

NÍVEL DE PROBLEMAS, DE EXPECTATIVAS E DE INFORMAÇÕES A RESPEITO
DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE ORTOPÉDICO

por

MARIA DA GRAÇA FORTUNA NOGUEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SC

1980

MARIA DA GRAÇA FORTUNA NOGUEIRA


NÍVEL DE PROBLEMAS, DE EXPECTATIVAS E DE INFORMAÇÕES A RESPEITO
DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE ORTOPÉDICO

Dissertação apresentada à Univer
sidade Federal de Santa Catarina
para obtenção do Grau de Mestre.

FLORIANÓPOLIS - SC

1980

Esta dissertação foi julgada *a*.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, *a*.aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação.

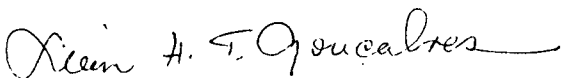

Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves

(Orientadora e coordenadora do Curso)

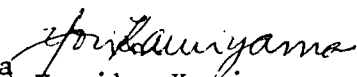

Mestra Alacoque Lorenzini

(Coorientadora)

Apresentação perante a Comissão Examinadora com -
posta pelas professoras:


Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Presidente


Dr.^a Aracy Witt de Pinho Spinola - Examinadora


Dr.^a Yoriko Kamiyama - Examinadora

A meus pais,
irmãos e
sobrinhos

À

Dr.^a LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

que dedicadamente me acompanhou
nessa caminhada;

que me estimulou, apoiou e orientou
na realização deste trabalho,
um Agradecimento Especial.

AGRADECIMENTOS

- À Universidade Federal Fluminense,
que tornou possível minha frequência a este curso de mest
ra
do.
- À Universidade Federal de Santa Catarina,
pelo Curso de Mestrado.
- À Dr.^a Wanda de Aguiar Horta,
pelos esforços inestimáveis que dedicou à nossa formação.
- Ao Prof. Evaristo Manoel Pereira,
pela contribuição com a análise estatística.
- À Profa. Maria Albertina Braglia Pacheco,
pelo apoio durante sua gestão como coordenadora do mest
ra
do.
- À Mestra Alacoque Lorenzini,
pelo incentivo contínuo e pela revisão geral desta disser-
tação.

- Aos Diretores dos Hospitais de Caridade e Governador Celso Ramos pela permissão na execução desta pesquisa.
- Aos médicos ortopedistas dos hospitais, locais da pesquisa, pela colaboração prestada durante a coleta de dados.
- Aos pacientes que voluntariamente se ofereceram para participar desta pesquisa.
- As colegas pós-graduandas: Sílvia Lúcia Ferreira e Cleusa Rios Martins; e as graduandas: Rose Marie Sandrini, Nazaré Otília Nazário, Dorothea Herweg e Elizabeth Boff Marques pela contribuição na coleta de dados.
- À Sara Rejane de Freitas Oliveira;
pela amizade e revisão da redação e tradução do inglês.
- À Maria Helena e Nardir Westrupp,
pela amizade e apoio contínuo.
- Aos Professores, Colegas e Funcionários do Departamento de Enfermagem da UFSC pelo interesse com que acompanharam meu trabalho.
- À Maria Salete Inacio,
pela execução do trabalho datilográfico.
- E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu

Muito Obrigada.

RESUMO

A presente dissertação constitui o relato de uma pesquisa onde se procurou identificar, entre os pacientes ortopédicos, as informações que estes possuem sobre sua doença, tratamento e prognóstico, os problemas percebidos e as expectativas referentes a sua reabilitação. Estudou-se a relação entre o grau de informação, nível de problemas e nível de expectativas com as variáveis 'idade', 'sexo', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'; e a correlação entre o grau de informação, o nível de problema e o nível de expectativas.

Foram entrevistados 119 (cento e dezenove) pacientes ortopédicos entre aqueles em tratamento nas unidades de internação e nos ambulatórios de 2 (dois) grandes hospitais gerais de Florianópolis-SC.

O estudo da relação entre as variáveis demonstrou que a 'idade', o 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento' estão diretamente associados ao nível de problemas perce

bidos.

O mesmo ocorre com o grau de incapacidade e o nível de expectativas, bem como com o 'nível de problemas' versus 'nível de expectativa'.

O inverso, no entanto, foi constatado entre o 'grau de informação' e o 'nível de expectativas'. Assim, quanto maior é o grau de informação, menor é o nível de expectativas.

ABSTRACT

The present dissertation is a report of a research made among orthopedic patients in order to find out the information they have about their illness, treatment and prognostic, the problems perceived by them and the expectation in relation to their rehabilitation. The degree of information, level of problems and level of expectation were studied in relation to the variables 'age', 'sex', 'level of incapacit', and the extension of treatment.

119 patients were interviewed among those carrying on a treatment both at a ward and ambulatory of two big general hospitals of Florianópolis-SC.

The study of the relation between the variables showed that the 'age', 'level of incapacity' and the extension of the treatment are directly proportional to the level of the problems perceived. The same happens in relation to the level of incapacity and the level of expectation, as well as

the resultant problems versus the level of expectation.

An apposite relation was observed, however, between the degree of information and the level of expectation.

SUMÁRIO

	Página
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - METODOLOGIA	9
2.1. <u>Objetivos</u>	9
2.2. <u>Hipóteses</u>	10
2.3. <u>Seleção das variáveis</u>	11
2.4. <u>Local da Pesquisa</u>	18
2.5. <u>População Amostral</u>	18
2.6. <u>Técnica, Instrumento e Procedimento</u>	19
3 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS GERAIS	28
3.1. <u>Grau de informação dos pacientes quanto à Afecção Ortopédica, Tratamento e Prognóstico</u>	30
3.2. <u>Nível de problemas dos pacientes quanto a sua Doença e Tratamento</u>	38

	Página
3.3. <u>Nível de expectativa dos pacientes para a sua reabilitação</u>	48
3.4. <u>Correlação entre grau de informação, nível de problemas percebidos e nível de expectativa</u>	58
4 - CONCLUSÕES	65
5 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	67
ANEXO	76

ÍNDICE DE QUADRO E TABELAS

	Página
Quadro Sinótico - Características da População Amostral, segundo as variáveis selecionadas, Florianópolis-SC, 1979.	29
Tabela 1 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Sexo	31
Tabela 2 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e a Idade	33
Tabela 3 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Nível de Incapacidade	35
Tabela 4 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Tempo de Tratamento	37
Tabela 5 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Sexo	39
Tabela 6 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e a Idade	43

Tabela 7 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Grau de Incapacidade	45
Tabela 8 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Tempo de Tratamento	47
Tabela 9 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e o Sexo	49
Tabela 10- Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e a Idade	53
Tabela 11- Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e o Grau de Incapacidade	55
Tabela 12- Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e o Tempo de Tratamento	57
Tabela 13- Postos do Grau de Informação, do Nível de Problemas Percebidos e do Nível de Expectativa	59

1 - INTRODUÇÃO

Na prática atual, espera-se que os doentes desempenhem um papel ativo, participando da própria recuperação e concentrando sua energia, seu entusiasmo e motivação nos objetivos do tratamento. Participar, contudo, de sua própria recuperação requer quase sempre a ajuda de profissionais da saúde. Para FUERST e outros²³, a enfermeira tem o dever de motivar o paciente para o cuidado de si mesmo na busca de sua cura. Os elementos essenciais para a motivação são a aceitação da doença e suas implicações, bem como da adaptação às limitações que a situação impõe. Algumas condições que favorecem esta motivação estão em ouvir e compreender os pacientes, em conhecer seus problemas, suas expectativas, em identificar conhecimentos que eles possuem a respeito de sua situação, de tal modo a permitir o oferecimento de assistência profissional adequada às necessidades sentidas e manifestadas por eles.

Muitos autores em nosso meio, como PIOVESAN⁴⁹, AUGUSTO², KAMIYAMA³³, SILVEIRA⁵⁶, BARBOSA⁴, têm feito investi

gações em diferentes situações na busca de subsídios que proporcionem um planejamento adequado de ações profissionais.

A presente pesquisa destinou-se a identificar o conhecimento dos pacientes ortopédicos a respeito de sua doença e tratamento e a percepção de seus problemas e expectativas.

A problemática do paciente ortopédico é devido a um tratamento especial prolongado e, geralmente, complexo, que leva ao afastamento demorado de suas atividades profissionais e sociais, além da produção no doente de alteração da auto-imagem devido às deformações e incapacidades de ordem física que o acompanham. Por isto, justifica-se que esses pacientes apresentem também problemas psicológicos e sociais, os quais são identificados através de ansiedade, medo, superdependência, sensação de desamparo, raiva, hostilidade, e outros, conforme citam BRUNNER & SUDDARTH⁸, COMARÚ¹⁵, NEVES^{4,2}, STRYKER^{6,3}, BELAND & PASSOS⁶.

O tratamento ortopédico, além de exigir um período longo, exige também uma combinação variada e muitas vezes complexa, de medidas terapêuticas para a recuperação total do paciente; ou, quando isso não for possível, à utilização máxima das capacidades presentes. Assim sendo, é essencial que o doente passe por um processo de reabilitação.

Os peritos da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{6,8} em seu segundo relatório sobre Reabilitação Médica assim se manifestam: "Reabilitação, quando aplicada à incapacidade, é o uso combinado e coordenado de medidas médicas, sociais, educacionais e vocacionais para treinar ou re-treinar o indivíduo

até que ele atinja o mais alto nível possível de capacidade".

E continuam: "Reabilitação Médica, é o processo de cuidado médico objetivando o desenvolvimento da capacidade funcional e psicológica do indivíduo e, se necessário, seus mecanismos compensatórios a fim de capacitá-lo a atingir a independência e levá-lo a uma vida ativa". Esclarecem ainda que, os fins da reabilitação médica não dizem respeito somente à cura física, mas também à social, pretendendo chegar a uma re-integração do indivíduo dentro da sociedade que permita retornar às atividades anteriores ou, na impossibilidade destas, adaptá-lo a outra e que, de uma forma ou de outra, o faça sentir-se confiante para enfrentar a vida diária.

BELAND & PASSOS⁵, ao comentar os conceitos existentes de reabilitação, enfatizam a importância de que o nível máximo de capacidades a ser conseguido deve ser colocado em termos do que o paciente deseja ou do grau de independência que ele é capaz de atingir.

Segundo BOCCOLINI, citado por GONÇALVES & GUTTIERREZ²⁶, quatro são as fases distintas do processo de reabilitação. São elas: recuperação, reeducação, readaptação e recolocação no emprego, que ele assim define:

Recuperação "compreende um conjunto de medidas de tratamento que visa obter e desenvolver, ao máximo, a capacidade existente no indivíduo deficitário";

Reeducação "visa o aperfeiçoamento da capacidade máxima obtida pela recuperação, com o fim imediato de sua uti-

lização prática";

Readaptação "compreende um novo adestramento para as atividades físicas e mentais determinadas em condições tão próximas quanto as da vida real", e

Recolocação ou Reemprego " é a fase final em que se procura fazer com que o deficitário exerça as atividades para a qual foi treinado provendo assim, sua própria subsistência".

Na prática, geralmente, estas fases não têm limites rígidos e elas caminham paralelamente, num procedimento integralizado, dirigido às metas da reabilitação. A equipe multiprofissional participa em todo o processo de forma a ajudar cada indivíduo a atingir os seus objetivos.

No planejamento das ações, é essencial que a equipe examine cuidadosamente cada paciente na determinação das necessidades de reabilitação, pois cada um apresenta potencialidades diferentes mesmo entre aqueles que apresentam semelhantes impedimentos.

A enfermagem tem papel preponderante em todo o processo, pois, desde os primeiros cuidados ministrados a uma pessoa com incapacidade, já está participando do processo de reabilitação no sentido amplo. Conforme descreve BELAND & PASSOS⁵, o atendimento inicial fornecido a uma pessoa inválida por uma lesão ou doença já constitui um fator vital para uma futura reabilitação.

Os cuidados diretos prestados pela enfermagem durante a fase inicial ou aguda devem ser dirigidos no sentido de

prevenir novas incapacidades, que se podem somar com as causadas pela própria doença, através do impedimento da instalação de deformidades e de agravos evitáveis; isto porque, quanto menores forem as incapacidades, mais rápida e maiores serão as possibilidades do indivíduo se reabilitar.

Em pacientes com problemas músculo-esqueléticos os cuidados mais comuns de enfermagem neste sentido são: a manutenção das atividades corporais não afetadas, profilaxia de deformidades que poderão advir da própria doença ou lesão, e a aplicação adequada da terapêutica específica. Outra atenção importante é o estímulo precoce e continuado do doente na participação da aprendizagem e execução do seu auto-cuidado, mesmo que estas sejam mínimas; isto manterá no indivíduo a consciência de sua capacidade em readquirir sua independência. A ociosidade, o sentimento de dependência e de inutilidade são prejudiciais e retardam a recuperação.

As funções da enfermagem no processo de reabilitação, estão dirigidas principalmente à ajuda, ao ensino, a orientação e à supervisão do incapacitado em relação às atividades da vida diária. No desempenho destas funções, deve-se levar em consideração as limitações e as capacidades potencialmente presentes de cada paciente para que a aprendizagem do auto-cuidado seja compatível com as suas reais aptidões.

De acordo com BUCK¹² a área de enfermagem ortopédica oferece uma gama de oportunidade de cuidados do paciente, va -

riando do cuidado crítico até a enfermagem de reabilitação". Ainda que dependendo da natureza da doença, o paciente pode ser hospitalizado por 3 (três) dias ou 3 (três) meses; pode ser internado para uma reposição de articulação que vai lhe dar um novo estilo de vida; pode ser tratado para uma amputação de partes do corpo que mudará radicalmente sua vida. Esse tipo de paciente pode começar o tratamento como eletivo, tendo anteriormente tratado de muitas de suas ansiedades e necessidades, ou em caráter de emergência mal preparado para enfrentar o estresse de um tratamento prolongado. Prossegue, comentando que a enfermagem ortopédica apresenta uma variedade de oportunidades no envolvimento com os pacientes em problemas físicos e psicológicos.

A afecção ortopédica ou o tratamento exigido pela mesma, com frequência podem precipitar crises emocionais devido a sua ocorrência de maneira repentina bem como produzir mudanças profundas da auto-imagem.

Conforme a teoria das crises, de CAPLAN^{1,3} e sua classificação, doença, hospitalização, tratamento cruento, constituem alguns dos eventos geradores de crises situacionais. O paciente, diante de um impacto desta natureza, poderá entrar em crise dependendo dos seus padrões genéticos de resistência psicológica e dos fatores externos de apoio.

'Crise', segundo o mesmo autor, é a situação em que o indivíduo entra em desequilíbrio por enfrentar um obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida. Geralmente passa por estágios de choque psicológico, rejeição, depressão e ansieda-

de, precedendo o de aceitação da realidade atual. De início, o paciente se preocupa com a perda de função ou parte do corpo e não pode acreditar no que lhe aconteceu. Em seguida, poderá manifestar a rejeição de vários modos, conforme citam BELAND & PASSOS⁵ : recusando-se a participar do plano de reabilitação , recusando terapias necessárias, aceitando aparentemente tratamentos prescritos enquanto acredita em situações irreais; no entanto, quando se convence da realidade da situação, entra em depressão e ansiedade, pois, os vários obstáculos que se antepõem à sua vida, tais como alteração da auto-imagem, impedimento de retorno ao trabalho anterior, dificuldades econômicas e familiares, necessidade de mudança nos planos de vida, parecem-lhes todos problemas sem solução. O paciente poderá manifestar essa ansiedade e depressão recusando ajuda ou alimentação; negando-se a falar ou dormir; ou dormindo o tempo todo; ou isolando-se. Outras vezes, a ansiedade poderá se manifestar através da agressividade verbal e posturas radicais em questões triviais. A importância em ultrapassar todas essas fases penosas, mas benéficas, está em levar o indivíduo à aceitação de sua realidade atual, mesmo que difícil, com a aquisição de uma maturidade psicológica que lhe permita solucionar ou contornar o problema.

A intervenção da enfermagem junto aos pacientes em crise, é de suma importância para ajudá-lo a lidar com sua ansiedade e a superá-la. A ajuda profissional adequada constitui um forte apoio situacional externo, possibilitando-lhe superação da crise e, conseqüentemente, a aceitação de sua realidade pela percepção de suas capacidades e limitações. Esta é a con-

dição necessária para que o indivíduo se auto motive e participe ativamente do seu processo de reabilitação.

Diante das considerações feitas, verifica-se que há necessidade de conhecer o diagnóstico da problemática apresentada pelo grupo dos pacientes ortopédicos. São escassos, na literatura nacional, temas de enfermagem ortopédica que abordem as características específicas dos referidos pacientes do nosso meio.

É sabido que as diferenças individuais existem e devem ser relevadas por todos aqueles que mantêm relacionamento interpessoal a nível profissional. Entretanto, conhecer a gama de possíveis problemas que caracterizam um determinado grupo é fundamental para nortear o profissional na identificação minuciosa dos problemas percebidos por cada paciente. Por isso, o intuito desta pesquisa foi contribuir de algum modo na identificação da problemática vivida por grupo desta natureza. Optou-se apenas verificar o nível ou grau de problemas e expectativas e de informações a respeito das condições de saúde, através de entrevistas com os pacientes. Estudou-se a possível correlação entre essas variáveis, bem como a relação destas com fatores tais como: 'idade', 'sexo', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

Reconhece-se a limitação desta pesquisa, pois seus resultados não poderão oferecer subsídios que identifiquem a qualidade dos problemas ou expectativas próprias de diferentes sub-grupos alinhados através dos fatores acima mencionados. Por isso, carece de continuidade de investigação na referida área tão somente iniciada.

2 - METODOLOGIA

2.1. Objetivos

2.1.1. Verificar se existe relação entre o grau de informação que possuem os pacientes quanto a sua doença, o seu tratamento e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.1.2. Verificar se existe relação entre o nível de problemas percebidos pelo paciente quanto a sua doença e seu tratamento e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.1.3. Verificar se existe relação entre o nível de expectativa dos pacientes para com a sua reabilitação e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.1.4. Verificar a existência de correlação entre o 'grau de informação que possuem os pacientes quanto à sua doença, tratamento e prognóstico', 'o nível de problemas percebidos

pelos pacientes em relação a sua doença e tratamento' e o 'nível de expectativa dos mesmos para sua reabilitação'.

2.2. Hipóteses

2.2.1. Existe relação entre o grau de informação que possuem os pacientes quanto à sua doença, o seu tratamento e as variáveis 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.2.2. Existe relação entre o nível de problemas percebidos pelo paciente quanto à sua doença e seu tratamento e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.2.3. Existe relação entre o nível de expectativa dos pacientes para com a sua reabilitação e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'.

2.2.4. Existe correlação entre o grau de informação que possuem os pacientes quanto à sua doença, tratamento e prognóstico e o nível de problemas percebidos pelos pacientes em relação à sua doença e tratamento.

2.2.5. Existe correlação entre o grau de informação que possuem os pacientes quanto à sua doença, tratamento e prognóstico e o nível de expectativas dos mesmos para sua reabilitação.

2.2.6. Existe correlação entre o nível de problemas percebidos pelos pacientes em relação à sua doença e tratamento e o nível de expectativas dos mesmos para com a sua reabilitação.

tação.

2.3. Seleção das Variáveis

2.3.1. Variáveis Independentes

'Idade', 'sexo', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento' foram as variáveis selecionadas para esta pesquisa. Acreditou-se serem importantes fatores diferenciadores na forma dos pacientes manifestarem os problemas, as informações que possuem sobre sua doença e tratamento, expectativas para com sua reabilitação. Tal seleção foi baseada em autores consultados, como PIOVESAN⁴⁹, ABDELLAH¹, AUGUSTO², KAMIYAMA³⁴, bem como em observações feitas no cotidiano profissional.

A variável 'idade' foi classificada em quatro grupos:

15 — 20 anos

20 — 30 anos

30 — 50 anos

50 anos e acima

Decidiu-se estudar os pacientes adultos e jovem a partir dos 15 anos de idade sem limitação da idade máxima, que segundo os peritos da OMS⁶⁸, em seu primeiro relatório sobre Reabilitação as consequências do impedimento físico no adulto são bastante distintas. Como os adultos perderam parte da capacidade de adaptação por estarem mais diferenciados e especializados do que as crianças, apresentam maiores sentimentos de ansiedade e frustração, os quais tendem a aumentar com o avanço da idade. É comum em pacientes velhos o aparecimento de depres

sões e estados de ansiedade pré-senil e senil.

O item 'sexo' foi incluído neste estudo porque, conforme PIOVESAN⁴⁹, o mesmo costuma influir na conduta das pessoas em relação à saúde, embora seja difícil descrever o sentido geral dessa influência, pois depende, sobretudo, do problema que se enfoca.

O 'grau de incapacidade' foi estudado por estar intimamente ligado aos pacientes ortopédicos e sua reabilitação. Os peritos em reabilitação da OMS⁶⁸ definiram incapacidade como "a redução da capacidade funcional para conduzir uma vida útil".

Esta variável foi selecionada a fim de verificar se os pacientes com diferentes graus de incapacidade apresentam condutas características.

No presente estudo, o grau de incapacidade foi medido obedecendo à seguinte graduação: mínimo, médio e máximo. A atribuição do grau foi feita pelo somatório das atividades do cuidado diário que o paciente fosse capaz de desempenhar sozinho. Assim, para o 'grau mínimo', atribui-se ao paciente a capacidade de desempenhar de 15 a 20 atividades.

Para o grau médio, atribui-se ao paciente a capacidade de desempenhar de 8 a 14 atividades.

Para o grau máximo, atribui-se ao paciente a capacidade de desempenhar de 0 a 7 atividades.

A listagem das atividades do cuidado diário foi ba-

seado em STRYKER⁶³ com adaptações, conforme segue:

- Hábitos de Higiene Pessoal:

- lavar o rosto
- lavar as mãos
- escovar os dentes
- higiene íntima
- tomar banho
- cortar unhas

- Hábitos Alimentares:

Incluído todo e qualquer tipo de alimentação. Ca
pacidade de servir-se só às refeições.

- Cuidados pessoais no atendimento das necessida -
des fisiológicas:

- de eliminação urinária
- de eliminação fecal

- Hábitos de Locomoção e Movimento:

- barbear-se
- pentear-se
- deitar-se na cama
- levantar-se da cama
- sentar-se
- levantar-se
- caminhar
- vestir-se
- despir-se
- calçar sapatos
- descalçar sapatos

- O tempo de tratamento foi classificado arbitrariamente para este estudo, em três grupos:
 - menos de 2 meses
 - de 2 a 6 meses
 - de 6 meses e mais.

Acreditou-se que esta variável pudesse influir consideravelmente, sobretudo em relação aos problemas percebidos, porque o indivíduo que se encontra doente e em tratamento por mais tempo, possivelmente teria acumulado maior problema de ordem psicossocial, tais como: exaustão da economia familiar, dificuldade na aceitação de impedimentos físicos, dificuldade na reformulação dos seus planos de vida, sentimento de inutilidade e de ser indesejável, sacrifícios ou sobrecarga dos familiares, desconforto por dependência de outrem, dúvidas quanto à sua recuperação.

2.3.2. Variáveis Dependentes

Como já foram apontados nos objetivos dessa pesquisa, as variáveis dependentes selecionadas foram: grau de informação dos pacientes quanto à sua afecção ortopédica, tratamento e prognóstico; nível de problemas percebidos pelos pacientes devido à doença e tratamento; e o nível de expectativas dos pacientes com relação à sua recuperação.

- Grau de informação do paciente quanto à afecção ortopédica, tratamento e prognóstico

Já é bastante sabido e defendido em nosso meio profissional que o paciente deseja receber informações a res

peito de sua doença, seu tratamento e prognóstico, sendo assim que os profissionais devem fornecer as informações, pois com isto sanarão a insegurança, proveniente do medo do desconhecido, contribuindo efetivamente para que o paciente se torne auto-confiante e, posteriormente, responsável pelo seu tratamento e sua recuperação.

Entretanto, desconhece-se sobre o que e quanto os pacientes estão informados. PIOVESAN⁴⁹ afirma ser difícil encontrar indivíduos que não tenham sequer uma idéia acerca de sua doença e tratamento. Por isso, antes de fornecer informações ou orientações deve-se descobrir quais as informações corretas que eles possuem, quais as incorretas, e o que eles ignoram.

Propôs-se estudar esta variável entre os pacientes ortopédicos para verificar as possíveis relações com os fatores já citados anteriormente. O grau de informação foi medido através de percentagem obtida de respostas corretas. A verificação das respostas corretas foi feita comparando os dados fornecidos pelo médico de cada paciente.

- Nível de problemas percebidos pelos pacientes devido à afecção ortopédica e seu tratamento

Segundo KAMIYAMA³⁴ problemas percebidos ou sentidos pelos pacientes "são aqueles que eles conscientizam ou percebem como problema e conseguem verbalizar".

Para fins desta pesquisa, os problemas estudados ficaram restritos àqueles da área psicossocial que pudessem estar ligados à situação do indivíduo que enfrenta uma afecção

ortopédica e que necessita reabilitar-se.

Os pacientes ortopédicos, como quaisquer outros, têm problemas próprios e divergentes. No entanto, sua afecção tem como característica comum a alteração da imagem corporal, levando, assim, desvantagem em relação às outras afecções, e acentuando a extensão das áreas de problemas.

O nível de problemas recebeu os seguintes graus de intensidade: 'pouco', 'regular' e 'muito'.

Determinou-se o nível de problemas percebidos pelo somatório dos pontos obtidos, aos quais foram atribuídos, arbitrariamente, diferentes pesos. Assim, para a percepção de um problema em grau 'pouco' determinou-se peso 1, para o grau 'regular' peso 2 e para o grau 'muito' peso 3.

- Nível de expectativas dos pacientes ortopédicos em relação à sua reabilitação.

Para esta variável, considerou-se o aspecto ajuda ou auxílio que o paciente espera para a sua reabilitação.

Segundo os peritos da OMS⁶⁸, a reabilitação é um processo no qual estão interligadas as medidas médicas, sociais, educacionais e vocacionais, de modo a proporcionar ao indivíduo a recuperação máxima de seu impedimento, isto é, sua incapacidade, e que isso se faça tão logo se inicie o problema a fim de que complicações graves e irreversíveis sejam evitadas. Enfatiza também que a equipe de profissionais que participa deste trabalho deve ter em mente a necessida-

de de agir em consonância e, principalmente, visando fornecer ao usuário um atendimento a todos os aspectos afetados.

A essência da reabilitação é a de que o paciente esteja positivamente motivado já que o êxito de sua reabilitação depende de sua participação responsável.

Entretanto, para que isto aconteça a um indivíduo com imagem corporal alterada, ela deve passar por etapas psicológicas muitas vezes árduas, até que se processe a revisão do seu auto conceito, compreendendo todas as implicações desta mudança. A aceitação de uma situação real, tal como a de uma determinada incapacidade funcional, é geralmente precedida de estágios de crise psicológica onde se observam a rejeição, a depressão, e a ansiedade conforme descrevem BELAND & PASSOS⁵.

Os mesmos autores enfatizam que a intervenção de ajuda durante a crise psicológica é essencial para evitar que o paciente se alongue nesses estágios, como também evitar a possibilidade de se aprofundar em problemas psicopatológicos. Durante esses estágios, o paciente sente necessidade de ajuda, por isso, procurar saber de suas expectativas mais importantes, compreendê-las e atendê-las dentro do possível, mesmo que não constituam prioridades reais, é de suma importância para reduzir sua tensão e conduzi-lo mais rapidamente à aceitação de suas limitações e de seus conseqüentes ajustes.

A determinação do nível de expectativa foi feita através do somatório dos pontos obtidos, como no caso anterior. Entretanto, a aferição de pesos arbitrados nos diferen-

tes grupos de expectativas foi variada, conforme segue:

- Peso 1: para a informação ou orientação sobre a doença e o tratamento.
- Peso 2: para o ensino dos cuidados a serem adotados, para o uso e manejo de algum aparelho, e nas atividades do cuidado diário, para reaprender a cuidar-se sozinho.
- Peso 3: para a orientação e ajuda na procura de recursos da comunidade, incluindo-se aqui a informação sobre o prognóstico.

2.4. Local da Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em Unidades de Internação e ambulatórios ortopédicos de 2(dois) hospitais localizados na cidade de Florianópolis-SC. Estes hospitais foram selecionados por apresentarem características semelhantes, tais como: são os maiores hospitais gerais da cidade; têm o maior número de atendimentos; atendem não beneficiários e beneficiários de vários seguros de assistência médica e previdência social, inclusive os clientes particulares; e servem de campo de estágio para os estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação de Enfermagem existentes na cidade.

2.5. População Amostral

Foi composta de todos os pacientes em tratamento ortopédico hospitalizados e em atendimento ambulatorial nos dois hospitais já referidos, no período compreendido entre 15 de

novembro a 14 de dezembro de 1979.

Os critérios estabelecidos na seleção dos elementos da amostra foram:

- paciente lúcido capaz de manter entrevista e que aceitasse participar da pesquisa;
- paciente com idade de 15 anos ou mais; e
- pacientes de ambos os sexos.

Obteve-se uma amostra de 119 pacientes durante o período acima mencionado, tempo previsto para a coleta de dados.

2.6. Técnica, Instrumento e Procedimento

2.6.1. Técnica e Instrumento

A técnica adotada foi a entrevista. Assim, foi elaborado um instrumento (ANEXO I), em sua forma definitiva após vários testes piloto.

Como o fator escolaridade não foi controlado, optou-se por esta técnica que permite que o entrevistado entenda, se esclareça e responda adequadamente às indagações feitas pelo pesquisador.

O instrumento aplicado constou de um formulário dividido em duas partes. A primeira destinou-se à anotação dos dados relativos as variáveis independentes. A coleta desses dados foi feita através de consulta em prontuário do paciente, entrevista com o pessoal de enfermagem e com os próprios pacientes e através de observações feitas pelos próprios entre-

vistadores.

A segunda parte destinou-se ao registro de dados relativos às variáveis dependentes e colhidos exclusivamente através da entrevista. O item 2 (dois) do formulário destinou-se à coleta de dados referentes às informações quanto à doença, tratamento e prognóstico. A fim de determinar o grau de informação que os pacientes possuem, médicos também foram entrevistados para que o total de suas respostas constituíssem o indicador do grau máximo de informação que eles possuem. Obviamente, as respostas consideradas do paciente deveriam ser coincidentes com as do médico. O grau de informação foi calculado em termos de percentagem.

No item 3 (três) perguntou-se aos pacientes quais eram os problemas percebidos devido à sua doença e tratamento. Foram dirigidas 18 (dezoito) perguntas de possíveis problemas percebidos pelos pacientes ortopédicos baseados nas descrições de COMARU¹⁵, NEVES⁴², BRUNNER & SUDDART⁹, BELLAND & PASSOS⁶, e de subsídios colhidos durante os testes-piloto, onde as perguntas eram abertas. A resposta para cada pergunta deveria ser dada apontando uma das 4 (quatro) classificações: 'não sentiu o problema' ou, se sentia, nas gradações 'pouco', 'regular' ou 'muito'. Determinou-se, respectivamente, para essas classes os pesos 0, 1, 2 e 3. O nível de problemas estabelecido para cada entrevistando foi determinado pelo somatório dos pontos obtidos.

O item 4 (quatro) destinou-se à coleta de dados re-

lativos à expectativa dos pacientes em relação à sua reabilitação. Este item foi composto de 15 (quinze) perguntas de como o paciente gostaria de ser ajudado para sua reabilitação. As respostas eram do tipo SIM ou NÃO. Essas perguntas se enquadraram em 3 sub-itens. Para o ítem de perguntas relacionados com a informação e orientação sobre doença, tratamento, prognóstico e sobre os direitos do seguro médico e social, estabeleceu-se o peso 3 (três) para a resposta positiva. Este peso foi o maior estabelecido neste item, pois muitas pesquisas, como a de KAMIYAMA³⁴, demonstraram que os maiores problemas percebidos pelos pacientes são oriundos do desconhecimento de sua situação de saúde. O outro sub-ítem referia-se à reaprendizagem de diferentes atividades do auto cuidado devido às alterações que a doença e o tratamento provocara no indivíduo. Este sub-ítem recebeu o peso 2 (dois) para cada resposta positiva. E, finalmente, o sub-ítem relacionado com a ajuda na procura de recursos da comunidade para a sua reabilitação recebeu o peso 1 (um) para cada resposta. O nível de expectativas foi determinado pelo somatório dos pontos obtidos.

2.6.2. Procedimentos para a coleta de dados

Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- Preparo prévio das entrevistadoras

As entrevistadoras, duas (2) alunas do curso de pós-graduação e quatro (4) alunas do curso de graduação em enfermagem da UFSC, foram previamente orientadas e familiarizadas com todo o trabalho.

- Coleta dos dados

A coleta dos dados seguiu os critérios previamente estabelecidos para a seleção dos elementos da amostra.

Para cada paciente entrevistado, foi estabelecido, inicialmente, um cuidadoso 'rapport', visando esclarecer o paciente a respeito da pesquisa e apontando a relevância da sua participação. Esperou-se com este procedimento que o paciente se sentisse tranquilo, participante e fornecesse informações fidedignas.

Nos casos ambulatoriais, a entrevista com os médicos foi realizada imediatamente após a entrevista com os pacientes.

Com os casos em unidades de internação, eram realizadas anteriormente e, quando não era possível, posteriormente.

Foram feitas listas dos nomes dos pacientes â medida que iam entrando na amostra, a fim de que os casos não se repetissem devido às reinternações e ao retorno aos ambulatórios dentro do período estipulado para a pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas sempre de maneira a manter a privacidade do paciente.

2.6.3. Procedimentos Estatísticos

Considerando que na análise das hipóteses de trabalho não é determinante o conhecimento prévio da for-

ma pela qual a população se distribui relativamente às diferentes variáveis, decidiu-se optar por testes de estatística não-paramétrica (distribution-free test), que têm grande aplicação nas ciências do comportamento⁴¹.

A relação entre cada uma das variáveis dependentes - problemas percebidos, grau de informação e nível de expectativa dos pacientes - e as variáveis idade, grau de incapacidade e tempo de tratamento é testada pela prova de Kruskal-Wallis. A relação entre cada uma das variáveis dependentes e o sexo do paciente, sendo esta última dicotômica, foi testada através da prova de Mann-Whitney.

A correlação entre cada duas variáveis dependentes é estudada com a utilização do coeficiente de correlação por postos de Spearman.

2.6.3.1. Prova de Kruskal-Wallis:

A hipótese nula estudada é a inexistência de diferença entre os escores médios de cada grupo que constitui a amostra em exame.

A estatística estudada é definida por:

$$H = \frac{\frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^c \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)}{1 - \frac{T}{N^3 - N}}$$

sendo:

c o número de grupos;

n_i o número de observações do grupo i ;

$N = \sum_{i=1}^c n_i$ o número total de observações;

R_i a soma dos postos (correspondentes aos escores) no grupo i ;

$T = t^3 - t$ em que t é o número de observações empatadas em um mesmo posto.

Quando $n_i \geq 3$, H tem ⁴ distribuição aproximadamente χ^2 com grau de liberdade igual a $c-1$ ¹.

Se comparado à prova F , o teste tem poder-eficiência de ⁶, aproximadamente, 95,5%.

2.6.3.2. Prova de Mann-Whitney

A hipótese de nulidade é a de que os grupos em que é dicotomizada a amostra não diferem em suas medidas.

A estatística estudada é definida pelo valor U dado por ⁶:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - R_1 ;$$

ou

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_2 (n_2 + 1)}{2} - R_2$$

sendo:

- n_1 o número de observações do grupo menor;
- n_2 o número de observações do grupo maior;
- R_1 a soma dos postos atribuídos às observações do grupo menor;
- R_2 a soma dos postos atribuídos às observações do grupo maior.

No caso de grandes amostras ($n_2 > 20$), a distribuição de U é normal com média igual a

$$\mu_u = \frac{n_1 \cdot n_2}{2}$$

e desvio padrão

$$\tau_u = \sqrt{\frac{n_1 n_2}{N(N-1)} \left(\frac{N^3 - N}{12} - T \right)}$$

sendo:

$$T = \frac{t^3 - t}{12} \text{ em que } t \text{ é o número de observações em patadas em determinado posto; e}$$

$$N = n_1 + n_2 .$$

A significância de um valor U observado é examinada na tabela da normal padronizada ¹, considerada a seguinte transformação:

$$Z = \frac{U - \mu_u}{\tau_u}$$

Quando comparada à prova paramétrica correspondente - teste de Student - o poder-eficiência da prova de Mann-Whitney ⁴⁰ tende para 95,5% ao aumentar N .

2.6.3.3. Coeficiente de Correlação por Pos - tos de Spearman

O grau de correlação entre duas varia
veis - X e Y - pode ser expresso por ⁶:

$$r_s = \frac{\Sigma x^2 + \Sigma y^2 - \Sigma d^2}{2 \sqrt{\Sigma x^2 \cdot \Sigma y^2}}$$

em que:

$$\Sigma x^2 = \frac{N^3 - N}{12} - \Sigma T_x$$

$$\Sigma y^2 = \frac{N^3 - N}{12} - \Sigma T_y$$

sendo:

N o número de observações de cada variável;

d a diferença entre o posto de x e o posto de y
correspondente;

$T = \frac{t^3 - t}{12}$, onde t é o número de observações em
patadas em determinado posto.

A significância de r_s , quando $N > 10$ é examinada
na distribuição de Student para $N - 2$ graus de liberdade, me
diante a seguinte transformação:

$$t = r_s \frac{N - 2}{1 - r_s^2}$$

Quando comparado com o coeficiente de correlação de

Pearson, o poder-eficiência³ de coeficiente de correlação por postos de Spearman é de, aproximadamente, 91%.

2.6.3.4. Nível de Significância

Em todos os casos, trabalha-se com:

- a) testes bicaudais; e
- b) nível de significância - correspondente à probabilidade de ocorrência do erro tipo I - de 5% ($\alpha = 0,05$).

3 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS GERAIS

Os resultados e seus respectivos comentários serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos estabelecidos nesta pesquisa.

Para melhor compreensão dos dados obtidos, um quadro sinótico é apresentado na página seguinte.

Conforme se verifica no referido quadro as variáveis dependentes: grau de informação, nível de problemas percebidos e nível de expectativa dos pacientes foram medidos através de escalas por soma, como é mostrado no item dedicado a descrição das variáveis e do instrumento. Tais escalas, embora sob a forma numérica, não ultrapassam a capacidade de discriminação das escalas ordinais, pois, apenas "fornecem meios de ordenar indivíduos, uns com relação aos outros"⁴⁸.

QUADRO SINÓTICO - Características da População amostral, segundo as variáveis selecionadas. Fpolis.-SC, 1979.

Nº DO PACIENTE	GRAU DE INFORMAÇÃO GRAU MÁXIMO PREVISTO = 100	NÍVEL DE PROBLEMAS NÍVEL MÁXIMO PREVISTO = 54	NÍVEL DE EXPECTATIVAS NÍVEL MÁXIMO PREVISTO = 32	SEXO	IDADE	GRAU DE INCAPACIDADE	TEMPO DE TRATAMENTO
1	76,9	0	0	F	36	mínimo	de 2 a 6 meses
2	84,6	16	24	F	25	máximo	de 6 meses e mais
3	30,0	10	10	M	16	máximo	de 6 meses e mais
4	50,0	8	7	M	65	médio	de 2 a 6 meses
5	27,2	21	21	M	38	médio	de 6 meses e mais
6	36,3	8	11	M	19	médio	de 6 meses e mais
7	0,0	16	21	M	17	mínimo	de 2 a 6 meses
8	14,8	36	25	M	66	máximo	de 6 meses e mais
9	66,6	10	27	M	19	mínimo	menos de 2 meses
10	11,1	39	9	F	39	máximo	de 2 a 6 meses
11	40,0	40	27	M	43	médio	menos de 2 anos
12	0,0	3	17	M	16	médio	menos de 2 meses
13	28,5	33	26	F	31	médio	menos de 2 meses
14	45,4	31	25	F	54	médio	de 6 meses e mais
15	80,0	14	2	F	25	médio	de 6 meses e mais
16	70,0	20	4	M	16	médio	de 6 meses e mais
17	62,5	30	12	M	52	médio	de 2 a 6 meses
18	25,0	16	12	F	18	mínimo	de 2 a 6 meses
19	11,1	21	19	M	58	mínimo	menos de 2 meses
20	62,5	10	15	M	24	mínimo	menos de 2 meses
21	66,6	12	3	F	37	mínimo	de 2 a 6 meses
22	28,5	6	15	M	59	médio	menos de 2 meses
23	14,2	27	29	F	57	mínimo	menos de 2 meses
24	33,3	7	29	F	51	máximo	menos de 2 meses
25	28,5	23	29	F	15	mínimo	menos de 2 meses
26	66,6	37	14	M	33	máximo	de 2 a 6 meses
27	36,3	38	12	M	28	médio	de 2 a 6 meses
28	33,3	6	2	M	47	máximo	de 2 a 6 meses
29	50,0	21	7	F	67	médio	de 2 a 6 meses
30	41,6	21	9	M	30	mínimo	menos de 2 meses
31	25,0	20	22	M	19	médio	menos de 2 meses
32	36,3	16	8	M	50	médio	menos de 2 meses
33	0,0	12	2	F	15	médio	menos de 2 meses
34	25,0	9	0	M	26	mínimo	menos de 2 meses
35	37,5	8	5	F	18	mínimo	menos de 2 meses
36	22,2	3	3	M	22	mínimo	menos de 2 meses
37	30,0	3	0	F	18	mínimo	menos de 2 meses
38	20,0	9	16	F	18	mínimo	menos de 2 meses
39	33,3	6	3	M	17	mínimo	de 2 a 6 meses
40	33,3	15	13	M	24	mínimo	menos de 2 meses
41	30,0	9	6	M	30	médio	de 2 a 6 meses
42	45,4	38	3	M	49	médio	de 6 meses e mais
43	36,3	11	5	M	26	médio	menos de 2 meses
44	25,0	4	11	F	16	mínimo	de 6 meses e mais
45	41,6	43	25	F	34	mínimo	de 2 a 6 meses
46	60,0	39	11	F	53	máximo	de 6 meses e mais
47	50,0	27	17	F	15	mínimo	de 2 a 6 meses
48	55,5	23	5	F	49	médio	menos de 2 meses
49	30,7	0	5	M	25	mínimo	de 2 a 6 meses
50	33,3	20	5	F	44	máximo	de 2 a 6 meses
51	36,3	12	1	F	27	mínimo	de 6 meses e mais
52	33,3	6	8	M	38	mínimo	de 2 a 6 meses
53	41,6	11	8	M	17	médio	de 2 a 6 meses
54	44,4	4	5	M	20	mínimo	menos de 2 meses
55	33,3	1	5	F	15	médio	menos de 2 meses
56	22,2	8	5	M	19	médio	de 2 a 6 meses
57	27,2	4	5	M	18	médio	de 2 a 6 meses
58	40,0	12	15	M	30	mínimo	de 2 a 6 meses
59	50,0	9	3	M	22	mínimo	menos de 2 meses
60	41,6	4	5	M	39	mínimo	de 2 a 6 meses
1	23,0	8	0	M	15	mínimo	menos de 2 meses
2	40,0	21	7	F	64	mínimo	de 6 meses e mais
3	55,5	10	0	F	22	mínimo	menos de 2 meses
4	27,2	13	2	F	66	médio	menos de 2 meses
5	66,6	27	9	F	45	mínimo	de 6 meses e mais
6	63,6	20	9	M	22	médio	de 2 a 6 meses
7	44,4	4	2	M	33	mínimo	menos de 2 meses
8	57,1	0	4	M	35	médio	menos de 2 meses
9	33,3	4	4	M	63	mínimo	de 6 meses e mais
10	42,8	31	6	M	53	mínimo	de 6 meses e mais
11	54,5	21	4	M	26	mínimo	de 2 a 6 meses
12	63,6	15	6	F	24	mínimo	de 2 a 6 meses
13	54,5	48	15	F	62	médio	de 2 a 6 meses
14	45,4	15	0	M	24	mínimo	de 6 meses e mais
15	45,4	20	5	M	51	médio	de 2 a 6 meses
16	23,1	24	5	M	21	médio	menos de 2 meses
17	42,8	15	0	F	55	médio	de 2 a 6 meses
18	38,4	3	0	F	18	médio	de 2 a 6 meses
19	60,0	26	0	M	22	mínimo	de 6 meses e mais
20	54,5	11	7	F	44	mínimo	de 2 a 6 meses
21	58,3	10	0	F	17	mínimo	de 2 a 6 meses
22	46,1	15	4	M	22	médio	de 2 a 6 meses
23	85,7	12	2	M	25	médio	de 2 a 6 meses
24	46,1	48	8	M	20	médio	menos de 2 meses
25	41,6	31	12	F	62	máximo	de 2 a 6 meses
26	45,4	42	21	M	29	médio	menos de 2 meses
27	54,5	26	23	M	56	máximo	de 6 meses e mais
28	57,1	33	15	F	54	máximo	de 2 a 6 meses
29	25,0	3	22	M	19	médio	de 2 a 6 meses
30	70,0	21	9	M	23	mínimo	de 2 a 6 meses
31	63,3	18	8	M	29	médio	de 2 a 6 meses
32	45,4	0	0	M	72	mínimo	de 2 a 6 meses
33	62,5	18	3	F	15	mínimo	menos de 2 meses
34	0,0	2	3	F	33	mínimo	menos de 2 meses
35	11,1	6	3	F	28	mínimo	menos de 2 meses
36	20,0	24	24	F	15	mínimo	menos de 2 meses
37	44,4	15	9	F	44	mínimo	de 2 a 6 meses
38	40,0	7	4	F	31	mínimo	menos de 2 meses
39	50,0	1	0	M	30	mínimo	menos de 2 meses
40	50,0	33	5	M	49	médio	de 2 a 6 meses
41	37,5	5	12	F	38	mínimo	menos de 2 meses
42	22,2	9	5	M	15	máximo	de 6 meses e mais
43	50,0	12	7	F	17	mínimo	menos de 2 meses
44	75,0	44	24	M	30	mínimo	de 2 a 6 meses
45	44,4	19	11	M	26	médio	de 2 a 6 meses
46	44,4	34	8	F	32	médio	de 6 meses e mais
47	62,5	17	17	M	25	médio	menos de 2 meses
48	63,6	6	0	M	52	mínimo	menos de 2 meses
49	11,1	6	23	M	25	médio	de 6 meses e mais
50	21,4	46	28	M	22	médio	de 6 meses e mais
51	0,0	14	29	M	55	médio	de 2 a 6 meses
52	14,2	26	26	M	41	máximo	de 6 meses e mais
53	41,6	33	20	M	25	mínimo	de 2 a 6 meses
54	11,1	21	27	M	51	mínimo	de 2 a 6 meses
55	16,6	54	25	M	26	médio	de 2 a 6 meses
56	0,0	17	27	M	25	máximo	de 2 a 6 meses
57	23,0	21	18	F	20	máximo	menos de 2 meses
58	10,0	41	21	M	63	máximo	de 2 a 6 meses
59	14,3	52	26	M	43	máximo	de 6 meses e mais

3.1. Grau de informação dos pacientes quanto à Afecção Ortopédica, Tratamento e Prognóstico.

3.1.1. Relação com o Sexo

Na tabela 1 têm-se os pacientes distribuídos segundo o posto do grau de informação e o sexo.

Utiliza-se a prova Mann-Whitney para testar a hipótese: as médias dos graus de informação são iguais para os dois sexos.

$$U = 45 \times 74 + \frac{45 \times 46}{2} - 2.797$$

$$U = 1.568$$

$$\mu_u = \frac{45 \times 74}{2}$$

$$\mu_u = 1.665$$

$$\tau_u = \sqrt{\frac{45 \times 74}{119 \times 118} \left(\frac{119^3 - 119}{12} - 197,5 \right)}$$

$$\tau_u = 182,354.5$$

$$Z = \frac{1.568 - 1.665}{182,354.5}$$

$$Z = -0,532$$

Como o valor absoluto do Z calculado é menor que o valor tabulado (1,96), para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula. Conclui-se, então, que os graus de informação não diferem segundo o sexo do paciente.

TABELA 1 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Sexo.

POSTO	SEXO		T
	FEMININO	MASCULINO	
3,5	2	4	17,5
7,0	-	1	-
10,0	2	3	10,0
13,5	1	1	0,5
15,0	-	1	-
16,0	-	1	-
17,0	-	1	-
18,5	2	-	0,5
20,0	-	1	-
22,0	-	3	2,0
24,5	1	1	0,5
26,0	-	1	-
29,0	2	3	10,0
33,0	1	2	2,0
36,0	2	1	2,0
39,0	1	2	2,0
41,0	-	1	-
45,5	3	5	42,0
52,0	1	4	10,0
55,5	2	-	0,5
57,0	1	-	-
59,5	2	2	5,0
64,5	2	4	17,5
68,5	1	1	0,5
72,0	2	3	10,0
77,5	1	5	17,5
81,5	-	2	0,5
86,0	3	4	28,0
91,5	2	2	5,0
94,5	2	-	0,5
96,5	1	1	0,5
98,0	1	-	-
99,5	1	1	0,5
102,5	1	3	5,0
105,0	-	1	-
107,0	-	3	2,0
110,5	2	2	5,0
113,5	-	2	0,5
115,0	-	1	-
116,0	1	-	-
117,0	1	-	-
118,0	1	-	-
119,0	-	1	-
	$R_1:$	$R_2:$	$\sum T:$
	2.797,0	4.343,0	197,5

Este resultado é também verificado na pesquisa de SILVEIRA⁵⁷ onde a informação é valorizada de maneira igual tanto por pessoa do sexo masculino quanto feminino.

Como o propósito desta pesquisa foi apenas verificar o grau de informação, não foi estudado o tipo de informação que possuem ambos os grupos sexuais o que, possivelmente, seria diferente. Conforme PIOVESAN⁴⁹ esta diferença é difícil de ser caracterizada porque pode ser influenciada também pelos diferentes problemas apresentados.

3.1.3. Relação com a Idade

A hipótese nula, no caso, é, também, a de que os graus de informação são, em média, iguais para os diferentes grupos de idade.

Aplicando-se o teste de Kruskal-Wallis aos elementos da Tabela 2 vem

$$H = \frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{1.418^2}{31} + \frac{2.480^2}{36} + \frac{(1.697,5)^2}{26} \right] - 3 \times 120$$

$$1 - \frac{2.370}{119^3 - 119}$$

$$H = 2,868$$

O valor calculado de H é menor que o valor tabulado de χ^2 (7.815) para 3 graus de liberdade e nível de significância do 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de informação é o mesmo para os quatro grupos de idade.

TABELA 2 - Pacientes segundo o Posto de Informação e a Idade.

POSTO	IDADE EM ANOS				T
	15 - 20	20 - 30	30 - 50	50 e mais	
3,5	3	1	1	1	210
7,0	-	-	-	1	-
10,0	-	2	1	2	120
13,5	-	-	1	1	6
15,0	-	-	-	1	-
16,0	-	-	-	1	-
17,0	-	1	-	-	-
18,5	2	-	-	-	6
20,0	-	1	-	-	-
22,0	2	1	-	-	24
24,5	2	-	-	-	6
26,0	-	1	-	-	-
29,0	4	1	-	-	120
33,0	1	-	1	1	24
36,0	1	-	1	1	24
39,0	2	1	-	-	24
41,0	-	1	-	-	-
45,5	2	1	3	2	504
52,0	1	3	1	-	120
55,5	1	-	1	-	6
57,0	1	-	-	-	-
59,5	-	1	2	1	60
64,5	1	2	2	1	210
68,5	-	-	-	2	6
72,0	1	1	3	-	120
77,5	-	2	1	3	210
81,5	1	1	-	-	6
86,0	2	2	1	2	336
91,5	-	1	1	2	60
94,5	-	1	1	-	6
96,5	-	-	1	1	6
98,0	1	-	-	-	-
99,5	-	1	-	1	6
102,5	1	2	-	1	60
105,0	-	1	-	-	-
107,0	-	2	-	1	24
110,5	1	-	3	-	60
113,5	1	1	-	-	6
115,0	-	1	-	-	-
116,0	-	-	1	-	-
117,0	-	1	-	-	-
118,0	-	1	-	-	-
119,0	-	1	-	-	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :	∑ T:
	1.418,0	2.480,0	1.697,5	1.489,0	2.370

Conforme se verifica pelo resultado, jovens e idosos não demonstram diferença no grau de informação que possuem. Isto leva a pensar que, possivelmente, os jovens não estão tendo a atenção devida no fornecimento de informações por parte dos profissionais que os atendem. Uma das razões para que isto ocorresse seria o fato de que, conforme ABDELLAH¹, DU GAS²⁰, o jovem é mais exigente em desejar informação a respeito de sua saúde, doença e tratamento.

3.1.3. Relação com o Grau de Incapacidade

A distribuição dos pacientes segundo o posto do grau de informação e o grau de incapacidade está registrada na tabela 3.

Para testar a hipótese da nulidade: o grau de informação é, em média, igual para os diferentes graus de incapacidade, usa-se a prova de Kruskal-Wallis.

Tem-se:

$$H = \frac{12}{119 \times 120} \left(\frac{3.565^2}{57} + \frac{2.732^2}{45} + \frac{843^2}{17} \right) - 3 \times 120$$

$$1 - \frac{2.370}{119^3 - 119}$$

$$H = 1,880$$

Por ser o valor de H menor que o valor tabulado de (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de confiança de 95%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

TABELA 3 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Nível de Incapacidade.

POSTO	NÍVEL DE INCAPACIDADE		
	MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
3,5	2	3	1
7,0	-	-	1
10,0	3	1	1
13,5	1	-	1
15,0	-	-	1
16,0	-	-	1
17,0	-	1	-
18,5	2	-	-
20,0	-	1	-
22,0	1	1	1
24,5	2	-	-
26,0	-	1	-
29,0	3	2	-
33,0	-	3	-
36,0	1	2	-
39,0	1	1	1
41,0	1	-	-
45,5	4	1	3
52,0	1	4	-
55,5	2	-	-
57,0	-	1	-
59,5	3	1	-
64,5	4	1	1
68,5	2	-	-
72,0	3	2	-
77,5	2	4	-
81,5	-	2	-
86,0	4	3	-
91,5	2	1	1
94,5	1	1	-
96,5	-	1	1
98,0	1	-	-
99,5	1	-	1
102,5	2	2	-
105,0	-	1	-
107,0	2	1	-
110,5	3	-	1
113,5	1	1	-
115,0	1	-	-
116,0	1	-	-
117,0	-	1	-
118,0	-	-	1
119,0	-	1	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	3.565	2.732	843

A conclusão é, assim, de que não há diferença entre os graus de informação médios e os graus de incapacidade dos pacientes.

Este resultado contraria as previsões anteriores à pesquisa, onde se supunha que um paciente bem informado a respeito de sua doença e tratamento estaria motivado e se sentiria responsável pelo seu auto-cuidado, tornando-se, consequentemente, menos incapaz no desempenho de suas atividades diárias. Esta afirmação é válida para pacientes cuja doença afeta mais o lado psicológico.

Nos pacientes ortopédicos, os impedimentos físicos são geralmente pronunciados, por isso, uma simples informação não os levaria ao desempenho de suas atividades diárias, o que muitas vezes requer uma reaprendizagem complexa. Conforme OREM⁴⁴, a aprendizagem do auto-cuidado deve ser específico para cada paciente. Isto pode ter sido o motivo do resultado obtido já que o grau de incapacidade foi medido através das atividades diárias desempenhadas pelo paciente.

3.1.4. Relação com o Tempo de Tratamento

Para testar se a média do grau de informação não sofre alteração segundo o tempo de tratamento do paciente, aplica-se aos elementos da Tabela 4 a prova de Kruskal-Wallis.

TABELA 4 - Pacientes segundo o Posto do Grau de Informação e o Tempo de Tratamento.

POSTO	TEMPO DE TRATAMENTO (em meses)		
	menos de 2	3 - 6	6 e mais
3,5	3	3	-
7,0	-	1	-
10,0	2	2	1
13,5	1	-	1
15,0	-	-	1
16,0	-	-	1
17,0	-	1	-
18,5	2	-	-
20,0	-	-	1
22,0	1	1	1
24,5	2	-	-
26,0	1	-	-
29,0	2	2	1
33,0	1	1	1
36,0	3	-	-
39,0	1	1	1
41,0	-	1	-
45,5	3	4	1
52,0	2	1	2
55,5	2	-	-
57,0	-	1	-
59,5	2	1	1
64,5	1	5	-
68,5	-	1	1
72,0	2	2	1
77,5	1	2	3
81,5	1	1	-
86,0	3	4	-
91,5	-	3	1
94,5	2	-	-
96,5	1	1	-
98,0	-	1	-
99,5	-	-	2
102,5	3	1	-
105,0	-	1	-
107,0	1	2	-
110,5	1	2	1
113,5	-	1	1
115,0	-	1	-
116,0	-	1	-
117,0	-	-	1
118,0	-	-	1
119,0	-	1	-
	$R_1:$	$R_2:$	$R_3:$
	2.322,5	3.288,5	1.529,0

Assim, o valor da estatística H é dado por:

$$H = \frac{\frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(2.322,5)^2}{44} + \frac{(3.288,5)^2}{50} + \frac{(1.529,0)^2}{25} \right] - 3 \times 120}{1 - \frac{2.370}{119^3 - 119}}$$

$$H = 3,357$$

O valor de H é menor que o valor tabulado de χ^2 (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, então, rejeitar a hipótese de nulidade.

Conclui-se, portanto, que o grau médio de informação é igual para os grupos de pacientes organizados relativamente ao tempo de tratamento.

As possíveis causas deste resultado se assemelham com o caso anterior. Supôs-se que o paciente bem informado teria seu tempo de tratamento encurtado. Entretanto, não foi o que ocorreu, pois o tratamento ortopédico costuma ser prolongado, o que possivelmente impediu a interferência do fator em questão.

3.2. Nível de Problemas dos pacientes quanto a sua doença e tratamento

3.2.1. Relação com o Sexo

Tem-se, na Tabela 5, a distribuição dos pacientes segundo o posto do nível de problemas percebidos e o sexo.

TABELA 5 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Sexo.

POSTO	SEXO		T
	FEMININO	MASCULINO	
2,5	1	3	5,0
5,5	1	1	0,5
7,0	1	-	-
10,0	2	3	10,0
15,5	1	5	17,5
19,0	1	-	-
23,0	1	6	28,0
27,5	2	-	0,5
31,0	1	4	10,0
36,0	1	4	10,0
41,0	2	3	10,0
45,0	1	2	2,0
49,5	4	2	17,5
53,0	1	-	-
54,5	1	1	0,5
58,5	2	4	17,5
63,5	2	2	5,0
66,5	-	2	0,5
68,5	1	1	0,5
70,0	-	1	-
73,0	1	4	10,0
80,0	3	6	60,0
85,5	2	-	0,5
87,5	1	1	0,5
90,0	-	3	2,0
93,0	3	-	2,0
95,0	-	1	-
97,0	2	1	2,0
100,5	2	2	5,0
103,0	1	-	-
104,0	-	1	-
105,0	-	1	-
106,5	-	2	0,5
108,5	2	-	0,5
110,0	-	1	-
111,0	-	1	-
112,0	-	1	-
113,0	1	-	-
114,0	-	1	-
115,0	-	1	-
116,5	1	1	0,5
118,0	-	1	-
119,0	-	1	-
	R ₁ :	R ₂ :	T:
	2.754,5	4.385,5	218,5

A hipótese nula, de igualdade entre as médias dos níveis de problemas dos dois grupos, é testada mediante a prova de Mann-Whitney.

O valor da estatística U é:

$$U = 45 \times 74 + \frac{45 \times 46}{2} - 2.745,5$$

$$U = 1.610,5$$

U distribui-se normalmente com a média:

$$\mu_u = \frac{45 \times 74}{2}$$

$$\mu_u = 1.665$$

e o desvio padrão:

$$\tau_u = \sqrt{\frac{45 \times 74}{119 \times 118} \left(\frac{119^3 - 119}{12} - 218,5 \right)}$$

$$\tau_u = 182,340.84$$

Na normal padronizada, U corresponde a:

$$Z = \frac{1.610,5 - 1.665}{182,340.84}$$

$$Z = - 0,299$$

Sendo o valor absoluto de Z calculado menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de confiança de 95%, não pode rejeitar a hipótese nula. Conclui-se, então, que o nível

médio de problemas é igual para os pacientes dos dois sexos.

De fato, ambos os grupos sexuais demonstraram níveis iguais de problemas, mas se a qualidade dos problemas fosse pesquisada, possivelmente apresentariam problemas específicos de cada grupo. Conforme PIOVESAN⁴⁹, DU GAS²⁰, FUERST & OUTROS²⁵, VERNON⁶⁵, o sexo é um fator diferenciador na conduta das pessoas porque os papéis sociais desempenhados pelo homem e pela mulher são diferentes, o que influencia ambos os grupos na percepção dos fatos.

3.2.2. Relação com a Idade

Os pacientes, conforme o posto do nível de problemas e a idade, distribuem-se como registrado na Tabela 6.

A hipótese de nulidade - o nível médio dos problemas percebidos pelos pacientes é o mesmo nos diferentes grupos de idade - é testada pela prova de Kruskal-Wallis.

Tem-se:

$$\frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(1.382,0)^2}{31} + \frac{(2.228,5)^2}{36} + \frac{(1.620,5)^2}{26} + \frac{(1.909,0)^2}{26} \right] - 3 \times 120$$

$$1 - \frac{2.622}{119^3 - 119}$$

$$H \approx 10,374$$

O valor de H é maior que o de χ^2 tabulado (7,815) para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Pode-se, assim, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que a média dos níveis de problemas per

cebidos é diferenciada segundo a idade dos pacientes. Levando em conta os R_i e N_i , verifica-se que os níveis de problemas percebidos vão-se elevando com a idade.

SMITH & GERMAIN⁵⁸ e outros corroboram os resultados obtidos nesta pesquisa. Afirmam eles que os adolescentes mostram de forma característica, uma capacidade de recuperação muito grande a respeito das doenças e outros reveses da vida em comparação com os indivíduos com idade mais avançada. O adulto jovem também tem uma resistência emocional muito grande que lhe facilita superar problemas e aumenta a capacidade de recuperação. Por outro lado, esses são mais inquietos e insatisfeitos com sua situação e desejam ter uma participação ativa na comunidade. Já a idade madura é caracterizada por uma fase mais produtiva e responsável na vida. O fato do indivíduo adoecer e se tornar dependente impede-o de continuar a desempenhar seu papel o que provoca problemas de sentimentos de inutilidade e de rejeição da realidade. Quanto aos anciãos, os problemas ganham uma dimensão bem maior, sendo que os mesmos se agravam por fatores fisiológicos da própria idade. Deve-se considerar também que tais problemas tendem a se agravar visto que em nossa sociedade a grande maioria das pessoas idosas estão em desvantagem em relação às mais jovens. De acordo com BELAND & PASSOS⁶, somente aos mais jovens são oferecidas as boas oportunidades e a devida consideração por suas realizações, e que os de idade madura e os mais idosos não têm o privilégio dos primeiros.

TABELA 6 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e a Idade.

POSTO	IDADE (em anos)				T
	15 ← 20	20 ← 30	30 ← 50	50 e mais	
2,5	-	1	2	1	60
5,5	1	1	-	-	6
7,0	-	-	1	-	-
10,0	4	1	-	-	120
15,5	3	-	2	1	210
19,0	-	-	1	-	-
23,0	1	2	2	2	336
27,5	-	-	1	1	6
31,0	4	-	-	1	120
36,0	2	3	-	-	120
41,0	3	2	-	-	120
45,0	1	1	1	-	24
49,5	2	3	1	-	210
53,0	-	-	-	1	-
54,5	-	1	-	1	6
58,5	-	4	1	1	210
63,5	2	1	1	-	60
66,5	-	2	-	-	6
68,5	1	1	-	-	6
70,0	-	1	-	-	-
73,0	2	1	1	1	120
80,0	1	3	1	4	720
85,5	1	-	1	-	6
87,5	1	1	-	-	6
90,0	-	1	1	1	24
93,0	1	-	1	1	24
95,0	-	-	-	1	-
97,0	-	-	-	3	24
100,5	-	1	2	1	60
103,0	-	-	1	-	-
104,0	-	-	-	1	-
105,0	-	-	1	-	-
106,5	-	1	1	-	6
108,5	-	-	1	1	6
110,0	-	-	1	-	-
111,0	-	-	-	1	-
112,0	-	1	-	-	-
113,0	-	-	1	-	-
114,0	-	1	-	-	-
115,0	-	1	-	-	-
116,5	1	-	-	1	6
118,0	-	-	-	1	-
119,0	-	1	-	-	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :	T:
	1.382,0	2.228,5	1.620,5	1.909,0	2.622

3.2.3. Relação com o Grau de Incapacidade

Para verificar se (hipótese de nulidade) o nível de problemas percebidos pelos pacientes é o mesmo para os diferentes grupos (graus) de incapacidade, aplica-se aos dados da Tabela 7 a prova de Kruskal-Wallis.

Tem-se, então:

$$H = \frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(2.847,5)^2}{57} + \frac{(2.929,5)^2}{45} + \frac{(1.363,0)^2}{17} \right] - 3 \times 120$$

$$1 - \frac{2.622}{119^3 - 119}$$

$$H \approx 11,649$$

O valor de H é maior que o valor tabulado de (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Pode-se, assim, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o nível de problemas percebidos pelos pacientes é diferente segundo o grau de incapacidade. Comparados os valores dos R_i e n_i , verifica-se que o nível de problemas aumenta com o aumento do grau de incapacidade.

O resultado concorda com vários estudos segundo os quais quanto maior a dependência do paciente para a realização de suas atividades diárias, maiores serão os seus problemas.

Autores como BRUNNER & SUDDARTH⁸, FUERST e Outros²⁴ afirmam que a inatividade do paciente provoca problemas não só

TABELA 7 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Grau de Incapacidade.

POSTO	GRAU DE INCAPACIDADE		
	MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
2,5	3	1	-
5,5	1	1	-
7,0	1	-	-
10,0	2	3	-
15,5	5	1	-
19,0	1	-	-
23,0	4	2	1
27,5	1	-	1
31,0	2	3	-
36,0	3	1	1
41,0	4	-	1
45,0	1	2	-
49,5	4	2	-
53,0	-	1	-
54,5	-	2	-
58,5	5	1	-
63,5	2	1	1
66,5	-	1	1
68,5	1	1	-
70,0	-	1	-
73,0	-	4	1
80,0	7	2	-
85,5	1	1	-
87,5	1	1	-
90,0	1	-	2
93,0	3	-	-
95,0	-	1	-
97,0	1	1	1
100,5	1	2	1
103,0	-	1	-
104,0	-	-	1
105,0	-	-	1
106,5	-	2	-
108,5	-	-	2
110,0	-	1	-
111,0	-	-	1
112,0	-	1	-
113,0	1	-	-
114,0	1	-	-
115,0	-	1	-
116,5	-	2	-
118,0	-	-	1
119,0	-	1	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	2.847,5	2.929,5	1.363,0

de ordem física como psicossociais. É comum ao paciente sofrer de medo, ansiedade, superdependência, sensação de desamparo e sentimento de inutilidade.

3.2.4. Relação com o Tempo de Tratamento

A Tabela 8 registra os pacientes segundo o posto do nível de problemas percebidos e o tempo de tratamento. Esses elementos são utilizados para testar, mediante a prova de Kruskal-Wallis, a hipótese nula: o nível de problemas percebidos pelos pacientes e, em média, o mesmo para os diferentes grupos de tempo de tratamento; ou seja: o tempo de tratamento não influencia o nível de problemas percebidos pelo paciente.

A estatística H é dada por:

$$H = \frac{\frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(2.162,5)^2}{44} + \frac{(3.144,5)^2}{50} + \frac{(1.833,0)^2}{25} \right] - 3 \times 120}{1 - \frac{2.622}{119^3 - 119}}$$

$$H \cong 8,405$$

Como o valor da estatística H é maior que o valor de (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de confiança de 95%, pode-se rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é a de que o nível de problemas percebidos pelo paciente varia com o tempo de tratamento, crescendo com este.

Assim como no caso anterior, o tempo de tratamento

TABELA 8 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Problemas Percebidos e o Tempo de Tratamento.

POSTO	TEMPO DE TRATAMENTO (em meses)		
	menos de 2	2 a 6	6 e mais
2,5	1	3	-
5,5	2	-	-
7,0	1	-	-
10,0	3	2	-
15,5	2	2	2
19,0	1	-	-
23,0	3	3	1
27,5	2	-	-
31,0	2	2	1
36,0	3	1	1
41,0	3	1	1
45,0	1	2	-
49,5	2	3	1
53,0	1	-	-
54,5	-	1	1
58,5	1	4	1
63,5	1	2	1
66,5	1	1	-
68,5	1	1	-
70,0	-	1	-
73,0	1	3	1
80,0	3	4	2
85,5	2	-	-
87,5	2	-	-
90,0	-	-	3
93,0	1	1	1
95,0	-	1	-
97,0	-	1	2
100,5	1	3	-
103,0	-	-	1
104,0	-	-	1
105,0	-	1	-
106,5	-	1	1
108,5	-	1	1
110,0	1	-	-
111,0	-	1	-
112,0	1	-	-
113,0	-	1	-
114,0	-	1	-
115,0	-	-	1
116,5	1	1	-
118,0	-	-	1
119,0	-	1	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	2.162,5	3.144,5	1.833,0

tem acentuada ligação com os problemas percebidos pelos pacientes.

Pensa-se que, quando um indivíduo é afastado de sua comunidade suas atividades tornam-se muito restritas ou quase nulas. O tempo de seu afastamento vai corresponder ao período em que se sentirá inútil e esquecido. Esta, entre outras, é causa do crescimento de seus problemas.

3.3. Nível de expectativa dos pacientes para a sua reabilitação

3.3.1. Relação com o sexo

A tabela 9 registra a distribuição dos pacientes segundo o posto do nível de expectativa e o sexo.

A hipótese nula - o nível médio de expectativa é igual para os dois sexos - é testada pela prova de Mann-Whitney.

A estatística sob exame é:

$$U = 45 \times 74 + \frac{45 \times 46}{2} - 2.553,5$$

$$U = 1.811,5$$

que se distribui normalmente com média:

$$\mu_u = \frac{45 \times 74}{2}$$

$$\mu_u = 1.665$$

TABELA 9 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa
e o Sexo

POSTO	SEXO		T
	FEMININO	MASCULINO	
7,0	6	7	182,0
14,0	1	-	-
17,5	3	3	17,5
24,5	4	4	42,0
31,5	1	5	17,5
41,5	4	10	227,5
50,0	-	3	2,0
54,0	4	1	10,0
59,5	1	5	17,5
65,5	3	3	17,5
69,0	-	1	-
71,5	2	2	5,0
76,0	3	2	10,0
79,0	-	1	-
80,0	-	1	-
83,0	2	3	10,0
86,0	1	-	-
88,0	1	2	2,0
90,0	1	-	-
91,0	-	1	-
92,0	-	1	-
94,5	-	4	5,0
97,5	-	2	0,5
99,5	-	2	0,5
102,0	2	1	2,0
105,5	2	2	5,0
109,0	1	2	2,0
112,5	-	4	5,0
115,0	-	1	-
117,5	3	1	5,0
	R ₁ :	R ₂ :	∑ T :
	2.553,5	4.786,5	585,5

e o desvio padrão:

$$\tau_u = \sqrt{\frac{45 \times 74}{119 \times 118} \left(\frac{119^3 - 119}{12} + 585,5 \right)}$$

$$\tau_u = 182,102.03$$

O valor de U corresponde ao seguinte valor na normal padronizada:

$$Z = \frac{1.811 - 1.665}{182,102.03}$$

$$Z \cong 0,802$$

Sendo o valor calculado de Z menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é: o nível de expectativa médio é o mesmo para os pacientes de ambos os sexos.

Apesar do resultado quanto ao nível de expectativas ter sido o mesmo em ambos os sexos, verificou-se, durante as entrevistas, que as expectativas relatadas pelos homens estavam mais voltadas para as áreas de aprendizagem de exercícios, massagens, posturas corporais, uso de aparelhos e ajuda para o retorno à atividade profissional. As mulheres, por outro lado, manifestaram mais expectativas quanto ao conhecimento de sua afecção, tratamento e suas implicações. Embora essas diferenças de expectativas fossem registradas, não são suficientes o bastante para que se tire uma ou outra conclusão, tanto mais que isto não foi o propósito desta pesquisa; no entanto,

é um tema que merece uma pesquisa dirigida e aprofundada para verificar se realmente, entre os pacientes ortopédicos, as mulheres estão mais preocupadas com a alteração de sua imagem corporal e se os homens estão mais preocupados com a incapacidade funcional.

3.3.2. Relação com a Idade

Para testar a hipótese (nula) de o nível médio de expectativa dos pacientes ser o mesmo em todas as idades, foi elaborado a Tabela 10.

A Prova utilizada, é o teste de Kruskal-Wallis.

A estatística H mede:

$$H = \frac{\frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(1.809,5)^2}{31} + \frac{(2.004,5)^2}{36} + \frac{(1.460,0)^2}{26} + \frac{(1.866,0)^2}{26} \right] - 3 \times 120}{1 - \frac{7.026}{119^3 - 119}}$$

$$H \approx 4,000$$

O valor de H é menor que o valor tabulado de (7,815) para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o nível médio de expectativa é igual para as diferentes idades dos pacientes.

Embora os mais velhos tenham relatado níveis mais altos de problemas, não demonstraram o mesmo em relação às ex -

pectativas. Pode-se indagar, portanto, se os pacientes de mais idade, mesmo sentindo necessidades de ajuda, não se manifestam, ao serem solicitados, porque pensam que não seriam atendidos; será que o constrangimento dos mais velhos em manifestar suas expectativas seja pelo medo de se tornar indesejável? Essas indagações merecem reflexão e pesquisas. SMITH & GERMAIN⁵⁸, BELAND & PASSOS⁵, afirmam que a sociedade ocidental considera a juventude como o estado ideal e os idosos e incapacitados, um grupo inferior em relação ao primeiro, tidos como um grupo marginal e minoritário. Conforme SAFILIOS-ROTHS-CHILD citado por BELAND & PASSOS⁵, este grupo marginal carrega um estereótipo imposto por aquela cultura onde:

- 1 - o grupo constitui uma parte da sociedade que é encorajada a interagir entre si;
- 2 - este grupo é avaliado como sendo inferior;
- 3 - a segregação imposta é considerada como benéfica no sentido de que seus membros terão maiores possibilidades de serem felizes se só conviverem entre si;
- 4 - a avaliação de qualquer membro do grupo baseia-se no fato de pertencer a um grupo, e não em suas características individuais.

TABELA 10 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e a Idade.

POSTO	Idade (em anos)				T
	15 — 20	20 — 30	30 — 50	50 e mais	
7,0	4	5	1	3	2.184
14,0	-	1	-	-	-
17,5	1	2	2	1	210
24,5	2	3	3	-	504
31,5	1	2	2	1	210
41,5	6	3	4	1	2.730
50,0	-	2	-	1	24
54,0	1	-	1	3	120
59,5	2	1	3	-	210
65,5	-	3	3	-	210
69,0	1	-	-	-	-
71,5	2	1	-	1	60
76,0	1	1	1	2	120
79,0	-	1	-	-	-
80,0	-	-	1	-	-
83,0	-	2	-	3	120
86,0	1	-	-	-	-
88,0	2	1	-	-	24
90,0	1	-	-	-	-
91,0	-	-	-	1	-
92,0	-	1	-	-	-
94,5	1	1	1	1	60
97,5	2	-	-	-	6
99,5	-	1	-	1	6
102,0	1	2	-	-	24
105,5	-	1	1	2	60
109,0	-	-	2	1	24
112,5	1	1	1	1	60
115,0	-	1	-	-	-
117,5	1	-	-	3	60
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :	Σ T:
	1.809,5	2.004,5	1.460,0	1.866,0	7.026

3.3.3. Relação com o grau de incapacidade:

A Tabela 11 mostra a distribuição dos pacientes segundo o posto de nível de expectativa e o grau de incapacidade. Mediante os elementos dessa tabela testa-se a hipótese (de nulidade) de não haver diferença significativa entre os níveis de expectativa dos pacientes, relativamente às suas idades.

O teste de hipótese é o de Kruskal-Wallis.

Tem-se:

$$H = \frac{12}{119 \times 120} \left[\frac{(2.910,5)^2}{57} + \frac{(2.834,5)^2}{45} + \frac{(1.395,0)^2}{17} \right] - 3 \times 120$$

$$1 - \frac{7.026}{119^3 - 119}$$

$$H \approx 11,163$$

O valor da estatística H é maior que o valor de (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de confiança de 95%. Pode-se rejeitar, então, a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o nível médio de expectativa difere segundo o grau de incapacidade do paciente. Considerados os valores dos R_i e n_i , pode-se acrescentar que o nível médio de expectativa é tanto maior quanto maior o grau de incapacidade do paciente.

O resultado obtido fortalece a idéia de que a incapacidade produzida por afecções ortopédicas levam a impedimentos que fazem com que os pacientes sintam necessidade de ajuda especial para a sua reabilitação.

TABELA 11 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e o Grau de Incapacidade.

POSTO	GRAU DE INCAPACIDADE		
	MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
7,0	12	1	-
14,0	1	-	-
17,5	1	4	1
24,5	7	1	-
31,5	3	3	-
41,5	4	8	2
50,0	2	1	-
54,0	3	2	-
59,5	1	5	-
65,5	4	1	1
69,0	-	-	1
71,5	1	2	1
76,0	2	2	1
79,0	1	-	-
80,0	-	-	1
83,0	2	2	1
86,0	1	-	-
88,0	1	2	-
90,0	1	-	-
91,0	1	-	-
92,0	1	-	-
94,5	1	2	1
97,5	-	2	-
99,5	-	1	1
102,0	2	-	1
105,5	1	2	1
109,0	-	1	2
112,5	2	1	1
115,0	-	1	-
117,5	2	1	1
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	2.910,5	2.834,5	1.395,0

3.3.4. Relação com o Tempo de Tratamento

A hipótese (nula) de o nível de expectativa ser o mesmo para todos os pacientes, relativamente ao tempo de tratamento, é testada, também, pela prova de Kruskal-Wallis, utilizando-se os dados contidos na Tabela 12.

Tem-se, então:

$$H = \frac{\frac{12}{119 \times 120} \frac{(2.512,0)^2}{44} \frac{(3.001,5)^2}{50} \frac{(1.626,5)^2}{25} - 3 \times 120}{1 - \frac{7.020}{119^3 - 119}}$$

$$H \cong 0,854$$

Como a estatística H é menor que o valor de χ^2 tabulado (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o nível médio de expectativa é o mesmo para todos os pacientes, independentemente do tempo de tratamento.

Embora o nível de expectativa relativa ao tempo de tratamento tenha sido o mesmo nos diferentes grupos e mesmo não sendo o intuito desta pesquisa identificá-lo, verificou-se no decorrer da coleta de dados, que os pacientes que se encontravam em tratamento num período de menos de dois meses, manifestavam mais interesse em obter informações quanto à doença e ao tratamento; enquanto que os que se encontravam no período de 2 anos e 6 meses de tratamento demonstravam mais

TABELA 12 - Pacientes segundo o Posto do Nível de Expectativa e o Tempo de Tratamento.

POSTO	TEMPO DE TRATAMENTO (em meses)		
	Menos de 2	2 — 6	6 e mais
7,0	6	5	2
14,0	-	-	1
17,5	3	2	1
24,5	5	2	1
31,5	2	2	2
41,5	6	7	1
50,0	-	2	1
54,0	1	3	1
59,5	2	3	1
65,5	1	4	1
69,0	-	-	1
71,5	-	1	3
76,0	1	4	-
79,0	1	-	-
80,0	-	1	-
83,0	2	3	-
86,0	1	-	-
88,0	2	1	-
90,0	1	-	-
91,0	1	-	-
92,0	-	1	-
94,5	1	2	1
97,5	1	1	-
99,5	-	-	2
102,0	1	1	1
105,5	-	2	2
109,0	1	-	2
112,5	2	2	-
115,0	-	-	1
117,5	3	1	-
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	2.512,0	3.001,5	1.626,5

interesse na apredendizagem do auto-cuidado bem como o desejo de receber ajuda para a sua reabilitação. Já os pacientes que se encontravam em tratamento por um período de 6 meses ou mais não manifestaram expectativas específicas.

Pesquisas relativas ao grupo em tratamento prolongado, principalmente, devem ser conduzidas para identificar não só as expectativas quanto à sua modalidade, mas também o nível dos mesmos porque um indivíduo com incapacidade e dependência prolongadas poderá dirigir sua motivação de maneira negativa. Segundo WRIGHT, citado por BELAND & PASSOS⁵, o indivíduo poderá passar a buscar vantagens secundárias de uma invalidez tais como: a compensação financeira garantida, de dependência que seja favorável, a satisfação de uma necessidade masoquista de punição, ressaltar-se de uma temida competição.

3.4. Correlação entre grau de informação, nível de problemas percebidos e nível de expectativa

3.4.1. Correlação entre o grau de informação e o nível de problemas percebidos

Utilizando dados da Tabela 13 testa-se a hipótese (nula) da inexistência da associação entre o grau de informação e o nível de problemas percebidos.

Conforme as definições do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman tem-se:

TABELA 13 - Postos do Grau de Informação, do Nível de Problemas Percebidos e do Nível de Expectativas.

Nº DE PACIENTE	POSTO		
	GRAU DE INFORMAÇÃO	NÍVEL DE PROBLEMAS	NÍVEL DE EXPECTATIVAS
1	116,0	2,5	7,0
2	118,0	63,5	102,0
3	39,0	41,0	69,0
4	86,0	31,0	54,0
5	33,0	80,0	94,5
6	52,0	31,0	71,5
7	3,5	63,5	94,5
8	16,0	104,0	105,5
9	110,5	41,0	112,5
10	10,0	108,5	65,5
11	59,5	110,0	112,5
12	3,5	10,0	88,0
13	36,0	100,5	109,0
14	77,5	97,0	105,5
15	117,0	54,5	17,5
16	113,5	73,0	31,5
17	102,5	95,0	76,0
18	29,0	63,5	76,0
19	10,0	80,0	91,0
20	102,5	41,0	83,0
21	110,5	49,5	24,5
22	36,0	23,0	83,0
23	13,5	93,0	117,5
24	45,5	27,5	117,5
25	36,0	85,5	117,5
26	110,5	105,0	80,0
27	52,0	106,5	76,0
28	45,5	23,0	17,5
29	86,0	80,0	54,0
30	64,5	80,0	65,5
31	29,0	73,0	97,5
32	52,0	63,5	59,5
33	3,5	49,5	17,5
34	29,0	36,0	7,0
35	55,5	31,0	41,5
36	22,0	10,0	24,5
37	39,0	10,0	7,0
38	18,5	36,0	86,0
39	45,5	23,0	24,5
40	45,5	58,5	79,0
41	39,0	36,0	50,0
42	77,5	100,5	24,5
43	52,0	45,0	41,5
44	29,0	15,5	71,5
45	64,5	113,0	105,5
46	99,5	108,5	71,5
47	86,0	93,0	88,0
48	94,5	85,5	41,5
49	41,0	2,5	41,5
50	45,5	73,0	41,5
51	52,0	49,5	14,0
52	45,5	23,0	59,5
53	64,5	45,0	59,5
54	72,0	15,5	41,5
55	45,5	5,5	41,5
56	22,0	11,0	41,5
57	33,0	15,5	41,5
58	59,5	49,5	83,0
59	86,0	36,0	24,5
60	64,5	15,5	41,5
61	24,5	31,0	7,0
62	59,5	80,0	54,0
63	94,5	41,0	7,0
64	33,0	53,0	17,5
65	110,5	93,0	65,5
66	107,0	73,0	65,5
67	72,0	15,5	17,5
68	96,5	2,5	31,5
69	45,5	15,5	31,5
70	68,5	97,0	50,0
71	91,5	80,0	31,5
72	107,0	58,5	50,0
73	91,5	116,5	83,0
74	77,5	58,5	7,0
75	77,5	73,0	41,5
76	26,0	87,5	41,5
77	68,5	58,5	7,0
78	57,0	10,0	7,0
79	99,5	90,0	7,0
80	91,5	45,0	54,0
81	98,0	41,0	7,0
82	81,5	58,5	31,5
83	119,0	49,5	17,5
84	81,5	116,5	59,5
85	64,5	97,0	76,0
86	77,5	112,0	94,5
87	91,5	90,0	99,5
88	96,5	100,5	83,0
89	29,0	10,0	97,5
90	113,5	80,0	65,5
91	105,0	68,5	59,5
92	77,5	2,5	7,0
93	102,5	68,5	24,5
94	3,5	7,0	24,5
95	10,0	23,0	24,5
96	18,5	87,5	102,0
97	72,0	58,5	65,5
98	59,5	27,5	31,5
99	86,0	5,5	7,0
100	86,0	100,5	41,5
101	55,5	19,0	76,0
102	22,0	36,0	41,5
103	86,0	49,5	54,0
104	115,0	114,0	102,0
105	72,0	70,0	71,5
106	72,0	103,0	59,5
107	102,5	66,5	88,0
108	107,0	23,0	7,0
109	10,0	23,0	99,5
110	20,0	115,0	115,0
111	3,5	54,5	117,5
112	13,5	90,0	109,0
113	64,5	100,5	92,0
114	10,0	80,0	112,5
115	17,0	119,0	105,5
116	3,5	66,5	112,5
117	24,5	80,0	90,0
118	7,0	111,0	94,5
119	15,0	118,0	109,0

$$\Sigma \chi^2 = \frac{119^3 - 119}{12} = 197,5$$

$$\Sigma \chi^2 = 140.222,5$$

$$\Sigma \chi^2 = 140.420,0 - 218,5$$

$$\Sigma \chi^2 = 140.201,5$$

e finalmente:

$$r_s = \frac{140.222,5 + 140.201,5 - 250.735,5}{2 \sqrt{140.222,5 \times 140.201,5}}$$

$$r_s = 0,108$$

A significância de r_s é obtida fazendo-se:

$$t = 0,16 \sqrt{\frac{119 - 2}{1 - (0,106)^2}}$$

$$t \approx 1,153$$

Este valor é menor que o valor tabulado ($\sim 1,98$) para 117 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o grau de informação e o nível de problemas percebidos não estão correlacionados.

O objetivo em estudar a correlação do grau de informação com o nível de problemas percebidos teve como pressuposto a possível relação de que os problemas diminuiriam com o aumento da informação. Conforme os resultados de uma pesquisa

feita por KAMIYAMA³⁴, um dos problemas prioritários percebidos pelos pacientes hospitalizados era devido ao desconhecimento da doença e dos procedimentos terapêuticos. Por isso, a mesma autora, como SILVEIRA⁵⁷ propõe o fornecimento de informações em assuntos desconhecidos pelos pacientes e fontes de medos e ansiedades, como uma das formas de amenizar os problemas dos pacientes.

O presente resultado entretanto contraria o pressuposto. Provavelmente isto ocorre porque as perguntas feitas na entrevista foram dirigidas apenas às informações que os pacientes possuíam quanto a identificação da doença e quanto ao tipo de procedimentos terapêuticos e suas finalidades. Como os problemas dos pacientes ortopédicos são devido, principalmente, aos impedimentos físicos e suas implicações, as simples informações teóricas são insuficiente para ajudá-los a reduzir os seus problemas, conforme se pode verificar mais adiante quando se estudou a correlação entre problemas e expectativas que ultrapassam ao nível das informações.

3.4.2. Correlação entre o grau de Informação e o nível de Expectativa

A associação entre o grau de informação e o nível de expectativa se faz, também, utilizando o coeficiente de correlação por postos de Spearman.

Para os elementos da Tabela 13, tem-se:

$$\Sigma \chi^2 = 140.222,5$$

$$\Sigma \chi^2 = 140.420,0 - 585,5$$

$$\Sigma \chi^2 = 139.834,5$$

e, então:

$$r_s = \frac{140.222,5 + 139.834,5 - 358.225,5}{2 \sqrt{140.222,5 \times 139.834,5}}$$

$$r_s = - 0,279$$

Para verificar a significância de r_s , calcula-se t:

$$t = - 0,279 \sqrt{\frac{119 - 2}{1 - (- 0,279)^2}}$$

$$t \approx - 3,143$$

Como o valor absoluto de t calculado é maior que o valor tabulado ($\sim 1,98$) para 117 graus de liberdade, o nível de significância de 5%, pode-se rejeitar a hipótese nula.

A conclusão, tendo em conta que o valor de r_s é negativo, é que o grau de informação e o nível de expectativa estão correlacionados inversamente, isto é, um maior grau de informação corresponde a um índice de expectativa menor.

Este resultado está de acordo com muitos autores como PENDER⁴⁷, DODGE¹⁸, KAMIYAMA³⁴, SILVEIRA⁵⁷, que demonstram que as expectativas dos pacientes quanto às necessidades cognitivas relativas à saúde, à doença e o tratamento podem ser

atendidas, em parte, pelo provimento de informações devidas.

3.4.3. Correlação entre o Nível de Problemas Percebidos e o Nível de Expectativa.

Testa-se a hipótese nula - inexistência de associação entre níveis de problemas percebidos e de expectativa - mediante o coeficiente de correlação por postos de Spearman e utilizando os elementos da Tabela 13.

Tem-se, então:

$$\Sigma Y^2 = 140.201,5$$

$$\Sigma Z^2 = 139.834,5$$

e, portanto, o coeficiente de correlação é:

$$r_s = \frac{140.201,5 + 139.834,5 - 139.052,5}{2 \sqrt{140.201,5 \times 139.834,5}}$$

$$r_s \approx 0,507$$

Testando-se a significância de r_s , vem

$$t = 0,507 \sqrt{\frac{119 - 2}{1 - (0,507)^2}}$$

$$t \approx 6,362$$

O valor calculado de t é maior que o tabulado ($\approx 1,98$) para 117 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Pode-se, então, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é: existe correlação entre o nível de problemas percebidos e o nível de expectativa.

Como, geralmente, as expectativas coincidem com os problemas percebidos pelos pacientes constatados por KAMIYAMA,³⁵ é lógica a correlação direta entre essas duas variáveis. Isto é, quanto mais alto o nível de problemas, maior é o de expectativas.

4 - CONCLUSÕES

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa, através de entrevista de 119 pacientes ortopédicos da cidade de Florianópolis-SC, baseada nos objetivos propostos, resultou nas seguintes conclusões:

- 4.1. não houve relação entre o grau de informação que possuem os pacientes ortopédicos quanto à sua doença, tratamento e prognóstico e as variáveis: 'sexo', 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento';
- 4.2. não houve relação entre o nível de problemas percebidos e a variável 'sexo';
- 4.3. houve relação entre o nível de problemas e as variáveis: 'idade', 'grau de incapacidade' e 'tempo de tratamento'. Assim, nível de problemas aumenta com o avançar da idade; com o aumento do grau de incapacidade, e com o tempo mais longo de tratamento;
- 4.4. não houve relação entre o nível de expectativa e as

variáveis 'sexo', 'idade' e 'tempo de tratamento';

- 4.5. houve relação entre o nível de expectativa e a variável 'grau de incapacidade'. Quanto maior o grau de incapacidade do paciente mais alto é o nível de expectativa;
- 4.6. não houve correlação entre o grau de informação e o nível de problemas percebidos quanto à doença e tratamento;
- 4.7. houve correlação inversa entre o grau de informação e o nível de expectativas. Isto é, quanto maior o grau de informação menor é o nível de problemas;
- 4.8. houve correlação direta entre o nível de problemas e o nível de expectativas, Isto é, quanto maior o nível de problemas maior é o nível de expectativas.

5 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E. What factors affect patients' opinions of their nursing care? Hospitals, J.A.H.A., 31 (16):61-4, 1957.
2. AUGUSTO, M. Conhecimentos populares a respeito da alimentação infantil das mulheres que freqüentam os serviços de higiene pré-natal e higiene infantil do ambulatório da Escola Paulista de Medicina. Tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1972.
3. BAIN, B. & BAILEY, J. How a communication tool led to the development of a nursing care plan. Nursing Outlook.: 48-51 oct., 1967.
4. BARBOSA, M. I. Importância do conhecimento relativo à medicação, segundo os pacientes. Dissertação de Mestrado apresentado ao Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1979.

5. BELAND, I. & PASSOS, J. A enfermagem na reabilitação. In: _____. Enfermagem Clínica. São Paulo, EPU-EDUSP, 1978. v.3, cap. 18, p.155-75.
6. _____. Aspectos psicossociais na doença. In: _____. Enfermagem Clínica. São Paulo, EPU-EDUSP, 1978. v.1, cap. 8, p. 380-417.
7. BIRD, Brian. Conversando com o paciente. São Paulo, Manole, 1975. 312 p.
8. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. A doença como experiência humana. In: _____. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro. Interamericana, 1977. cap. 7, p.108-22.
9. _____. Enfermagem das patologias musculoesqueléticas. In: _____. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro. Interamericana, 1977. cap. 36, p. 1051-1118.
10. _____. O paciente e seus problemas. In: _____. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. cap. 1, p. 1-14.
11. _____. Princípios e práticas de reabilitação. In: _____. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. ap. 8, p.123-49.
12. BUCK, B. Symposium on Orthopedic Nursing. Nurs. Clin. North Am. 11(4):639-40, dec. 1976.
13. CAPLAN, G. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: _____. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro

ro, Zahar, 1980. cap. 2, p.40-69.

14. CASTRO, C. M. Estrutura e apresentação de publicações Científicas. São Paulo, Mc Graw-Hill, 1978. 66 p.
15. COMARÚ, M.N. Atuação do Enfermeiro na Unidade de Traumatologia. Rev. Bras. Enf. Rio de Janeiro, 28(2):81-7, 1975.
16. COMARÚ, M.N. & CAMARGO, C. A. Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia. Rev. Bras. Enf. Brasília, 29(2):30-5, 1976.
17. DONAHO, C. A. & DIMON, J.H. Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. São Paulo, EPU-EDUSP, 1977. 288 p.
18. DOOGE, J.S. Factors related to patients' perceptions of their cognitive needs. Nurs. Res., 18(6):502-12, nov./dec., 1969.
19. _____. What patient should be told: patients' and nurses' believes. Amer. J. Nurs., 72(10):1852-4, oct. 1972.
20. DU GAS, B.W. Enfermagem Prática. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 526 p.
21. EPSTEIN, C. Interação efetiva na Enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1977. 173 p.
22. FISHER, R. A. & YATES, F. Tabelas Estatísticas para pesquisa em biologia, medicina e agricultura. São Paulo, EDUSP & Polígono, 1971.

23. FUERST, E.U. et alii. O papel do paciente. In: _____. Fundamentos de Enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. cap. 12, p. 103-12.
24. _____. Prescrição do exercício e atividade necessários. In: _____. Fundamentos de Enfermagem. 5 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, cap. 22, p. 255-90,
25. _____. Saúde, Doença e Implicações para os profissionais de Saúde. In: _____. Fundamentos de Enfermagem, 5 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, cap. 2, p. 12-26.
26. GONÇALVES, L.H.T. & GUTIERREZ, M.G.R. Aspectos de enfermagem na reabilitação do cardíaco não coronariano. Enf. Novas Dimens., 4(4):196-202, 1978.
27. GONÇALVES, M.M.C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enf. Novas Dimens. 5(1):31-6, 1979.
28. GRANDE Enciclopédia Delta Larouse. Rio de Janeiro, Ed. Delta, 1974.
29. HORTA, W. A. Necessidades Humanas Básicas, considerações gerais. Enf. Novas Dimens., 1(5):266-8, 1975.
30. _____. O processo de enfermagem, Fundamentação e aplicação. Enf. Novas Dimens., 1(1):10-6, 1975.
31. _____. Síndromes de enfermagem. Enf. Novas Dimens., 4(1):17-8, 1978.

32. HOTELLING, H. & PABST, Margaret R. Rank correlation and test of significance involving no assumption of normality. Ann. Math. Statist., 7:29-43, 1936.
33. KAMIYAMA, Y. Assistência Centrada na Identidade Social. Aspectos Psico-Sociais do Cuidado de Enfermagem ao Paciente de Hepatite Infecciosa. Tese de livre-docência apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979.
34. _____ . O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. Tese de Doutorado apresentado a Escola de Enfermagem a Universidade de São Paulo. São Paulo, 1972.
35. KAMIYAMA, Y. & NAGAZAWA, C.K. Percepção do paciente contagioso sobre a sua doença e o isolamento: um estudo preliminar. Enf. Novas Dimens., 3(1):56-63, 1977.
36. KOIZUME, M.S. O atendimento da enfermagem em relação à auto-imagem. Enf. Novas Dimens., 3(1): 56 - 63, 1977.
37. KOZIER, B. & DU GAS, B. W. Tratado de Enfermeria Prática 2 ed. México, Interamericana, 1974. 437 p.
38. MANZOLLI, M.C. Observação e anotação de aspectos psicológicos do paciente pelo enfermeiro - Considerações. Enf. Novas Dimens., 4(2):77-85, 1978.
39. MILLER, A. The patient's right to know the truth. Can. Nurse., 58(1):25-9, Jan. 1962.

40. MOOD, A.M. On the asymptotic efficiency of certain non-parametric two sample tests. Ann, Math.Statist. , 25:514-22, 1954.
41. MOSTELER, F. & ROURKE, R.E.K. Sturdy Statistics. Addison-Wesley, Massachusetts, 1973.
42. NEVES, T. A. et alii. Alguns aspectos que fundamentam a assistência de enfermagem a pacientes em tração. Rev. Bras. Enf., 29(2):56-63, 1976.
43. NOGUEIRA, M.J. de C. Assistência de Enfermagem à família. Enf. Novas Dimens., 3(3):327-46, 1977.
44. OREM; D.E. Dimension of self-care. In: _____. Nursing concepts of practice. New York, Mc Graw Hill, 1971. p. 13-39.
45. ORGANIZACIÓN Mundial de La Salud. Comité de Expertos em Rehabilitacion Medica. Primer Informe. Genebra , p. 3-57, 1958.
46. ORLANDO, I.J. O relacionamento Dinâmico Enfermeiro-Paciente. São Paulo, EPU-EDUSP, 1978.
47. PENDER, N. J. Patient identification of health information received during hospitalization. Nurs. Res., 23(3): 262-7, may/jun., 1974.
48. PHILLIPS, B. S. Pesquisa Social. Rio de Janeiro, Agir, 1974.
49. PIOVESAN, A. Da necessidade das escolas de Saúde Pública

- elaborarem métodos simplificados de investigação social.
Tese de doutoramento apresentada à Catedral de Administração Sanitária da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1968.
50. REDMAN, B.K. Curriculum in patient Education. Am.J.of. Nurs., p. 1363-66. aug. 1978.
51. REZENDE, A.L.M. O processo de comunicação como instrumental da enfermagem. Enf. Novas Dimens., 2(2):98-111 , 1976.
52. ROBINSON, L.A. Patient's information base: a key to care. Canad.Nurs. 70(12):34-6, dec. 1974.
53. SARANO, J. O relacionamento com o doente; dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes. São Paulo, EPU, 1978.
54. SIEGEL, S. Estatística Não-Paramétrica para as Ciências do Comportamento. Mc Graw-Hill, São Paulo, 1975.
55. SILVA, O.M. O desafio da reabilitação. O mundo da saúde, 3(10):94-9, abr./maio/jun., 1979.
56. SILVEIRA, G.C.X. Aspectos assistenciais de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. Enf. Novas Dimens., 2(5):258-64, 1976.
57. _____ . Importância das informações ao paciente recém-hospitalizado. Tese de Docência-livre apresentado a Universidade Federal da Bahia. Bahia, 1976.

58. SMITH, D.W. & GERMAIN, C.P.H. Cuidado del adulto jovem.
In: _____. Enfermeria Medicoquirurgica. 4 ed. México,
Interamericana, 1978. cap. 3, p.21-7.
59. _____. Cuidado del paciente de cierta edad. In:
_____. Enfermeria Medicoquirurgica. 4 ed. México, In
teramericana, cap. 5, p.38-54.
60. _____. Cuidado del paciente en los años medios de la
vida. In: _____. Enfermeria Medicoquirurgica. 4.ed. Me-
xico, Interamericana, 1978. cap. 4, p. 28-37.
61. _____. El paciente con fractura. In: _____, Enfer-
meria Medicoquirurgica. 4 ed. México, Interamericana,
1978. cap. 19, p. 268-91.
62. _____. La apreciación y el proceso del desarrollo.
In: _____. Enfermeria Medicoquirurgica. 4 ed, México. In
teramericana, 1978, cap. 1, p.2-5.
63. STRYKER, R.P. Enfermeria da Rehabilitacion, México, Inte
ramericana, 1974. 209 p.
64. TAGLIACOZZO, D. Patient Expectations and the Patient Role.
Can. Nurse. 59(9):840-6, 1963.
65. VERNON, M.D. Motivação Humana. Rio de Janeiro. Vozes, 1973.
303 p.
66. WITT, A. Metodologia da pesquisa. 2 ed., São Paulo. Re-
senha Tributária, 1973. 142 p.
67. WOLLE, J.M. Multidisciplinary teams develop programing

for patient education, Health Services Reports, 89
(1):8-12, 1974.

68. WORLD Health Organization. Who Experts Committee on Medical Rehabilitation. Second Report. Geneva, p.3-23, Nov., 1969.

A N E X O

FORMULÁRIO Nº _____

Data da Entrevista: _____ Hospital: _____
 Nome do Paciente: _____ Médico: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____
 Unidade de Internação: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Ambulatório: _____

1. Pergunta e observações do entrevistador para a determinação do nível de incapacidade do paciente:

- Em primeiro lugar, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse quais as atividades do cuidado diário que é capaz de desempenhar (fazer) sozinho? Vou citar uma série delas;

lavar o rosto	()	urinar	()
lavar as mãos	()	deitar-se na cama	()
escovar os dentes	()	levantar-se da cama	()
higiene íntima	()	sentar-se	()
banhar-se	()	levantar-se	()
cortar as unhas	()	caminhar	()
barbear-se	()	vestir-se	()
pentear-se	()	despir-se	()
servir-se às refeições	()	calçar sapatos	()
evacuar	()	descalçar sapatos	()

Total de atividades que é capaz de desempenhar sozinho:

Grau de Incapacidade: Mínimo (), se desempenhar de 15 a 20 atividades.

Médio (), se desempenhar de 8 a 14 atividades

Máximo (), se desempenhar de 0 a 7 atividades.

2. Entrevista com o médico e o paciente sobre as informações relativas ao diagnóstico, tratamento e prognóstico:

- Entrevista com o médico do paciente formulando as perguntas contidas no item 2.1.
- Entrevista com o paciente formulando as perguntas contidas no item 2.2.

2.1. INFORMAÇÕES MÉDICAS	Nº	2.2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE	Nº
a) Qual o diagnóstico médico? _____ _____ _____ _____		a') Falaram para o(a) Sr.(a) do que sofre ou nome da sua doença? _____ _____ _____	
b) Qual o tratamento anterior e sua indicação? _____ _____ _____ _____ _____		b'') Disseram para o(a) Sr.(a) o tipo de tratamento que foi preciso ser feito antes? _____ _____ b''') Disseram para o(a) Sr.(a) para que serviu este tratamento? _____ _____	

2.1. INFORMAÇÕES MÉDICAS	Nº	2.2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE	Nº
<p>c) Qual o tratamento atual e sua indicação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>c') Disseram para o(a) Sr.(a) o tipo de tratamento que está sendo feito agora?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>c'') Disseram para o(a) Sr.(a) para que serve esse tratamento?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>d) Qual o tratamento futuro previsto e sua indicação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>d') Disseram para o(a) Sr.(a) o tipo de tratamento que precisará ser feito no futuro?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>d'') Disseram para o(a) Sr.(a) para que servirá este tratamento?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>e) Quais as possibilidades para continuar o tratamento e os recursos disponíveis?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>2') Disseram para o(a) Sr.(a) se há possibilidades (recursos) na comunidade de continuar seu tratamento e sua reabilitação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	79

2.1. INFORMAÇÕES MÉDICAS	Nº	2.2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE	Nº
<p>f) Qual o tempo de tratamento?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>f') Disseram para o(a) Sr.(a) o tempo aproximado em que deverá ficar em tratamento?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>g) Qual a evolução do paciente?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>g') Esclareceram para o(a) Sr.(a) como começou e o que está acontecendo com o(a) Sr.(a) por causa desta doença?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>h) Qual o prognóstico médico?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>h') Disseram para o(a) Sr.(a) como viverá no futuro?</p> <p>Curado completamente e continuando com o mes- mo trabalho ()</p> <p>Curado completamente, mas mudando de trabalho()</p> <p>Curado completamente, mas com prótese(s) tem- porária ()</p> <p>Curado completamente, mas com prótese(s) de- finitiva ()</p>	

2.1. INFORMAÇÕES MÉDICAS	Nº	2.2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE	Nº
		<p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento por pouco tempo, podendo trabalhar com antigamente ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela) devendo continuar em tratamento por pouco tempo, necessitando mudar de emprego (serviço) ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento por pouco tempo, somente fazendo as atividades com controle médico ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento especial por longo tempo, mas trabalhando como antigamente ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento especial por longo tempo, mudando de emprego (serviço) ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento especial por longo tempo, somente fazendo atividades com controle médico ()</p> <p>Com algum(s) defeito(s) (deformidade seqüela), devendo continuar em tratamento especial para sempre (ou indefinidamente), podendo trabalhar como antigamente ()</p> <p>Com algum(a) defeito(s) (deformidade seqüela) devendo continuar em tratamento especial para sempre (ou indefinidamente) necessitando mudar de emprego (ou serviço ()</p>	

2.1. INFORMAÇÕES MÉDICAS	Nº	2.2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE	Nº
		Com algum(s) defeito(s) (deformidade, seqüela), devendo continuar em tratamento especial para sempre (ou indefinidamente), somente fazendo atividades com controle médico ()	
TOTAL DE INFORMAÇÕES MÉDICAS		TOTAL DE INFORMAÇÕES COINCIDENTES COM A DO MÉDICO	

y = total de informações médicas

x = total de informações do paciente coincidente com a do médico

z = Percentagem de informações do paciente coincidente com a do médico

$$y = \frac{\quad}{100} \dots \frac{\quad}{100}$$

$$x = \frac{\quad}{z} \dots \frac{\quad}{z}$$

$$z = \frac{\dots}{100}$$

.....

$$z = \frac{\dots}{\dots} \quad z = \dots$$

.....

3. Perguntar aos pacientes sobre os problemas sentidos, relacionados com sua doença e tratamento.

- Também gostaria de saber, o que o(a) Sr.(a) está sentindo ou achando, por estar doente e em tratamento. Vou ler cada uma das coisas que poderá estar sentindo, e o(a) Sr.(a) irá responder SIM ou NÃO. Se sente, deverá dizer: pouco, regular ou muito. (o entrevistador deverá circular o número correspondente à resposta dada).

		PONTOS
3.1. Receio (ou medo) e insegurança devido à doença (a doença pode se complicar, ou não curar completamente, ou não curar)	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.2. Intranquilidade devido à sua situação (aflição, nervosismo, ansiedade)	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.3. Inquietação por estar doente e em tratamento prolongado (angústia, ansiedade).	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.4. Inconformado por ficar com defeito físico.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3

	PONTOS	
3.5. Inconformado por ficar com disfunção ou incapacidade.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.6. Desconforto devido à restrição de movimentos.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.7. Desconforto por depender de outras pessoas para atender suas necessidades. (ex.: alguém para ajudar a caminhar, etc.)	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.8. Dúvidas sobre a complexidade ou gravidade da doença.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.9. Dúvidas quanto ao seu estado geral (saber como está)	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.10. Dúvidas quanto à evolução do seu estado futuro (o que acontecerá)	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3

		PONTOS
3.11. Dúvidas se o tratamento vai resolver seu caso.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.12. Preocupação com a subsistência da família enquanto está afastado do serviço.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.13. Preocupação por dar incômodo (trabalho) aos outros, pois depende deles para suas necessidades.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.14. Dificuldade no relacionamento com os familiares e amigos.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.15. Sensação de que as pessoas se afastam do(a) Sr.(a).	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.16. Sensação de ser indesejável, inútil, devido à doença e tratamento prolongados.	NÃO:	0
	SIM: pouco	1
	regular	2
	muito	3

	PONTOS	
3.17. Sensação de que o seu caso irá le- vã-lo a limitar suas atividades (de feito físico).	NÃO:	0
	SIM; pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.18. Sensação de que não vai poder retor- nar ao emprego (ou atividade)	NÃO:	0
	SIM; pouco	1
	regular	2
	muito	3
3.19. Outros	NÃO:	0
	SIM; pouco	1
	regular	2
	muito	3

Total de pontos obtidos: _____

4. Perguntas aos pacientes sobre suas expectativas no auxílio
à sua reabilitação.

- Diante da sua situação (ou de tudo isto), o que o(a) Sr.
(a) espera ou como gostaria de ser ajudado para a sua
recuperação ou para levar uma vida mais independente?
Vou ler cada uma das coisas e o(a) Sr.(a) deverá dizer
SIM ou NÃO. (O entrevistador deverá circular a resposta
dada).

	PONTOS	
4.1. Que fosse informado ou orientado sobre;		
4.1.1. Qual é a sua doença	NÃO	0
	SIM	3

		PONTOS
4.1.2. Qual é o seu tratamento	NÃO	0
	SIM	3
4.1.3. Para que é feito o tratamento	NÃO	0
	SIM	3
4.1.4. Como é feito o tratamento	NÃO	0
	SIM	3
4.1.5. Tempo aproximado do tratamento	NÃO	0
	SIM	3
4.1.6. Qual o seu estado de saúde (me- lhorando, piorando, estacionário)	NÃO	0
	SIM	3
4.1.7. Como ficará após o tratamento	NÃO	0
	SIM	1
4.1.8. Quais os direitos do beneficiá- rio (INPS, IPESC, outros)	NÃO	0
	SIM	3
4.2. Que fosse ensinado sobre:		
4.2.1. Os cuidados a serem adotados co- mo: exercícios, massagens e po- sições corretas.	NÃO	0
	SIM	2
4.2.2. O uso e manejo de algum apare- lho como: gesso, muleta, tração prótese, cadeira de rodas.	NÃO	0
	SIM	2
4.2.3. As atividades de cuidado diário para reaprender a se cuidar e	NÃO	0
	SIM	2

PONTOS

viver independente, como: lavar o rosto e as mãos, escovar os dentes, higiene íntima, banhar-se, cortar as unhas, barbear-se, pentear-se, servir-se às refeições, evacuar, urinar, deitar-se e levantar-se da cama, sentar-se, levantar-se, caminhar, vestir-se, despir-se, calçar e descalçar sapatos.

4.3. Que fosse orientado e ajudado a procurar os recursos da comunidade para:

4.3.1. Obter orientação e encaminhamento do hospital onde está se tratando, para continuar o tratamento de <u>rea</u> bilitação no futuro.	NÃO	0
	SIM	1
4.3.2. Arranjar:	NÃO	0
- Um pequeno serviço remunerado durante o tratamento, ou uma <u>aju</u> da financeira enquanto estiver incapacitado fisicamente e não puder trabalhar.	SIM	1
4.3.3. Adquirir aparelhos e próteses através dos intitutos de benefícios (INPS, IPESC, etc.)	NÃO	0
	SIM	1

		PONTOS
4.3.4. Conseguir;	NÃO	0
- Voltar ao emprego ou ocupação anterior, ou adaptar-se a outra atividade de trabalho caso não possa voltar ao anterior.	SIM	1

Total de pontos obtidos: _____

5 - Outras Observações: