

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001080015>

## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E EXPECTATIVAS COM O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM ESTENOSE ESPINHAL<sup>1</sup>

*Eliane Nepomuceno<sup>2</sup>, Lilian Maria Pacola<sup>3</sup>, Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>4</sup>, Rejane Kiyomi Furuya<sup>5</sup>, Helton Luiz Aparecido Defino<sup>6</sup>, Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero<sup>7</sup>, Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>8</sup>*

<sup>1</sup> Extraído da dissertação - Qualidade de vida relacionada à saúde e expectativas com o tratamento cirúrgico de pacientes com estenose espinhal: comparação segundo o local da estenose, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), em 2014.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: eliane\_nepomuceno@hotmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: lipacola@hotmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem Fundamental da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: camarosti@usp.br

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: re.furuya@gmail.com

<sup>6</sup> Doutor em Medicina. Professor do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: hldefin@fmrp.usp.br

<sup>7</sup> Doutor em Medicina. Professor do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: fernando\_herrero@hotmail.com

<sup>8</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

**RESUMO:** Estudo analítico, de corte transversal com objetivos de comparar a qualidade de vida relacionada à saúde, presença de sintomas de ansiedade e depressão e limitação funcional, segundo o local da estenose espinhal; e descrever as expectativas dos pacientes frente ao tratamento cirúrgico. Participaram 32 pacientes com estenose lombar e 22 com estenose cervical. Na comparação da qualidade de vida relacionada à saúde, constatamos diferenças estatisticamente significativas nos domínios Dor e Capacidade funcional. Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto aos sintomas de ansiedade e depressão. A média da limitação funcional foi 53,2% (DP=11,9%) para o grupo com estenose lombar e 40,2% (DP=17,5%) para estenose cervical. A maioria dos participantes tinha expectativa de muita melhora dos sintomas após o tratamento cirúrgico. No pré-operatório, as expectativas de melhora são elevadas e devem ser discutidas com a equipe de saúde, uma vez que, na clínica, essa melhora nem sempre é obtida com o tratamento cirúrgico.

**DESCRIPTORES:** Qualidade de vida. Coluna vertebral. Ansiedade. Depressão.

## HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND EXPECTATIONS OF SPINAL STENOSIS PATIENTS TOWARDS THE SURGICAL TREATMENT

**ABSTRACT:** The objective of this cross-sectional analytical study was to compare health-related quality of life, presence of anxiety and depression symptoms, and functional limitation according to the location of the spinal stenosis; and to describe patients' expectations toward the surgical treatment. Thirty-two patients with lumbar stenosis and 22 with cervical stenosis participated in the study. Comparison of health-related quality of life showed statistically significant differences in pain and functional capacity dimensions. There were no statistically significant differences regarding anxiety and depression symptoms. The mean functional limitation was 53.2% (SD=11.9%) for the group with lumbar stenosis and 40.2% (SD=17.5%) for the group with cervical stenosis. Most participants expected great improvement of the symptoms after the surgical treatment. In the preoperative period, expectations of improvement are high and should be discussed with the health staff, since in clinical practice, this improvement is not always achieved with the surgical treatment.

**DESCRIPTORS:** Quality of life. Spine. Anxiety. Depression.

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON ESTENOSIS ESPINAL

**RESUMEN:** Estudio analítico, transversal para comparar la calidad de vida relacionada a la salud, presencia de síntomas de ansiedad y depresión y limitación funcional según el local de la estenosis espinal; y describir las expectativas de los pacientes ante el tratamiento quirúrgico. Participaron 32 pacientes con estenosis lumbar y 22 con estenosis cervical. En la comparación de la calidad de vida relacionada a la salud, constatamos diferencias estadísticamente significantes en los dominios Dolor y Capacidad funcional. No fueron encontradas diferencias estadísticamente significantes en los síntomas de ansiedad y depresión. El promedio de la limitación funcional fue 53,2% (DE=11,9%) para el grupo con estenosis lumbar y 40,2% (DE=17,5%) para estenosis cervical. La mayoría esperaba gran mejora de los síntomas después del tratamiento quirúrgico. En el preoperatorio, las expectativas de mejora son altas y deben ser discutidas con el equipo de salud, ya que esa mejora ni siempre es alcanzada en la clínica con el tratamiento quirúrgico.

**DESCRIPTORES:** Calidad de vida. Columna vertebral. Ansiedad. Depresión.

### INTRODUÇÃO

A estenose espinhal é o estreitamento do diâmetro do canal vertebral, que pode afetar qualquer extensão da coluna e, ainda, estar associada à compressão neurológica ou vascular.<sup>1</sup> Esta condição tem um grande destaque entre as doenças degenerativas da coluna vertebral, porém, ainda é difícil mensurar sua incidência, visto que está associada a outros tipos de doenças, como, por exemplo, hérnia de disco, espondilolistese, mielopatia.<sup>2-4</sup>

A depender da região da coluna vertebral em que a estenose se desenvolve, o indivíduo possuirá sintomas e incapacidades diferentes.<sup>4-5</sup> Quando ela se desenvolve na região cervical, os sintomas referidos são dor nessa região e nos braços, perda de sensibilidade, paraparesia nos membros inferiores, alterações esfinterianas e de sensibilidade no tronco, além do aparecimento de reflexos como de Babinski, Hoffman e Warternberg.<sup>6-8</sup> A estenose na região lombar provoca dores nas pernas, desconforto na região lombar, disestesia, dormência, formigamento nos membros inferiores e claudicação neurogênica.<sup>1,6-7</sup>

Em nossa prática clínica observamos que, dependendo da localização da estenose vertebral, os pacientes relatam diferentes limitações para a realização das atividades diárias, afetando de forma distinta a qualidade de vida dessas pessoas. Entretanto, não temos estudos até o momento que tenham investigado o impacto da estenose vertebral segundo a sua localização (lombar e cervical), presença de tratamentos anteriores e as características pessoais dos pacientes (sexo, idade, estado civil e escolaridade). Tal investigação faz-se necessária, uma vez que a percepção do impacto dessa condição de saúde na vida dos pacientes pode diferir de acordo com estas variáveis. Diante das limitações impostas pela doença, o tratamento cirúrgico é considerado como a solução para todos os sintomas decorrentes da estenose, gerando uma grande expectativa dos pacientes.<sup>5-7,9</sup> A progressão da doença associa-se a

uma incapacidade maior, sendo indicado o tratamento cirúrgico, com o objetivo de minimizar os sintomas. Entretanto, o tratamento cirúrgico não garante a melhora de todos os sintomas causados pela estenose, o que pode ocasionar uma piora no quadro clínico físico e emocional do paciente.<sup>5-7,10-13</sup>

Nos últimos anos, além da análise funcional dos resultados cirúrgicos, os pesquisadores têm buscado uma análise subjetiva sobre a condição de saúde destas pessoas. Assim, tem se buscado a perspectiva dos pacientes na avaliação de sinais e sintomas da doença, qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS),<sup>11,14-16</sup> dor, aspectos funcionais,<sup>6,17-19</sup> expectativas<sup>20-23</sup> e satisfação com o tratamento.<sup>24-25</sup> Tais avaliações são necessárias para subsidiar os profissionais da saúde nas tomadas de decisão sobre o tratamento, evitando gerar expectativas irrealistas nos pacientes.<sup>15,20,24</sup>

No âmbito da prática clínica em ortopedia, mais especificamente na temática deste estudo, estenose da coluna, medidas provenientes destes instrumentos na avaliação da QVRS dos pacientes têm sido pouco utilizadas. As publicações científicas são incipientes, o que pode contribuir para o pouco uso destes instrumentos na clínica diária. Entretanto, torna-se necessário entre pesquisadores e equipe de saúde, que comecem a pensar na avaliação da QVRS destes indivíduos, uma vez que isso é um passo importante para avaliar resultados positivos ou negativos em relação à conduta de tratamento.<sup>20</sup> Enfermeiros e demais profissionais da saúde que atuam na reabilitação de pacientes com estenose espinhal precisam conhecer as reais possibilidades destes indivíduos após o tratamento cirúrgico e atuarem frente às diferentes expectativas apresentadas.

O presente estudo visa responder algumas questões que ainda permanecem inconclusivas para os profissionais dessa área, a saber: há diferenças no perfil demográfico (idade, sexo, escolaridade, estado civil e situação profissional) e no tratamento

prévio (farmacológico e fisioterápico) dos pacientes segundo o local da estenose espinhal?; há diferenças na QVRS e limitação funcional dos pacientes segundo o local da estenose espinhal?; há diferenças nos sintomas de ansiedade e depressão e na expectativa dos pacientes segundo local da estenose espinhal?

Para responder a estas questões, os seguintes objetivos foram estipulados: comparar a QVRS e presença de sintomas de ansiedade e de depressão, segundo o local de estenose apresentada (lombar ou cervical), e descrever a limitação funcional e as expectativas dos pacientes frente ao tratamento cirúrgico.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal, realizado nas unidades de internação da ortopedia de um hospital universitário do interior de São Paulo. Uma amostra consecutiva e não probabilística foi formada por pacientes internados, para o primeiro tratamento cirúrgico de estenose lombar ou cervical, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2014 e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, de ambos os sexos e independente da raça. Os critérios de exclusão foram: não apresentar condições cognitivas e de expressão verbal para responder às questões de pesquisa no momento da entrevista; apresentar, concomitantemente, diagnóstico médico de estenose lombar e estenose cervical informada no prontuário. As condições cognitivas foram avaliadas segundo os prontuários, observação da pesquisadora, informação médica e/ou dos cuidadores.

No período do estudo tivemos a internação de 60 pacientes para tratamento cirúrgico de estenose espinhal. Desses, seis pacientes foram excluídos - três apresentaram diagnóstico de estenose espinhal cervical e lombar, concomitantemente, e três não possuíam condições cognitivas para compreender os itens dos instrumentos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar onde o estudo foi conduzido, sob o parecer do número 13.120/2010. Os objetivos foram apresentados de forma oral e escrita, para os sujeitos em potencial e após a concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.<sup>26</sup> Todos os 54 pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade foram convidados e aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com os pacientes e consulta

aos seus prontuários, nas unidades de internação. Uma das pesquisadoras avaliava os pacientes que estavam internados e que iriam ser submetidos à cirurgia no dia seguinte. As entrevistas eram realizadas em local privativo, de forma a manter a privacidade dos participantes durante a coleta dos dados e os dados clínicos coletados dos prontuários.

Para a caracterização sociodemográfica e clínica; utilizamos instrumento elaborado previamente,<sup>12</sup> contendo as variáveis: sexo, idade (anos), estado civil, escolaridade (anos), desempenho de atividades remuneradas (sim ou não), região estenose espinhal (lombar ou cervical), tratamentos clínicos realizados antes da indicação da cirurgia, evolução do tempo da doença (anos), comorbidades, uso de medicamentos e tratamento cirúrgico indicado.

O instrumento *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey* (SF-36)<sup>27</sup> foi utilizado em sua versão validada para o português<sup>28</sup> para avaliar a QVRS. O SF-36 é composto por 36 itens agrupados em oito domínios. Cada domínio é avaliado em uma escala de zero a 100, com maiores valores indicando melhor QVRS.

A presença de sintomas de ansiedade e depressão foi analisada pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)<sup>29</sup> em sua versão validada para o português.<sup>30</sup> A escala é constituída por 14 itens, sendo sete para avaliação de sintomas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e sete para avaliação de sintomas de depressão (HADS-Depressão). Os valores das respostas em cada item variam de zero a três, podendo a soma em cada subescala variar de zero a 21 pontos, com maiores valores indicando mais sintomas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e de depressão (HADS-Depressão).

Para avaliar a limitação funcional, utilizamos um instrumento específico para os pacientes com lombalgia e outro para os pacientes com cervicalgia. Para os pacientes com lombalgia, o *Oswestry Disability Index* (ODI)<sup>31</sup> foi aplicado em sua versão adaptada para o português.<sup>32</sup> Ele possui dez seções que avaliam a intensidade da dor e as limitações impostas por ela, na realização de atividades cotidianas. Cada seção possui seis afirmações, que variam de zero a cinco pontos. O intervalo total é transformado em uma escala de zero a 100%, com maiores valores indicando maior limitação funcional.<sup>31</sup> Para os pacientes com cervicalgia, utilizamos *The Neck Disability Index* (NDI)<sup>33</sup> em sua versão adaptada para o português.<sup>34</sup> Ele possui dez seções; a primeira seção avalia intensidade da dor, seguida por cuidado pessoal, levantar objetos, leitura, dor de cabeça, prestar atenção, trabalho, dirigir automóveis, dormir e lazer.

Cada seção possui seis afirmações pontuadas de zero a cinco pontos. No final, os valores são transformados em um intervalo de 0 a 100%, com maior valor indicando maior limitação funcional.<sup>33</sup>

Para avaliação das expectativas utilizamos a questão: quais as mudanças que você espera que ocorram como resultado da cirurgia? (Procure pensar no que realmente é possível e não no que você deseja que aconteça). Essa questão foi baseada em um estudo prévio<sup>18</sup> que investigou as expectativas de pacientes com lombalgia, considerando os seguintes itens: dor nas pernas; dor nas costas; capacidade para caminhar; independência para as atividades diárias; atividades esportivas (incluindo caminhadas para manter a forma); capacidade física em geral (no trabalho e em casa); frequência e qualidade dos contatos sociais e bem estar mental. Para aqueles com cervicalgia, foram adicionados outros dois itens: dor nos braços e dor no pescoço, uma vez que os sintomas dependem da região da coluna que está afetada pela estenose. A expectativa de mudanças para cada um desses itens foi avaliada segundo as opções: muito melhor, melhor, um pouco melhor, sem melhora, pior e não se aplica.

Os pacientes também responderam uma segunda questão para avaliação da expectativa e melhora do estado geral de saúde após o tratamento cirúrgico: Em uma escala de zero a dez quanto você

espera que melhore seu estado de saúde geral após o tratamento cirúrgico, considerando que zero é nenhuma melhora e dez é a melhor melhora possível?. Para a resposta dos participantes, utilizamos a Escala Visual Analógica Numérica (EVAN), de 10 centímetros de comprimento, com a extremidade esquerda indicando nenhuma melhora e a extremidade direita indicando a melhor melhora possível.

Os dados foram processados e analisados no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para comparar as medidas dos domínios do SF-36 e de sintomas de ansiedade e depressão, segundo o local da estenose, utilizamos o teste t de Student para amostras independentes. Anteriormente, essas variáveis foram analisadas pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Análises descritivas foram feitas para as variáveis limitação funcional, segundo o local da estenose e expectativas dos pacientes com o tratamento cirúrgico. O nível de significância adotado foi de 0,05.

## RESULTADOS

A amostra final deste estudo foi composta por 54 participantes, dos quais 32 (59,3%) possuíam estenose lombar e 22 (40,7%) estenose cervical. Em relação às variáveis sociodemográficas, não encontramos diferenças estatisticamente significantes, demonstrando homogeneidade entre os grupos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 54 participantes, segundo local da estenose espinhal. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2014**

Características sociodemográficas	Estenose lombar (n=32)	Estenose cervical (n=22)	Valor de p
Idade (anos)/ Média (DP)*	56,3 (11,8)	54,6 (12,2)	0,617†
Escolaridade (anos)/ Média (DP)*	4,8 (3,2)	6,6 (3,5)	0,06†
Sexo % (n)			
Masculino	50,0 (16)	68,2 (15)	0,182
Feminino	50,0 (16)	31,8 (7)	
Situação Conjugal % (n)			
Casado/união consensual	59,4 (19)	59,1 (13)	0,913
Separado	18,8 (6)	22,7 (5)	
Solteiro	12,5 (4)	13,6 (3)	
Viúvo	9,4 (3)	4,5 (1)	
Desempenho de atividades remuneradas % (n)			
Não	75,0 (24)	72,7 (16)	0,851
Sim	25,0 (8)	27,3 (6)	

\*Desvio-Padrão. †p-valor proveniente do teste t de Student. Demais valores de p provenientes do teste qui-quadrado.

Quanto às variáveis clínicas, a maioria dos participantes, em ambos os grupos, já havia realizado algum tipo de tratamento clínico antes da indicação cirúrgica. Em relação aos tratamentos

farmacológicos, 56,3% dos pacientes com estenose lombar e 36,7% com estenose cervical já tinham sido submetidos a algum tratamento, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,04$ ).

Observamos diferença estatisticamente significativa ( $p=0,05$ ) também entre as porcentagens de pacientes com estenose lombar (53,1%) e cervical (31,8%), que realizaram tratamentos fisioterápicos (Tabela

2). A maioria dos participantes apresentava algum tipo de comorbidade e fazia uso de algum tipo de medicamento (Tabela 2).

**Tabela 2 - Caracterização clínica dos 54 participantes, segundo o local da estenose espinhal. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2014**

Caracterização clínica	Estenose lombar	Estenose cervical
	(n=32)	(n=22)
	% (n)	% (n)
Tratamento clínico antes da cirurgia		
Sim	81,3 (26)	54,5 (12)
Não	6,3 (2)	4,5 (1)
Não constava no prontuário	12,5 (4)	40,9 (9)
Tipo de tratamento clínico realizado antes da cirurgia*		
Farmacológico	56,3 (18)	36,4 (7)
Fisioterápico	53,1 (17)	31,8 (7)
Bloqueio Epidural	15,6 (5)	-
Tempo de evolução da doença (em meses)	44,2 (36,4)	36,1 (50,5)
Tipos de Comorbidades†		
Hipertensão Arterial	25,0 (8)	31,8 (7)
Diabetes	18,8 (6)	27,3 (6)
Dislipidemia	21,9 (7)	13,6 (3)
Obesidade	6,3 (2)	-
Uso de medicamentos (% Sim)	71,9 (23)	59,1 (13)
Tratamento cirúrgico indicado		
Descompressão com fixação artrodese - região lombar	100,0 (32)	-
Descompressão com fixação artrodese posterior - região cervical	-	81,8 (18)
Descompressão com fixação artrodese anterior - região cervical	-	18,2 (4)

\*O mesmo paciente pode ter realizado mais de um tipo de tratamento; †O mesmo paciente pode ter mais de uma comorbidade.

Com relação à comparação da QVRS reportada pelos pacientes com estenose lombar ou cervical, constatamos diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos domínios Dor (lombar=62,5; cervical=49,5;  $p=0,02$ ) e Capacidade funcional (lombar=20,1; cervical=32,0;  $p=0,01$ ). A Dor teve maior comprometimento para os pacientes com estenose cervical, mas eles apresentaram melhor Capacidade funcional do que os com estenose lom-

bar. Em ambos os grupos, a melhor avaliação foi para o domínio Estado Geral de Saúde (lombar=67,0 versus cervical=70,3) e a pior para Aspectos físicos (lombar=14,8 versus cervical=12,5) não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os grupos (Tabela 3). Não houve diferenças estatisticamente significantes na comparação das medidas de ansiedade ( $p=0,77$ ) e depressão ( $p=0,51$ ) entre os grupos (Tabela 3).

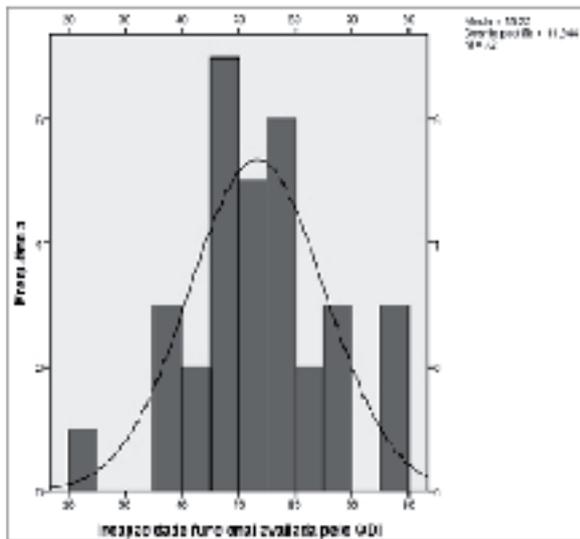
**Tabela 3 - Comparação das médias dos oito domínios do SF-36 e das subescalas HADS - Depressão e HADS-Ansiedade. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2014**

Variáveis	Estenose Lombar	Estenose Cervical	p†
	(n=32)	(n=22)	
	Média (DP)*	Média (DP)	
Domínios SF-36			
Estado geral de saúde	67,9 (22,8)	70,3 (17,6)	0,68
Dor	62,5 (16,8)	49,5 (23,5)	0,02
Saúde mental	59,0 (24,9)	56,5 (25,0)	0,72
Vitalidade	56,8 (26,0)	54,0 (26,5)	0,70
Aspectos emocionais	44,7 (42,8)	33,3(41,1)	0,33

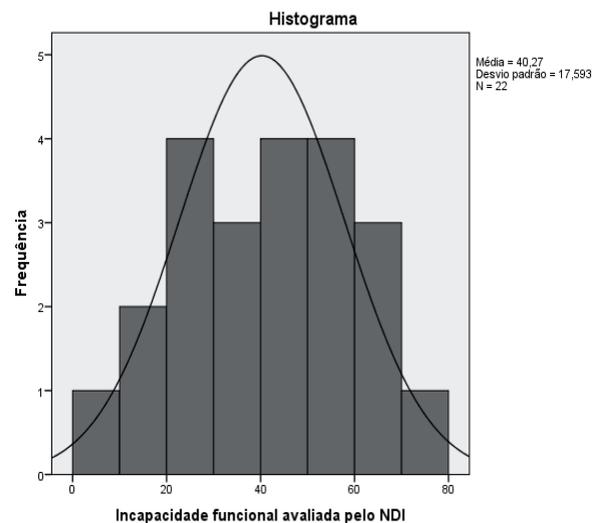
Variáveis	Estenose Lombar (n=32)	Estenose Cervical (n=22)	pt
	Média (DP)*	Média (DP)	
Aspectos sociais	42,9 (20,0)	48,8 (27,2)	0,36
Capacidade funcional	20,1 (12,4)	32,0 (23,4)	0,01
Aspectos físicos	14,8 (23,6)	12,5 (24,0)	0,72
HADS-Ansiedade	8,38 (3,8)	8,73 (5,1)	0,77
HADS-Depressão	5,28 (4,5)	6,1 (4,8)	0,51

\*Desvio-Padrão. †p-valor proveniente do teste t de Student.

Na avaliação da limitação funcional, os pacientes com estenose lombar apresentaram média de 53,2% (D.P.=11,9), enquanto os pacientes com estenose cervical apresentaram média de 40,2% (D.P.=17,5). As figuras 1 e 2 apresentam a distribuição do grau de incapacidade dos participantes com estenose lombar e cervical, respectivamente, avaliada pelos instrumentos ODI e NDI.



**Figura 1 - Resultados da medida do instrumento específico *Oswestry Disability Index* (ODI) para limitação funcional entre os participantes com estenose na região lombar**



**Figura 2 - Resultados da medida do instrumento específico *Neck Disability Index* (NDI) para limitação funcional entre os participantes com estenose na região cervical**

Na avaliação das expectativas dos 54 pacientes com o tratamento cirúrgico, em oito dos dez itens, a maioria dos participantes esperava estar “muito melhor”. Apenas no item “Dor nas pernas” a maioria dos participantes esperava estar “melhor” (42,6%). No item “Dor nas costas”, as frequências de participantes que esperavam estar “muito melhor” e “melhor” foram equivalentes (33,3%). O item “Dor nas costas” teve maior porcentagem de respostas para a opção não aplicável (25,9%) (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição da frequência das respostas para as expectativas dos 54 participantes frente ao tratamento cirúrgico. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2014**

Expectativas	Muito melhor %	Melhor %	Um pouco melhor %	Sem melhora %	Pior %	Não se aplica %
Dor nas pernas	40,7	42,6	5,6	-	-	11,1
Dor nas costas	33,3	33,3	7,4	-	-	25,9
Dor no pescoço*	24,1	11,1	-	-	-	5,6
Dor nos braços*	18,5	11,1	3,7	-	-	7,4

Expectativas	Muito melhor %	Melhor %	Um pouco melhor %	Sem melhora %	Pior %	Não se aplica %
Capacidade para caminhar	48,1	37,0	11,1	1,9	-	1,9
Independência atividades diárias	57,4	31,5	7,4	-	1,9	1,9
Atividades esportivas	44,4	42,6	5,6	1,9	-	5,6
Capacidade física em geral	48,1	38,9	11,1	-	1,9	-
Frequência e qualidade Contatos sociais	50,0	42,6	3,7	1,9	-	1,9
Bem-estar mental	57,4	37,0	-	5,6	-	-

\*Itens respondidos somente pelos 22 participantes com estenose na região cervical.

Na avaliação da expectativa da melhora com o estado geral de saúde, dois tiveram dificuldades para avaliar a expectativa por meio do instrumento usado, sendo um do grupo de estenose na região lombar e um do grupo com estenose na região cervical. Entre os 52 que responderam a questão, foi obtida uma média de 8,24 centímetros (DP=1,8), indicando a mesma expectativa otimista frente ao tratamento cirúrgico.

## DISCUSSÃO

Encontramos, neste estudo, que os pacientes com estenose cervical apresentaram pior avaliação no domínio Dor, quando comparados àqueles com estenose lombar. Este domínio do SF-36 é composto de duas questões: uma avalia a intensidade da dor no corpo em geral, enquanto a outra avalia o quanto a dor interferiu no trabalho normal do indivíduo (fora e dentro de casa).

Tal achado pode ser explicado pelo fato de que a cervicálgia, a dor nos braços e mãos impede o indivíduo de realizar pequenas tarefas no dia a dia como, por exemplo, abotoar camisas e pegar objetos pequenos em cima dos móveis, criando maior dependência de outras pessoas. Resultados sobre a comparação da QVRS entre os pacientes com estenose lombar e cervical não foram encontrados, exceto aqueles provenientes de um estudo realizado em Caxias do Sul, em que os autores encontraram piores médias nos domínios Aspectos físicos (lombar M=11,0 *versus* cervical M=15,62), Capacidade funcional (lombar M=31,93 *versus* cervical M=41,77) e Dor (lombar M=26,71 *versus* cervical M=26,21), e que não corroboram com aqueles obtidos em nosso estudo.<sup>6</sup>

Já no domínio Capacidade funcional, os participantes com estenose lombar apresentaram pior avaliação, quando comparados àqueles com estenose cervical. Este domínio avalia a limitação do indivíduo em relação a atividades básicas como tomar banho, andar, subir escadas, ajoelhar-se e carregar objetos; também avalia a limitação considerando atividades moderadas (varrer a casa, jogar

bola) e vigorosas (correr, participar em esportes árduos).<sup>27</sup> Os pacientes com estenose lombar apresentam, como principais sintomas, dor, formigamento e fraqueza nas pernas e nas costas.<sup>13</sup> Esses sintomas, provavelmente, contribuem para a piora da Capacidade funcional. Pacientes com estenose cervical apresentam sintomas de dor, formigamento e fraqueza frequente no pescoço e nos braços, o que justificaria a menor limitação para realização dos itens avaliados neste domínio do SF-36.<sup>7,35</sup>

Ao compararmos os nossos resultados com aqueles obtidos na população geral do Brasil,<sup>35</sup> constatamos que há uma diferença de mais de 50 pontos entre os pacientes com estenose espinal e a população geral, nos domínios Aspectos físicos e Capacidade funcional do SF-36. Tais resultados podem demonstrar o quanto a QVRS está prejudicada em pacientes com estenose espinal.

No entanto, nos domínios Saúde mental e Aspectos emocionais do SF-36, as médias foram menores do que 60 pontos, o que indica baixa QVRS, considerando que no estudo realizado com uma amostra da população brasileira; estas médias estão acima dos 70 pontos em mulheres entre 45 a 64 anos, sem doença crônica e sem sintomas de ansiedade e depressão.<sup>36</sup>

Além da avaliação da QVRS, comparamos a presença de sintomas de ansiedade e depressão, segundo o local de estenose espinal (lombar ou cervical), visto que, os fatores psicológicos, como depressão e ansiedade podem estar presentes nos indivíduos com estenose na coluna vertebral, por ser uma doença crônico-degenerativa que acomete pessoas mais idosas e proporciona, a estes indivíduos, condições debilitantes e dolorosas. Sendo assim, a relação de dor, pior QVRS, aumento da incapacidade, depressão e ansiedade coexiste.<sup>37</sup>

Na comparação das médias do escore da HADS-Ansiedade e HADS-Depressão, segundo o local de estenose espinal (lombar ou cervical), foi possível constatar que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

Apesar de não termos constatada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, as avaliações de fatores psicológicos têm sido muito comentadas atualmente, devido a uma possível influência negativa de sintomas de ansiedade e depressão em bons prognósticos, após a cirurgia. Além disso, alguns estudos têm avaliado os sintomas de depressão, no sentido de existir uma possível associação com a má qualidade de vida.<sup>11-13,38</sup> Em uma revisão sistemática, os autores concluíram que a depressão pode prever resultados desfavoráveis em relação à capacidade funcional e a gravidade dos sintomas provocados por doenças degenerativas da coluna, como a estenose espinhal.<sup>37</sup>

Em relação à limitação funcional, os participantes com estenose lombar possuíam cerca de 10% mais limitação funcional do que aqueles com estenose na região cervical. Em estudos internacionais, foram obtidas médias parecidas como as obtidas no grupo estudado, variando de 40% a 50% para o grau de limitação funcional em pacientes que possuíam doenças degenerativas na coluna, na região lombar, e doenças degenerativas na coluna na região cervical, respectivamente.<sup>17,21</sup>

Na avaliação da expectativa, a maioria dos participantes esperava estar muito melhor e melhor em relação aos sintomas da doença, após o procedimento cirúrgico. Resultado semelhante ao obtido no estudo que elaborou a questão usada em nossa avaliação das expectativas.<sup>20</sup> Os resultados do grupo diferem do estudo com pacientes suíços para os itens Capacidade física no geral e Bem-estar mental. A maioria dos pacientes respondeu "sem melhora", enquanto nossos participantes esperavam estar "muito melhor".<sup>20</sup> Em outros dois estudos, foram avaliados as expectativas dos pacientes em relação a melhora dos sintomas, um utilizou uma questão fechada de múltipla escolha e a maioria dos pacientes estavam otimistas em relação a melhora dos sintomas após sua cirurgia de coluna.<sup>33</sup> Já no outro estudo, realizado nos Estados Unidos, foi utilizada uma Escala Visual Analógica (EVA) e obtiveram-se as médias de 6,7 para dor nos braços e 5,3 para dor no pescoço.<sup>39</sup>

Com os resultados deste estudo, observamos o quanto os pacientes esperavam que seu estado de saúde geral e os principais sintomas da doença se modificassem após o procedimento cirúrgico. Estes achados contribuem para a tomada de decisões da equipe de saúde em relação ao período perioperatório e de reabilitação. Destacamos a necessidade de criação de programas educativos que orientem o paciente sobre seu problema de saúde e o objeti-

vo da cirurgia, para que ele tenha uma expectativa realista sobre o que poderá acontecer após este procedimento.

Em relação ao perfil dos pacientes e as expectativas irrealistas sobre o resultado da cirurgia, a equipe de enfermagem, que permanece a maior parte do tempo prestando cuidados a estes pacientes no perioperatório, pode melhorar a abordagem garantindo uma linguagem de fácil entendimento e realizando a assistência de enfermagem voltada para orientações com destaque para a alta hospitalar e a reabilitação no domicílio.

## CONCLUSÃO

Ao compararmos os grupos de pacientes, segundo o local da estenose espinhal, não constatamos diferenças estatisticamente significantes para as variáveis ansiedade, depressão e a maioria dos domínios da QVRS, com exceção para Dor e Capacidade funcional. Embora tenham relatado grau moderado de limitação funcional, tanto os pacientes com estenose lombar quanto os com cervical desejavam uma grande melhora dos sintomas desencadeados pela estenose após a cirurgia da coluna. Esses resultados são importantes para o planejamento da reabilitação destes indivíduos, uma vez que a Dor e a Capacidade funcional impactam de maneira diferente na qualidade de vida. Aqueles com estenose cervical referem impacto da dor, enquanto os com estenose lombar atribuem à capacidade funcional o maior comprometimento da qualidade de suas vidas. Outro resultado importante é considerar uma orientação mais realística dos possíveis resultados do tratamento cirúrgico sobre as suas limitações, uma vez que a maioria dos entrevistados esperava uma grande melhora após a cirurgia.

Por fim, consideramos que a generalização dos achados deve ser feita com cautela, uma vez que dentre as limitações do nosso estudo está o número pequeno da amostra, que se justifica pelo fato dos participantes terem sido recrutados em uma única instituição hospitalar, e apesar desta instituição realizar mais de 100 procedimentos cirúrgicos ao ano, há uma grande diversidade de afecções da coluna vertebral. Desta forma, a especificidade da doença estenose espinhal dificultou um tamanho de amostra maior para responder as questões do estudo. Um outro aspecto a ser considerado é a dificuldade encontrada por alguns dos participantes em compreender os itens e escalas de respostas dos instrumentos utilizados, especialmente aqueles que possuem várias opções de respostas como os itens dos domínios Saúde mental e Vitalidade do SF-36.

Essas dificuldades podem ser justificadas pela baixa escolaridade, presença de dor e desconforto no momento da coleta de dados entre os participantes. Eles também apresentaram dificuldades em avaliar a expectativa com o procedimento cirúrgico por meio da EVAN, e tiveram que ser orientados três vezes para entenderem de que forma marcariam na escala. O uso de um instrumento elaborado para pacientes com estenose lombar para avaliação de pacientes com estenose cervical é outra limitação de estudo. Entretanto, ressaltamos que não encontramos, até o início da coleta do estudo, outro instrumento disponível para avaliação da expectativa no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. North American Spine Society. Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis [Internet]. Burr Ridge, IL: North American Spine Society; c2011 [acesso 2015 Out 06]. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>
2. Park MS, Moon SH, Kim TH, Oh JK, Lyu HD, Lee JH, Riew KD. Asymptomatic stenosis in the cervical and thoracic spines of patients with symptomatic lumbar stenosis. *Global Spine J*. 2015; 5(5):366-371.
3. Iizuka H, Takahashi K, Tanaka S, Kawamura K, Okano Y, Oda H. Predictive factors of cervical spondylotic myelopathy in patients with lumbar spinal stenosis. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2012;132(5):607-11.
4. Lee SY, Kim TH, Oh JK, Lee SJ, Park MS. Lumbar stenosis: A recent update by review of literature. *Asian Spine J* 2015; 9(5):818-28.
5. Sirvanci M, Bhatia M, Ganiyusufoglu KA, Duran C, Tezer M, Ozturk C, et al. Degenerative lumbar spinal stenosis: correlation with Oswestry disability index and MR imaging. *Eur Spine J*. 2008 May; 17(5):679-85.
6. Brandt RA, Wajchenberg M. Estenose do canal vertebral cervical e lombar. *Einstein*, 2008; 6(Supl 1):S29-32.
7. Falavigna A, Righesso Neto O, Teles AR. Avaliação clínica e funcional no pré-operatório de doenças degenerativas da coluna vertebral. *Coluna*. 2009 Jul-Set; 8(3):245-53.
8. North American Spine Society. Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders [Internet]. Burr Ridge, IL: North American Spine Society; c2010 [acesso 2015 Out 06]. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>
9. Lurie JD, Tosteson TD, Tosteson A, Abdu WA, Zhao W, Morgan TS, Weinstein JN. Long-term outcomes of lumbar spinal stenosis: eight-year results of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)* 2015 Jan;40(2):63-76.
10. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson AN, Blood E, Hanscom B, et al. Surgical versus Nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. *N Engl J Med* 2008 Feb; 358(8):794-810.
11. Luo X, Edwards CL, Richardson W, Hey L. Relationship of clinical, psychological, and individual factors with the functional status of neck pain patients. *Value Health*. 2004 Jan-Feb; 7(1):61-9.
12. Pacola LM, Nepomuceno E, Dantas RAS, Costa HRT, Cunha DCPT, Herrero CFPS. Qualidade de vida relacionada saúde e expectativas de pacientes antes do tratamento cirúrgico da estenose lombar. *Coluna*. 2014 Jan-Mar; 13(1):35-8.
13. Lubelski D, Thompson NR, Bansal S, Mroz TE, Mazanec DJ, Benzel EC, et al. Depression as a predictor of worse quality of life outcomes following nonoperative treatment for lumbar stenosis. *J Neurosurg Spine*. 2015 Mar; 22(3):267-72.
14. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res*. 2001; 10(7):621-35.
15. Jansson K, Granath F. Health-related quality of life (EQ-5D) before and after orthopedic surgery. *Acta Orthop*. 2011 Feb; 82(1):82-9.
16. Fontal JAB, Granell JB, Olmo JG, Busquets RR, PPrats FP, Leal CV. Evaluation of health-related quality of life in patients candidate for spine and other musculoskeletal surgery. *Eur Spine J*. 2013 May; 22(5):1002-9.
17. Boakye M, Moore R, Kong M, Skirboll SL, Arrigo RT. Health-related quality-of-life status in Veterans with spinal disorders. *Qual Life Res*. 2013 Feb; 22(1):45-52.
18. Bechara AHS, Zuiani GR, Risso Neto MI, Cavali PTM, Veiga IG, Pasqualini W, et al. Evolução dos questionários Oswestry 2.0 e do componente físico do SF-36 durante o primeiro ano de pós-operatório de artrodese da coluna lombar em doenças degenerativas. *Coluna* 2013; 12(2):128-32
19. Park YK, Moon HJ, Kwon TH, Kim JH. Long-term outcomes following anterior foraminotomy for one- or two-level cervical radiculopathy. *Eur Spine J*. 2013 Jul;22(7):1489-96.
20. Mannion AF, Junge A, Elfering A, Dvorak J, Porchet F, Grob D. Great expectations: really the novel predictor of outcome after spinal surgery? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Jul; 34(15):1590-9.
21. Mancuso CA, Cammisa FP, Sama AA, Hughes AP, Girardi FP. Development of an Expectations Survey for Patients Undergoing Cervical Spine Surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Apr 20; 38(9):718-25.
22. Gepstein R, Arinzon Z, Adunsky A, Folman Y. Decompression surgery for lumbar spinal stenosis in the elderly: preoperative expectations and

- postoperative satisfaction. *Spinal Cord*. 2006 Jul; 44(7):427-31.
23. Saban KL, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J Neurosci Nurs*. 2007 Jun; 39(3):180-9.
24. Soroceanu A, Ching A, Abdu W, McGuire K. Relationship between preoperative expectations, satisfaction, and functional outcomes in patients undergoing lumbar and cervical spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012 Jan; 37(2):E103-8.
25. Lanzoni GMM, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2015 Mar [cited 2016 June 29]; 24(1):270-278. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100270](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100270)
26. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
27. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 items short-form health survey (SF-36) – I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun; 30(6):473-83.
28. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999 Mai-Jun; 39(3):143-50.
29. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun; 67(6):361-70.
30. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilético ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998 Jun; 47(6):285-289.
31. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Nov; 25(22):2940-52.
32. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian portuguese version of the oswestry disability index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb; 32(4):481-6.
33. Vernon H, Mior S. The neck disability index: A study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther*. 1991 Sep; 14(7):409-15.
34. Cook C, Richardson JK, Braga L, Menezes A, Soler X, Kume P, et al. Cross-Cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the neck disability index and neck pain and disability scale. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006 Jun; 31(14):1621-7.
35. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*. 2007 Jun; 129(3):332-42.
36. Cruz LN, Fleck MPA, Oliveira MR, Camey AS, Hoffmann JF, Bagattin AM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde no Brasil: dados normativos para o SF-36 em uma amostra da população geral do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Jul; 18(7):1911-21.
37. Mckillop AB, Carroll LJ, Batié MC. Depression as a prognostic factor of lumbar spinal stenosis: a systematic review. *Spine J*. 2014 May; 14(5):837-46.
38. Cobo Soriano J, Revuelta MS, Fuente MF, Díaz IC, Ureña PM, Meneses RD. Predictors of outcome after decompressive lumbar surgery and instrumented posterolateral fusion. *Eur Spine J*. 2010 Nov; 19(11):1841-8.
39. Carr FA, Healy KM, Villavicencio AT, Nelson EL, Mason A, Burneikiene S, et al. Effect on clinical outcomes of patient pain expectancies and preoperative Mental Component Summary scores from the 36-Item Short Form Health Survey following anterior cervical discectomy and fusion. *J Neurosurg Spine*. 2011 Nov; 15(5):486-90.