafusos e barras de titânio para garantir a fixação enquanto a ponte óssea se constrói.

A cirurgia dura, normalmente, 3-4 horas, no entanto depende da complexidade do problema e do número de vértebras que necessitam de ser estabilizadas.

As informações constantes desta brochura são genéricas, podendo não ser aplicáveis a todos os casos clínicos, dependem de cada doente.

Informe-se com o seu médico.

# ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Antes da sua cirurgia deve avisar se estiver com:

- Febre
- Tosse
- Alteração / feridas na região a ser operada

# NO DIA DA CIRURGIA

# Cuidados Pessoais

Fazer o banho pré-operatório, insistindo na região a operar; ter as unhas curtas e sem verniz; não usar maquilhagem; retirar próteses dentárias, fios, anéis, óculos, brincos ou outros acessórios.

### Admissão no quarto

No seu quarto, a equipa de enfermagem fornecerá as roupas e as meias de contenção a serem usadas no bloco operatório, para o qual será encaminhado em maca com antecedência de 30 a 40 minutos do horário da sua cirurgia.

### Bloco

Vai falar com o anestesista, que lhe fará algumas questões. Vão colocar-lhe a monitorização cardio-respiratória e um soro através da qual será administrada a anestesia.

# QUESTÕES FREQUENTES NO PÓS-OPERATÓRIO

## Onde e como vou acordar?

Após a cirurgia terminada, ficará, durante algum tempo, em observação no recobro. Nessa altura já está acordado e sob o efeito de analgésicos que aliviam a dor. Depois, será transferido para o seu quarto.

## O que é uma sonda vesical? Vou precisar disso?

As cirurgias mais prolongadas e com risco de maior perda de sangue, requerem a colocação de uma sonda vesical. Trata-se de um dispositivo urinário, que nos permite contabilizar a quantidade de líquidos que perde, de forma a mantermos sempre um equilíbrio para o bem estar do doente. Além disso, facilita o pós operatório imediato, enquanto não se pode levantar para ir ao WC. Esta é colocada na sala do bloco operatório, quando já estiver anestesiado, e será retirada, normalmente, no primeiro dia após a cirurgia.

## O que é um dreno? Também vou ter um?

Nas cirurgias que envolvam maior perda de sangue, é colocado um dreno. O dreno serve para retirar o sangue residual do interior do local operado. É retirado no internamento, após a indicação do médico.

# Qual é a posição em que devo ficar?

No pós operatório pode adoptar a posição mais confortável, evitando apenas ficar de "barriga para bai-

xo. Se necessário, peça a um enfermeiro que o ajude a mobilizar-se.

# Vou ter dores?

A dor é um sentimento subjectivo e varia de pessoa para pessoa, conforme o limiar de cada um. Periodicamente são-lhe administrados analgésicos. Sempre que a dor lhe cause incomodo, solicite medicação adicional.

### Quando faço o primeiro levante?

Nas primeiras 12h a 24h após a cirurgia será auxiliado, pela equipa de enfermagem e de fisioterapia, a efectuar o primeiro levante. Usará uma cinta de contenção lombar, até indicação médica.

# Quanto tempo fico internado? Quem me dá alta?

O tempo de internamento depende do tipo de cirurgia e de factores associados a cada pessoa. Em média varia entre 2 a 5 dias. Essa decisão faz parte da avaliação médica, do estado e recuperação de cada doente.

A alta será dada por um médico da equipa, e nesse momento ser-lhe-á entregue a documentação dos procedimentos efectuados, bem como os cuidados a ter com a ferida operatória e a data da próxima con-

	A	N	EX	0	5
--	---	---	----	---	---

- "Folheto Informativo – Orientações e cuidados gerais pós alta"



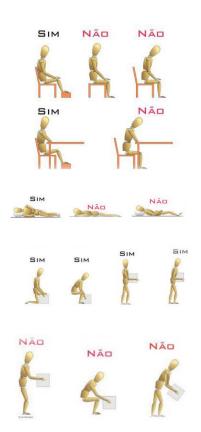


### CONTACTOS

Av. Emídio Navarro, Nº 8 3000-150 Coimbra

T. 239 098 665 Tlm. 915 005 400 E. geral@spinecenter.pt

www.spinecenter.pt facebook.com/spinecenter.sanfil



# CUIDADOS E ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA

As informações constantes desta confirmações constantes desta confirmações a todos os casos clinicos, depende de cada doente.

Informe-se com o seu médico.

O QUE POSSO E NÃO POSSO FAZER

# Actividades Físicas

A actividade física deve ser iniciada de forma progressiva e conforme orientação do seu médico.

Geralmente, deve começar com actividades leves como caminhar, sempre em terrenos planos, cerca de 10 ou 15 minutos e ir progredindo com o passar dos dias.

Deve evitar o repouso no leito de maneira contínua, pois contribuí para a perda de massa muscular e dores nas costas.

Procure mudar várias vezes de posição, alternando entre estar deitado, sentado e caminhar.

Não carregue pesos e muito cuidado ao baixar, lembre-se sempre de dobrar os joelhos lentamente.

A atividade sexual, normalmente, pode ser retomada após 2/3 semanas de maneira confortável e sem movimentos bruscos que possam causar amplos movimentos da região lombar. Mas consulte sempre o seu médico antes de iniciar estas actividades.

### Actividades de vida diárias

As actividades mais simples como escovar os dentes, pentear-se, alimentar-se, poderão ser realizadas de forma independente logo nos primeiros dias. Outras actividades pessoais como tomar banho e vestir-se devem inicialmente receber a ajuda e supervisão de um acompanhante e gradualmente passará a realizar estas tarefas sozinho.



### Conduzir ou andar de carro?

Deve sempre questionar o seu médico antes de iniciar esta atividade. Normalmente, 4 semanas após a cirurgia poderá iniciar, desde que em curtos percursos de 15 a 20 minutos, com aumento gradual.

Esta atividade exige movimentos de rotação da coluna que podem causar dor quando iniciados precocemente.

No dia da alta pode ser transportado em carro particular, mas em curtas distâncias ou então fazendo pausas durante o transporte, para descansar e caminhar um pouco. Incline o assento e use almofadas de forma a aumentar o seu conforto.

### Em casa

Tenha cuidado para não se exceder ao tentar voltar às suas actividades de uma só vez. Ao fiim de 4 a 6 semanas poderá começar a retomar as actividades em casa, no entanto, este retorno será determinado pelo seu médico a cada reavaliação.

Não se tente "testar" neste período. Prossiga com actividades onde se sente confortável e que não sejam prolongadas.

EVITE INCLINAR-SE (para a frente e para os lados), CARREGAR PESOS OU RODAR O CORPO ABRUPTAMENTE!

ANEXO	) 6
- "Folheto Informativo – Informações sobre a retoma da Vida Sexua	al"

# MITOS SOBRE A SEXUALIDADE APÓS CIRURGIA A COLUNA

- "Ter relações sexuais agrava a dor na coluna"
- "Ter relações sexuais após a cirurgia à coluna, pode "desmontar" os parafusos"
- "Pode haver recorrência de grave dor nas costas, após recomeçar com a vida sexual "
- " O sexo após uma cirurgia à coluna pode causar problemas na cicatriz e abrir os pontos"
- "Tenho receio de recomeçar a minha vida sexual porque tenho medo de ter dor"

### NA REALIDADE....

A vida sexual pode ajudar a esquecer as dores nas costas porque possui um efeito de relaxante muscular e de redução da dor, através das hormonas e substâncias libertadas nesse momento.

O fisiologista norte-americano, Dr. Westheimer, afirma "a vida sexual é o relaxante muscular mais eficiente, remove a dor relaxando os músculos gerais do nosso corpo"

Além disso, o sexo ajuda a ativar o metabolismo e manter o peso adequado do corpo, bem como a relaxar numa situação mental depressiva e a aliviar a dor nas costas causada por *stress*.

SEJA FELIZ E SEJA SAUDÁVEL!



# CONTACTOS

Avenida Emídio Navarro Nº 17 - 5º Esquerdo 3000-150 Coimbra

T. 239 098 665
Tlm. 915 005 400
E. geral@spinecenter.pt

www.spinecenter.pt facebook.com/spinecenter.sanfil



As informações constantes desta brochura são genéricas, podendo não ser aplicáveis a todos os casos clínicos, dependendo de cada doente.

Informe-se com o seu médico.





CIRURGIA DA COLUNA - RETORNO À VIDA SEXUAL -

# RECOMENDAÇÕES PARA A SEXUALIDADE APÓS A ALTA

Tal como todos os exercícios recomendados após a cirurgia (caminhar, ioga, hidroginástica), também o sexo pode melhorar a força muscular ao nível da coluna!

O tempo para recomeçar a sua atividade sexual pode apresentar pequenas diferenças, dependendo do tipo de cirurgia e da recuperação individual de cada

No caso das artrodeses lombares os especialistas apontam que cerca de 3 a 4 semanas, após a cirurgia, a pessoa pode iniciar a sua atividade sexual.



No ato sexual após cirurgia à coluna, não existem posições standard! Existem alguns princípios fundamentais e depois disso, deve adequar-se a posição ao tipo de dor. Independentemente da posição e da postura o importante é que as pessoas recorram a um especialista para avaliar o seu caso para que a dor nas costas não seja limitadora e não afete a vida da pessoa, física e psicologicamente.

### ESTRATEGIAS PARA RECOMEÇAR A VIDA SEXUAL APÓS A CIRURGIA À COLUNA

- Se tem dor ou medo de sentir dor: Controlo da dor—antecipação da toma dos analgésicos
- Se sentir uma dor momentânea, deve parar por instantes, não deve desistir! É fundamental procurar na intimidade com o parceiro formas para reduzir a dor, seja alternando posicionamentos ou encontrando outras formas de sexualidade. Há sempre alternativas para lidar com a dor.
- Evitar posturas que causem desconforto
- Controle os movimentos: utilize menos a coluna e mais os joelhos ou a anca, mantendo a sua coluna o mais neutra e com a menor tensão possível

# ALGUMAS POSIÇÕES RECOMENDADAS



Esta posição é geralmente confortável para qualquer pessoa submetida a cirurgia à coluna lombar. Lim

pequeno travesseiro pode ser colocado sob a região lombar para aliviar a pressão e também se podem utilizar almofadas para os joelhos.



Na posição lateral , a mulher submetida a cirurgia à coluna lombar pode usar travesseiros para apoiar a parte superior

da perna. O homem submetido a cirurgia à coluna lombar pode apoiar a parte superior da perna sobre a sua parceira, tendo cuidado com os movimentos de rotação da coluna



Uma outra posição lateral em que os parceiros se colocam frente a frente, a pessoa submetida a cirurgia à coluna lombar pode apoiar a

sua perna superior por cima das pernas do seu parceiro , tendo sempre cuidado com os movimentos de rotação da coluna e privilegiando os movimentos com o guadril.



Esta posição aplica-se tanto para um homem ou uma mulher com a cirurgia da coluna lombar. Se a mulher foi submetida a cirurgia , deve-se apoiar em algo firme e evitar a excessiva flexão ou torção da

coluna. Se o homem foi submetido a cirurgia à coluna, também deve evitar flexão ou torção excessiva, privilegiando os movimentos com o quadril e os joelhos.

Esta posição pode ser usada tanto por um homem ou



mulher submetidos a cirurgia à coluna lombar. Se a mulher foi submetida à cirurgia , ela pode deitar-se de costas com as suas nádegas perto da beira da

cama , enquanto o seu parceiro se ajoelha diante dela . Uma almofada pode ser colocada sob a região lombar para aliviar o stress . Os pés devem estar no chão e deve evitar-se arquear as costas , mantendo-as niveladas com a cama.



A pessoa submetida a cirurgia à coluna lombar fica na parte de baixo e pode colocar almofadas apoiando a região lombar. Os joelhos

podem ficar dobrados com almofadas, para maior conforto.

	APÊNDICES

- Requerimento de autorização de realização do estudo no Spine

Center – SANFIL



Exmo. Senhor

Dr. Luís Pedro de Sousa Ferreira e Teixeira

Dig.<sup>mo</sup> Diretor Clinico do Spine Center – SANFIL

Marisa Alexandra Martins Vicente, portadora do cartão de cidadão n.º 12520686, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 2-E-55517, Enfermeira no Spine Center - SANFIL, aluna do IX Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vai dar início à primeira fase do trabalho de investigação enquadrado no seu programa de Mestrado, sob orientação do Sr. Professor Doutor Luís Sarnadas.

Trata-se de um estudo do tipo quase-experimental, intitulado "Programa formativo préoperatório: Impacto na qualidade de vida e vida sexual da pessoa submetida a artrodese lombar".

Este estudo pretende avaliar o impacto da realização de um programa formativo préoperatório (com reforço no pós-operatório), providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar, na retoma da sua vida sexual e na melhoria da sua qualidade de vida após a cirurgia.

Propomo-nos fazê-lo a partir do preenchimento de um questionário que inclui três escalas que irão validar os outcomes em causa, tratam-se de instrumentos métricos validados em língua portuguesa: Oswestry Disability Index (ODI); Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) e a Escala Visual Analógica (EVA). Este questionário será preenchido pelos doentes em três momentos do seu acompanhamento: no pré-operatório, no 1º e 3º mês de pós-operatório. Além disso, os doentes devem assistir a um programa formativo de enfermagem sobre o impacto desta cirurgia na sua vida sexual e qualidade de vida, realizada por uma enfermeira interna à instituição. Esse momento formativo será complementado com entrega de três folhetos informativos.

Por este motivo vem solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para aplicar junto dos doentes propostos para artrodese lombar do Spine Center – SANFIL, o referido questionário, que anexa a este pedido.

Ciente das questões éticas e deontológicas que um estudo desta natureza implica assume de imediato, sob compromisso de honra, o total respeito e confidencialidade pelos dados obtidos.

Convicta do contributo que pode ter para a segurança dos doentes e para a gestão dos sistemas de melhoria da qualidade em saúde, agradece desde já a atenção dispensada

Antecipando o eventual interesse, em conhecer e aceder aos resultados finais do mesmo, terá todo o gosto e atenção em os disponibilizar.

Sem outro assunto de momento, respeitosamente

Aguarda diferimento.

Coimbra, 15 de Dezembro de 2015

(NOME)

# APÊNDICE II

- Consentimento Informado para os Participantes

# **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo (a). Senhor (a):

Marisa Alexandra Martins Vicente, portadora do cartão de cidadão n.º 12520686, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 2-E-55517, Enfermeira no Spine Center - SANFIL, aluna do IX Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vai dar início à primeira fase do trabalho de investigação enquadrado no seu programa de Mestrado, sob orientação do Sr.º Professor Doutor Luís Sarnadas.

Pretende-se com o presente estudo avaliar o impacto da realização de um programa formativo pré-operatório (com reforço no pós-operatório), providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar, na retoma da sua vida sexual e na melhoria da sua qualidade de vida após a cirurgia.

Para a concretização deste trabalho, é de extrema importância a sua colaboração através do preenchimento de um questionário constituído por três instrumentes instrumentos métricos validados em língua portuguesa (demora cerca de 10/15 minutos a preencher) e que nos forneça informação sobre a intensidade da sua dor, o grau de incapacidade que ela lhe provoca e, consequentemente, a forma como esta afeta a sua qualidade de vida.

O questionário para os quais solicitamos a sua participação, e que lhe irão ser entregue e devidamente esclarecido pela equipa de enfermagem, é então constituído por:

- <u>ESCALA VISUAL ANALÓGICA EVA</u> consiste na avaliação da intensidade da dor (0: ausência de dor a 10: dor máxima).
- Questionário de Qualidade de Vida -SF-36 Para avaliar a qualidade de vida em doentes com patologia da coluna vertebral.
- QUESTIONÁRIO OSWESTRY Para avaliação da intensidade da dor lombar.

Será pedido a todos os doentes com lombalgia crónica propostos para a realização de artrodese lombar que o preencham em três momentos diferentes do seu

acompanhamento (antes da intervenção – pré-operatório, 1º e 3º mês de pós-operatório). Além disso, os doentes, devem assistir a um programa formativo de enfermagem sobre o impacto desta cirurgia na sua vida sexual e qualidade de vida, realizada por uma enfermeira interna à instituição. Esse momento formativo terminará com entrega de um folheto informativo.

A sua participação é extremamente importante para a consecução dos objetivos, neste sentido solicitamos a sua colaboração no preenchimento dos questionários.

É com todo o respeito que garantimos o anonimato e a confidencialidade na utilização das informações obtidas. Poderá recusar ou desistir da sua participação a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

Grata pela sua colaboração e tempo despendido

# Consentimento Livre e Esclarecido

Após a	leitura	atenta e	e esclarecedora	deste	pedido	de Conse	entimento I	Inforn	าado,
eu,					,	declaro	autorizar	de	livre
vontade	a min	ha partici <sub>l</sub>	pação na entrev	ista e r	esposta	aos instru	mentos de	aval	ação
referidos	<b>3.</b>								
Data	1	1							

^			
APE	VDI	CE	Ш

- Diapositivos do programa de intervenção



# MITOS

- ."Ter relações sexuais agrava a dor na coluna"
- "Ter relações sexuais após a cirurgia à coluna, pode "desmontar" os parafusos"
- ." Pode haver recorrência de dor nas costas, após recomeçar com a vida sexual "
- ." O sexo após uma cirurgia na coluna pode causar problemas na cicatriz e abrir os pontos"





# RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA

# Quando recomeçar?

- Depende do tipo de cirurgia e da recuperação individual
- Artrodese lombar: 3 a 4 semanas após a cirurgia (questionar o profissional de saúde)



No ato sexual após a cirurgia da coluna, não existem posições standard! Existem alguns princípios fundamentais e deve-se adequar a posição ao tipo de dor.

# ESTRATÉGIAS



Antecipação da toma dos analgésico

Relação / Comunicação com parceiro



# Se sentir dor momentânea:

- · Parar! Mas não desistir!
- Alternar posicionamentos ou encontrar outras formas de sexualidade.



# Controle os movimentos

- · Utilize menos a coluna e mais os joelhos ou a anca
- · Coluna o mais neutra e com a menor tensão possível

APÊNDICE IV
a controlo alargado a

- Apreciação das diferenças entre grupo de controlo alargado e reduzido

Pelo facto de possuirmos dados de um número consideravelmente maior de participantes no grupo de controlo (n = 228) comparado com o grupo de intervenção (n = 40), vimos a necessidade de optar se deveríamos usar todo o grupo de controlo disponível (colhido durante os 3 anos anteriores ao início da intervenção) ou usar apenas um número semelhante de indivíduos que tivessem sido intervencionados em período homólogo no ano anterior (n = 78). Para avaliar a opção mais adequada realizamos em primeiro lugar uma pesquisa no sentido de avaliar metodologicamente o problema, nomeadamente de que forma o tamanho do grupo de controlo pode afetar o poder dos testes (quanto maior o tamanho da amostra menor será o desvio padrão da média). No que concerne à realização de estudos quase-experimentais apenas se encontrou uma referência que suporta a decisão de se usar o grupo de controlo total: "large pools of potential controls are beneficial, as many articles show that much better balance is achieved when there are many controls available for the matching" (Stuart & Rubin, 2008, pp. 171-172).

Ainda assim procedemos a duas análises para avaliar possíveis diferenças clínica e estatisticamente significativas entre os 3 grupos. Assim, na Tabela Suplementar 1 observam-se as características dos indivíduos dos três grupos antes da intervenção. Verifica-se que a proporção de mulheres é mais semelhante com o grupo de controlo total, não sendo clinicamente significativas as diferenças na idade e estado civil. Relativamente ao grau de incapacidade funcional da coluna, a média de incapacidade é maior no controlo total do que no controlo homólogo.

Avaliou-se ainda a normalidade da distribuição das variáveis dependentes principais (ODI 8 e ODI total) nos 3 grupos (Tabela Suplementar 2). Verificou-se que para a ODI 8 em nenhum grupo se verifica normalidade da distribuição; semelhante observação mas não tão uniforme para a ODI Total. Usam-se então os não paramétricos. Em suma, não se verificou aqui diferença entre a utilização do grupo de controlo total ou homólogo.

Por todas as razões acima mencionadas optou-se por usar a amostra de 228 pessoas como grupo de controlo.

**Tabela Suplementar 1** - Comparação das características sociodemográficas e clínicas por grupo de estudo (antes da intervenção)

	Grupo Interv. n = 40	Controlo Homól. n = 77	Controlo total n =228	<b>Total</b> <i>n</i> =268
Sexo Feminino, n (%)	24 (60,0)	59 (76,6)	144 (63,2)	168 (62,7)
Idade, anos, média (DP)	60,9 (12,0)	57,4 (11,5)	56,3 (12,4)	56,9 (15,7)
[Mín-Máx]	[36-78]	[24-82]	[22-83]	[22-83]
Estado Civil, n (%)				
Casado	28 (70,0)	57 (74,0)	175 (76,8)	203 (75,7)
Solteiro	3 (7,5)	6 (7,8)	20 (8,8)	23 (8,6)
Viúvo	4 (10,0)	6 (7,8)	14 (6,1)	18 (6,7)
Divorciado	5 (12,5)	8 (10,4)	19 (8,3)	24 (9,0)
ODI total (0-100), média (DP)	46,0 (13,8)	44,9 (16,4)	41,5 (15,9)	42,2 (15,7)

Tabela Suplementar 2 - Testes de normalidade da distribuição das variáveis dependentes principais nos três grupos

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Grupo_três	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Owa8Vsexual	INTERVENÇÃO	,215	40	,000	,877	40	,000
	CONTROLO	,155	151	,000	,903	151	,000
	Controlo homólogo	,143	77	,000	,891	77	,000
OwaT	INTERVENÇÃO	,150	40	,023	,971	40	,384
	CONTROLO	,074	151	,043	,987	151	,194
	Controlo homólogo	,098	77	,065	,978	77	,216
a. Lilliefors Significance Correction							