

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

DM
CAST/F. 1

**QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES
COLECISTECTOMIZADOS POR
COLECISTITE AGUDA: CIRURGIA
CLÁSSICA *versus* CIRURGIA
LAPAROSCÓPICA**

**FRANCISCA RITA VALÉRIO ANTUNES VARELA BICHA CASTELO
LISBOA, 2001**



14510

CDP
ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação
Registo: 14510
Data: 17.11.2003
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

A tradição recomenda que se dediquem as dissertações para obtenção de graus académicos a quem, no entender do candidato, mais se salientou no contributo válido para a mesma.

Permitimo-nos ser originais ao salientar apenas e só o Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, orientador desta dissertação, pelo muito que aprendemos, pelo seu apoio constante e incondicional.

À Família e aos Amigos a nossa gratidão.

No fim de contas, talvez não tenha nascido demasiado tarde.

Talvez não seja demasiado tarde para aprender.

Biplano

ÍNDICE

ÍNDICE	5
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO / REFERENCIAL TEÓRICO	12
Cirurgia das Vias Biliares	13
Cirurgia Laparoscópica	17
História	17
Conceito	22
Particularidades Específicas	24
Formação e Treino	27
Praticabilidade Actual	29
Aplicabilidade	31
Eficácia	32
Segurança	32
Qualidade de Vida	34
Abordagem Geral	34
Perspectiva Histórica	39
Conceito	43
Qualidade de Vida e Saúde	46
Qualidade de Vida na perspectiva do Doente <i>versus</i> Profissional de Saúde	53
Colecistectomia e Qualidade de Vida	54
Revisão da Literatura	56
Objectivo do Estudo	57

MÉTODOS	59
Participantes	59
Material	60
CRF (<i>Case Report Form</i>)	60
Questionário SF-36	61
Desenho de Investigação	64
Procedimentos	64
Estatística	65
RESULTADOS	67
Resultados Descritivos	67
Parâmetros sócio-demográficos	67
Antecedentes de Doença Litiásica	69
Episódio Agudo de Doença	69
Antecedentes Pessoais	71
Patologia Vesicular	71
Patologia Acompanhante	72
Avaliação geral dos resultados do SF-36	73
Análise dos resultados obtidos no questionário SF36	75
Avaliação comparativa global	75
Avaliação comparativa dos resultados do SF-36 para Colectomia clássica	79
Avaliação comparativa dos resultados do SF-36 para Colectomia laparoscópica	84
Comparação das características basais entre grupos de cirurgia	88

Comparação dos resultados obtidos no SF-36	
entre grupos de cirurgia	91
DISCUSSÃO	98
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	111
I Análise comparativa da segurança da abordagem	
laparoscópica multinacional	
II Autorização Hospitalar	
III Convocatória de Doentes	
IV Consentimento Informado	
V CRF (<i>Case Report Form</i>)	
VI Questionário SF-36	
VII Matrizes	

LISTA DE QUADROS

1	–	Distribuição dos participantes por sexo	67
2	–	Medidas de tendência central e dispersão relativas à idade dos participantes	67
3	–	Distribuição dos participantes por estado civil	68
4	–	Distribuição dos participantes por situação profissional	68
5	–	Distribuição dos participantes por escolaridade	68
6	–	Caracterização dos antecedentes de doença litíásica	69
7	–	Primeiro episódio de doença	69
8	–	Caracterização do 1º episódio agudo de doença	70
9	–	Distribuição dos participantes por ocorrência de tratamento hospitalar	70
10	–	Antecedentes pessoais	71
11	–	Importância clínica da patologia vesicular	72
12	–	Proposta cirúrgica prévia em patologia vesicular	72
13	–	Patologias acompanhantes	73
14	–	Gravidade de patologia locomotora	73
15	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36	74
16	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por sexo	75
17	–	Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes	76
18	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por situação profissional	76
19	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por escolaridade	77
20	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia cardio-vascular	78
21	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia locomotora	78
22	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem antecedentes de diabetes	79
23	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por sexo	80
24	–	Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes	80
25	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por situação profissional	81
26	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por escolaridade	81
27	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia cardio-vascular	82
28	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia locomotora	83
29	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem diabetes	83
30	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por sexo	84
31	–	Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes	85
32	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por situação profissional	85
33	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 por escolaridade	86

34	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia cardio-vascular	86
35	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem patologia locomotora	87
36	–	Pontuações médias para as escalas do SF-36 em participantes com e sem diabetes	87
37	–	Características socio-demográficas basais entre grupos de cirurgia	89
38	–	Características relativas à história médica basal entre grupos de cirurgia	91
39	–	Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia	92
40	–	Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia em participantes com patologia cardio-vascular	93
41	–	Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia em participantes sem patologia cardio-vascular	93
42	–	Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia em participantes com antecedentes de diabetes	94
43	–	Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 em participantes sem antecedentes de diabetes	95

RESUMO

Sendo a Qualidade de Vida (QdV) um tema relativamente pouco estudado em doentes cirúrgicos submetidos a Colecistectomia, possível de efectuar sob duas abordagens cirúrgicas muito diferentes, decidimos realizar um estudo que permitisse responder a esta questão em aberto: qual o impacto em termos de QdV da moderna abordagem laparoscópica (cavidade abdominal fechada) quando comparado com o acesso cirúrgico clássico (cavidade abdominal aberta).

A escolha da Colecistite Aguda prende-se com o facto de ser a única entidade nosológica capaz de poder constituir-se como modelo clínico para este tipo de investigação.

Para além deste objectivo principal avaliámos ainda a existência ou não de diferenças na QdV destes doentes entre os sexos, grupos etários e nível de actividade profissional.

Utilizámos uma amostra de conveniência de 120 participantes, que se distribuíram equitativamente por cada um dos grupos de cirurgia, com idades que variaram entre os 22 e os 74 anos, a maioria era do sexo feminino (78,3%) e de raça caucasiana (99,2%).

Como instrumento de medição para o estudo de avaliação da Qualidade de Vida utilizámos o Questionário SF-36 que foi respondido presencialmente por todos os doentes, no qual se verificaram as melhores pontuações nas dimensões relativas à função social, dor corporal e saúde mental. As pontuações médias mais baixas estavam relacionadas com o desempenho físico. Os participantes do sexo masculino obtiveram pontuações significativamente superiores no desempenho emocional, saúde mental e vitalidade.

Os resultados apontaram igualmente para a existência de uma relação directa entre a idade dos participantes e a função física, saúde geral, saúde mental e vitalidade, ou seja, participantes com idades mais avançadas obtêm pontuações mais baixas nestas dimensões.

Os dois grupos de participantes, diferenciados pelo tipo de colecistectomia a que foram submetidos, mostraram-se homogéneos no que diz respeito às características sócio-demográficas referidas anteriormente.

O estudo das pontuações do SF-36 entre grupos de cirurgia, permite concluir não existirem diferenças significativas na função física e saúde geral. Os dois grupos de participantes mostraram-se idênticos no que diz respeito a estas duas dimensões.

Relativamente à dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, função social, saúde mental e vitalidade, os participantes que foram sujeitos a uma colecistectomia laparoscópica apresentaram, em média, pontuações superiores e como tal melhor qualidade de vida, quando avaliada sobre estes campos.

Em conclusão, podemos assim afirmar que os doentes com Colecistite Aguda operados por técnica laparoscópica têm melhor Qualidade de Vida do que os doentes submetidos a intervenção cirúrgica clássica.

ABSTRACT

Quality of Life (QoL) is a poorly investigated subject in surgical patients undergoing cholecystectomy, a quite common disorder with 2 different surgical procedures.

For that reason we have decided to conduct a study to answer an open question: what is the impact in terms of QoL of the recent laparoscopic technique when compared with the classical surgical approach, in patients undergoing cholecystectomy for acute cholecystitis?

We have chosen this clinical entity - acute cholecystitis - due to the fact it's the only one which enables a suitable clinical model for this type of research.

Besides the main objective, we have also evaluated the differences in QoL between gender, age groups and professional activity.

We've included 120 subjects, divided in 2 well balanced groups (the 2 different surgical approaches), aged between 22-74, more women than men (78,3%) and the great majority white (99,2%). 75,8% of these patients were married, 58,3% professionally active, and 51,7% have spent 6-10 years in school.

We've used the SF-36 QoL questionnaire, validated in Portuguese. All patients duly fulfilled this questionnaire.

In which the SF-36 questionnaire is concerned, the best scores were in the social functioning, bodily pain and mental health dimensions. The lower median scores were related to physical function.

The results have shown a direct link between age and physical function, general health and energy/vitality, i.e., that older patients got lower scores in these 3 items.

Regarding professional status, the best scores were for physical function and general health in the professional active group of patients, when compared to those who are retired. Again, this group showed better scores in those patients with higher studies.

The 2 groups of patients, splitted by type of surgery, were homogeneous in which socio-demographic characteristics are concerned.

SF-36 questionnaire showed no difference in physical function and general health between the 2 groups. Regarding bodily pain, emotional performance, physical function, social functioning, mental health and energy/vitality, patients submitted to laparoscopic cholecystectomy showed higher scores and consequently better QoL.

In summary, we can say that patients undergoing surgery for acute cholecystitis have better QoL when submitted to laparoscopic procedure when compared to the classical surgical approach.

INTRODUÇÃO / REFERENCIAL TEÓRICO

A análise crítica da importância do acesso cirúrgico - entre a moderna laparoscopia e a clássica laparotomia - sobre a Qualidade de Vida de doentes operados por Colecistite Aguda, impõe uma nota introdutória reflexiva sobre a sua fundamentação.

A importância da avaliação da resposta do doente cirúrgico entendido como um todo, unitário na sua complexidade biológica, clínica e psicológica, e a actualidade desta perspectiva, justificará sempre a opção por um estudo sobre Qualidade de Vida, entendido na conceptualidade holística do indivíduo. Para além disso a cirurgia laparoscópica é recente, introduzida no *armamentarium clínico* em 1987 e consensualmente reconhecida como eficiente em 1992 (Consensus Conference NIH) e desenvolvida em ambiente e segundo princípios e técnicas específicas.

A este propósito importa salientar, desde já, que se trata de um tipo de cirurgia realizada sob condições de acesso mínimo e numa cavidade abdominal que permanece fechada, ou seja, em condições diametralmente opostas às que caracterizam a cirurgia clássica.

A colecistite aguda é uma entidade nosológica comum, com indicação formal para tratamento cirúrgico sob condições de *acesso mínimo* e uma patologia que ainda não mereceu o cuidado de investigação em termos de Qualidade de Vida, perspectiva que até hoje tem privilegiado as doenças crónicas, incapacitantes ou neoplásicas.

Assim sendo, entendemos realizar este estudo dirigido à avaliação comparativa da Qualidade de Vida de doentes submetidos a Colectomia por via clássica e por via laparoscópica, tendo como ponto de partida alguns trabalhos neste domínio basicamente dirigidos à via cirúrgica tradicional. Os aspectos comparativos foram apenas alvo de um trabalho publicado que detalhamos no capítulo respectivo, o que em nossa opinião reforça a oportunidade desta investigação em Qualidade de Vida de doentes cirúrgicos, submetidos a

um tipo de intervenção que revolucionou a modernidade cirúrgica e que *à priori*, traz grandes benefícios para os doentes que a ela se submetem.

Para além do facto da colecistectomia laparoscópica ser considerada como terapêutica “gold standard” da litíase vesicular sintomática, ela é também modelo de aprendizagem deste acesso cirúrgico. Esta foi mais uma razão para que esta patologia constituísse um modelo de aprendizagem mais completo, permitindo assim alargar o horizonte do conhecimento técnico numa perspectiva mais abrangente e globalizante – a do doente e do impacto da uma técnica inovadora na sua Qualidade de Vida.

As principais vantagens da abordagem cirúrgica laparoscópica sobre a técnica clássica são a menor dor pós-operatória e o mais rápido retorno ao status funcional normal, mas, como referimos, muito poucos estudos incluíram medições validadas da Qualidade de Vida (QdV) como *endpoints*.

Cirurgia das Vias Biliares

O desenvolvimento dos conhecimentos em áreas tão diferentes como são a fisiologia, a anatomia e a dissecação cirúrgica e, fundamentalmente da anestesia, foram os grandes responsáveis pela evolução da cirurgia durante o último quartel de Século XIX.

Foi durante o período decorrido entre 1880 e 1925 que, concomitantemente com o despontar da cirurgia Americana, as grandes Escolas Francesa e Germânica, e os grandes Mestres, descreveram e realizaram, com sucesso, a generalidade das, actualmente ainda consideradas, grandes intervenções cirúrgicas.

Foram, de facto e fundamentalmente, Péan, Billroth e Hallsted os grandes responsáveis pela mudança de conceitos, atitudes e perspectivas.

Ao fazerem reconhecer que o êxito operatório se devia tanto ao rigor do gesto como ao correcto entendimento fisiopatológico do fenómeno responsável pela sua indicação, atribuíram dimensão clínica à prática cirúrgica.

A cirurgia deixou, então, de ser entendida apenas como uma mera componente artesanal que, exigente quanto ao rigor do gesto e à perícia da manipulação dos instrumentos, estava entregue à classe menor dos *barbeiros*, para passar a ser considerada como uma, digna e particular, forma de exercício da ciência médica.

É devido ao facto de terem sido os primeiros líderes das suas Escolas que o germânico Karl Langenbush, pela cirurgia da vesícula biliar, o francês Jules Péan e o austríaco Theodore Billroth, pela cirurgia gástrica, e o americano William Halsted, pela cirurgia da mama, são universal e consensualmente reconhecidos como os grandes Mestres da Época de Ouro da Cirurgia e os *Pais* da modernidade cirúrgica.

Logo em 1882, Karl Lengenbush efectuou, com êxito no homem, a primeira intervenção de dissecação fina e preciso conhecimento anatómico como é a colecistectomia. Contudo, as gastrectomias de Péan e Billroth, realizadas respectivamente em 1882 e 1889 permitiram-lhes particular protagonismo porque, em contraste com a colecistectomia, a gastrectomia é uma intervenção complexa, de dissecação delicada e exigente em termos de hemostase, ressecção e sutura.

O facto de serem, ainda, os seus princípios e tempos que regem a actual cirurgia gástrica, é elucidativo da dimensão técnica e científica de Péan e Billroth.

Assim e com a responsabilidade do primeiro passo da longa caminhada que tem vindo a constituir o desenvolvimento da cirurgia das vias biliares, Karl Langenbush é, também e inequivocamente, um dos responsáveis pelo início da moderna cirurgia digestiva.

Em síntese, poder-se-á descrever a técnica cirúrgica proposta por Langenbush para a realização da colecistectomia dizendo que começava por uma incisão da parede abdominal, a que se seguia a exposição do espaço infra-hepático direito para visualização da vesícula biliar. Seguia-se, depois, a identificação do canal cístico e da artéria cística, elementos anatómicos que constituem o pedículo cístico e a sua relação com o pedículo hepático, particularmente com a via biliar principal e, também, com a artéria hepática, sendo excepcional a necessidade de expor para visualização e tratamento directo a veia porta. Após a referida dissecação anatómica, segue-se a laqueação e secção dos elementos do pedículo cístico - artéria e canal cístico - e a dissecação e descolamento da vesícula biliar do seu leito hepático, tempo que completa a colecistectomia.

Depois da larga incisão sub-costal direita, que uns anos mais tarde foi proposta e standardizada por Kocher, foram propostas outras laparotomias, nomeadamente as paramedianas e a mediana supra-umbilical. Independentemente do tipo e topografia da incisão parietal, impunha-se que ela fosse longa, para permitir um acesso fácil e amplo à cavidade peritoneal.

Consequência natural dessas grandes incisões da parede abdominal eram a dor e o longo período necessário para a cicatrização dos seus diferentes planos musculares e aponevróticos, responsáveis pelo incómodo, profunda limitação e lenta recuperação que caracteriza o período pos-operatório desta intervenção.

Depois de Langenbush, foram necessários 50 anos para que o argentino Eduardo Mirizzi introduzisse, na prática cirúrgica, a colangiografia intra-operatória, técnica que permite a visualização de todo o sistema biliar intra - e extra-hepático, através de um exame radiográfico efectuado após injeção de contraste rádio-opaco na via biliar principal.

Descrita em 1932, o seu impacto no diagnóstico e consequente tratamento da litíase da via biliar principal permitiu-lhe, além da universalidade da prática, o reconhecimento como o segundo marco da evolução técnica e científica da cirurgia biliar.

A 3ª etapa surge com a realização da Colangio-Pancreatografia Retrógrada Endoscópica (C.P.R.E.), complementada com a Esfincterotomia Endoscópica (E.T.E.) introduzida, já na década de 70 do século passado, por Vennes (1974).

As suas potencialidades e correspondente eficácia de resultados, fizeram com que as perspectivas e estratégias terapêuticas da patologia biliar fossem profundamente alteradas depois da sua generalização.

Finalmente, Phillipe Mouret, ao realizar em 1987 a primeira Colecistectomia Laparoscópica, inicia a 4ª e última etapa deste longo percurso que tem vindo a ser percorrido desde há mais de um século, na procura do aumento da eficácia e tolerância da cirurgia biliar.

Mas, quando falamos de Colecistectomia Laparoscópica estamos efectivamente a falar de quê?

Naturalmente que a colecistectomia é a mesma, ou seja, é a intervenção que permite a remoção cirúrgica da vesícula biliar, efectuada segundo os mesmos princípios técnicos e os tempos operatórios de Lagenbusch e acima descritos.

A diferença está no acesso à cavidade peritoneal.

Ao contrário da grande incisão da parede abdominal, que caracteriza as grandes intervenções efectuadas pelos grandes cirurgiões responsáveis pelo início da era cirúrgica na transição do Século XIX para o Século XX, a cirurgia laparoscópica é caracterizada pelas pequenas incisões parietais que, face aos avanços tecnológicos, torna acessível à exploração e intervenção cirúrgica a cavidade peritoneal.

O seu impacto foi tal que, em 1990 e em Editorial, o *American Journal of Surgery* não hesitou em considerar a Colecistectomia Laparoscópica como “*the second French revolution*” - Cushman (1990).

Cirurgia Laparoscópica

História

Desde os tempos mais remotos que a curiosidade foi empurrando o homem para caminhos que, sob diferentes âmbitos, perspectivas e dimensões, foram sendo responsáveis pela evolução e desenvolvimento da ciência e do conhecimento.

Um dos primeiros alvos da curiosidade humana terá sido, certamente, despertada pelo interesse da descoberta do seu próprio corpo.

Primeiro pela morfologia e depois pela dinâmica e potencialidades físicas.

Assim, ao estudo do *habitus externus*, seguiu-se a procura do conhecimento do *habitus internus*, que teve em Leonardo da Vinci, em Vesalius e, depois, em William Harvey os iniciadores do conhecimento científico da anatomia e da fisiologia.

Contudo, mesmo depois de 1543, data da publicação da obra prima de Vesalius, a *De Humani Corporis Fabrica*, os tempos do desenvolvimento do conhecimento da anatomia e da fisiologia, bases nucleares da ciência médica, foram conturbados, face ao princípio de recusa sistemática com que a Igreja da Inquisição proscruvia os estudos realizados em cadáveres.

Ultrapassado esse período e até ao final do início do Século XIX, a prática cirúrgica, ou seja, a componente artesanal da ciência médica, foi sendo considerada, como antes já foi assinalado, como um tempo menor da arte médica. Na verdade, ao contrário do respeito que era dedicado aos médicos ou físicos, a prática cirúrgica não era socialmente considerada. Face à perícia com que manejavam os instrumentos cortantes, os cirurgiões eram indivíduos eleitos dentro da *classe dos barbeiros*.

Não será difícil admitir que a insaciável curiosidade e inteligência humana tenha, desde os tempos mais remotos, incentivado à criação de instrumentos que, apesar de muito rudimentares, permitissem de forma muito elementar a observação do interior do corpo humano vivo.

Nasceu, assim, a fase endoscópica da investigação clínica.

A Laparoscopia e posteriormente a Cirurgia Laparoscópica são técnicas, cuja história e evolução cursam paralelamente com o Século XX.

Com efeito, logo em 1901 Kelling, utilizando um cistoscópio, explorou a cavidade abdominal de um cão, para em 1910, o sueco Jacobeus efectuar, pela primeira vez no homem, o estudo das cavidades abdominal e torácica através de uma técnica que denominou por Toraco-Laparoscopia.

Avanço importante foi o conseguido em 1938 por Veress, quando fez construir uma agulha, dotada de um eficaz mecanismo de segurança, para o estabelecimento do pneumotórax. É uma agulha basicamente idêntica a essa que é actualmente utilizada para a insuflação de gás na cavidade peritoneal, ou seja, para o estabelecimento do pneumoperitoneu, tempo inicial de qualquer exploração peritoneoscópica.

No início da década de 60 do século passado, os ginecologistas começaram a demonstrar grande interesse pela cirurgia abdominal endoscópica, assumindo o alemão Kurt Semm posição de particular destaque neste domínio.

Ao desenvolver um conjunto de novos equipamentos em que, pela sua importância, se destacam um insuflador automático e um grande número de instrumentos cirúrgicos, Kurt Semm foi responsável por novo incremento da cirurgia abdominal endoscópica, alargando as indicações e a prática desta cirurgia.

Todavia, antes que a Bioengenharia tivesse desenvolvido sistemas ópticos e de iluminação convenientemente adequados, câmaras de vídeo de pequenas dimensões e grande sensibilidade que, associadas a monitores de alta resolução, reproduzem com grande fiabilidade as imagens que o laparoscópio vai colhendo, a cirurgia trans-peritoneoscópica limitava-se a procedimentos simples. Este facto é de conclusão elementar, se tivermos em consideração que o cirurgião operava controlando a sua actuação por observação directa através da óptica do laparoscópio.

Foi durante esta época e nessas condições técnicas e tecnológicas que Kurt Semm (1983), realizou uma apendicectomia por via laparoscópica, intervenção que, contudo, não despertou, mesmo para Semm, particular atenção e entusiasmo.

A Vídeo - Laparoscopia, introduzida na prática clínica em 1986, retirou a esta técnica o carácter fortemente limitativo que a caracterizava e permitiu o seu desenvolvimento e expansão.

Esta avanço tecnológico foi de tal ordem marcante para a evolução da cirurgia laparoscópica que logo no ano seguinte, em Março de 1987 e na cidade francesa de Lyon, Phillipe Mouret efectuou a primeira Colecistectomia Laparoscópica, intervenção que inaugura a Era da Video-Cirurgia e é responsável pelo movimento único então vivido na História da Cirurgia.

Depois de em 1987 ter permanecido restrita à quase clandestinidade de Phillipe Mouret, a Colecistectomia Laparoscópica, no decurso do ano de 1988, é seguida com algum cepticismo, se não mesmo hostilidade, e efectuada apenas em 8 Centros.

Como antes referimos, a Colecistectomia Laparoscópica é uma intervenção que tem como objectivo a remoção cirúrgica da vesícula biliar efectuada de acordo com o absoluto cumprimento dos tempos operatórios próprios da cirurgia clássica e inicialmente descritos por Langenbush, efectuada em condições de acesso mínimo.

Trata-se, portanto, da mesma intervenção cirúrgica, efectuada segundo os mesmos princípios operatórios e indicada para tratamento de idênticas situações clínicas. De facto, tanto para a colecistectomia como para qualquer outra situação clínica, não é legítima a adulteração de indicações ou princípios, para favorecimento da via de acesso - Bicha Castelo (1996).

Assim, ao contrário da grande incisão sub-costal direita proposta por Kocher, a colecistectomia é efectuada através de 4 pequenas incisões necessárias para colocação de cânulas que mais não são do que portas de entrada na cavidade abdominal. Duas destas cânulas têm 10 mm de diâmetro e são colocadas na cicatriz umbilical e na metade esquerda do epigástro, enquanto as duas restantes, de 5 mm, são colocadas lateralmente à direita, uma no hipocôndrio junto ao rebordo costal e outra no flanco.

É através destas cânulas que são introduzidos o laparoscópio, que adaptado à câmara de vídeo vai permitir visualizar as imagens e os gestos operatórios, e os instrumentos com que se realizará a intervenção.

Foram seus pioneiros, os europeus Phillipe Mouret em Lyon, François Dubois em Paris (1989), Jacques Périssat em Bordeaux (1990), Alfred Cushieri em Dundee (1990) e os Americanos George Berci, Mc Kearn e Saye, J. Sackier e Eddi Redick e Karl Zucker e Robert Bailey (2001).

Contudo, dois anos bastaram para que, a Colecistectomia Laparoscópica tivesse visto, definitivamente, reconhecidas as suas potencialidades, se assumisse como a intervenção pioneira da era laparoscópica e, ao condicionar a profunda revolução do mundo cirúrgico do final do século, responsável pelo, já referido, movimento ímpar na História da cirurgia.

Foi, porém, a Conferência de Consenso, organizada em Outubro de 1992 pelo o National Institutes of Health, Bethesda - U.S.A., que pôs termo à polémica (1993).

Na sessão de encerramento e já no âmbito das conclusões, John Gollan, o Presidente Conferência condicionou o reconhecimento universal da eficiência da Colecistectomia

Laparoscópica quando, antes de a afirmar definitivamente como o método *gold standard* para o tratamento da litíase biliar sintomática, perguntou: “... why punish the skin, the muscles and the fat, when all you want is the gallblader?”

É, pois, Philippe Mouret que, em 1987 e com o seu gesto operatório, abre as portas à Era Laparoscópica responsável pelo novo mundo cirúrgico que então se inicia.

De facto, a cirurgia laparoscópica desenvolve-se num ambiente de tal modo específico e diferente do tradicionalmente vivido num bloco operatório que um observador, ao entrar pela primeira vez numa sala onde se efectua uma intervenção cirúrgica por via laparoscópica, não pode deixar de se sentir profundamente surpreendido. Esse mesmo observador começará por se ver envolvido num ambiente de semi-obscuridade, diametralmente oposto ao tradicional de uma sala de operações, ver-se-á rodeado por um abundante equipamento tecnologicamente avançado, aperceber-se-á que a cavidade abdominal do doente permanece fechada e que a atenção da equipa cirúrgica está concentrada nas imagens de um monitor, através das quais efectua e controla o desenvolvimento dos procedimentos cirúrgicos – Bicha Castelo (1996).

Na verdade, estamos perante algo que, neste domínio, nada tem em comum com a cirurgia clássica.

Contudo, sobre a mesa operatória está um doente e em seu redor há uma equipa que opera respeitando, em absoluto, os mais elementares princípios da técnica cirúrgica que, apesar de efectuada numa cavidade abdominal fechada é, no mínimo, idêntico ao inerente a efectuada em abdómen aberto.

Assim, não sendo a cirurgia laparoscópica mais do que um novo acesso cirúrgico que, nada mudando na realidade operatória, apenas altera as aparências, as normas e as circunstâncias - Bicha Castelo (1992) - , porquê a revolução?

A explosão que constitui um movimento único na história da cirurgia foi, na realidade, fruto da sinergia de vários interesses e factores.

Desde logo, pelo interesse manifestado por doentes e cirurgiões. Os cirurgiões, pelo desafio e diferenciação técnica que este novo método representava, e os doentes, pelos benefícios próprios da minimização do acesso cirúrgico que passaram a exigir maior conforto, melhor tolerância e mais rápida recuperação pós-operatória.

Depois a indústria, pelo indispensável desenvolvimento tecnológico que se impunha, e as companhias seguradoras, que passaram a incentivar a sua prática, face à significativa redução de custos e indemnizações, correspondentes à redução dos períodos de incapacidade registados.

Mas, também as Administrações Hospitalares cedo se aperceberam da excelente relação custos/benefícios que é própria desta técnica, e a Comunicação Social que, nem sempre no melhor sentido, começou e continua a dedicar particular atenção a esta nova técnica, acesso e modalidade cirúrgica.

Conceito

As particularidades específicas desta modalidade cirúrgica, nomeadamente, as pequenas incisões parietais e o tipo e natureza do equipamento de bioengenharia que lhe é inerente impuseram, logo em 1991, a necessidade de se encontrar uma denominação que, em sentido lato e abrangente, definisse a generalidade das técnicas em desenvolvimento.

Posteriormente, a rápida expansão e alargamento desta técnica cirúrgica às cavidades torácica e articulares mais não fizeram que acentuar essa necessidade.

Assim, logo em 1991 e entre as mais citadas, foram as expressões cirurgia minimamente invasiva - Green (1991) - e video-cirurgia - Katkhouda (1991) - que recolheram maior aceitação.

Contudo, porque pequenas incisões parietais não significam, necessariamente, menor agressividade e invasão endo-cavitária, - Sir Alfred Cushieri (1991) - considerou que cirurgia de acesso mínimo seria a expressão que melhor traduziria o conceito desta nova técnica e modalidade cirúrgica.

Independentemente da terminologia utilizada para a sua denominação, o que importa referir é que além do rigor das indicações e da técnica, esta actuação não pode abdicar de ter como objectivos, a obtenção de resultados próprios de uma correcta e adequada atitude terapêutica, no mínimo, idênticos aos da cirurgia clássica efectuada em abdómen aberto.

Com efeito, a cirurgia laparoscópica só deve diferir da cirurgia clássica em termos de abordagem da cavidade abdominal, não sendo legítimo minimizar os princípios, a técnica ou a táctica cirúrgica, apenas para as tornar mais facilmente acessíveis a esta nova metodologia.

Assim, o que caracteriza a cirurgia laparoscópica, ou de acesso mínimo, é a menor agressividade, sobre a parede abdominal e visceral e, por isso, melhor tolerância, mais rápida recuperação biológica, social e profissional dos doentes.

Fica assim claro que video-cirurgia, cirurgia de acesso mínimo e cirurgia minimamente invasiva são expressões utilizadas para definir, genericamente, qualquer intervenção a efectuar de acordo com os princípios inerentes a esta perspectiva e tecnologia. Ao contrário, a focalização da intervenção, imporá a adjectivação de acordo com a topografia, encontrando-se então as expressões cirurgia toracoscópica, ou toracosopia, quando se referem intervenções sobre a cavidade torácica, cirurgia artroscópica, ou artoscopia, quando o alvo são as cavidades articulares, e cirurgia laparoscópica, ou laparoscopia, cirurgia peritoneoscópica, ou peritoneoscopia, e cirurgia celioscópica, ou celioscopia, para precisarmos que é à cavidade peritoneal ou celómica, que nos referimos.

Particularidades Específicas

As peculiaridades da cirurgia laparoscópica, além das condições físicas necessárias para a obtenção de condições de trabalho dentro da cavidade abdominal fechada – pneumoperitoneu e equipamento -, são também a formação e o treino específico necessários à re-aprendizagem da coordenação do gesto cirúrgico que lhe é própria.

Pneumoperitoneu

A prática da cirurgia laparoscópica começa por implicar o estabelecimento de um pneumoperitoneu, ou seja, a insuflação da cavidade abdominal, de modo a que com a distensão da parede abdominal anterior - em tenda, ou chapitô - e a compressão visceral, se possa criar um espaço real suficientemente amplo que permita excelentes condições de trabalho dentro da cavidade que permanece fechada.

Trata-se de um tempo operatório particularmente importante, cuja realização pode colocar problemas técnicos, ou clínicos, de tolerância fisiológica capazes, por si só, de inviabilizar a continuação da intervenção.

Desde sempre que o gás utilizado para este efeito foi o dióxido de carbono que, por se tratar de uma substância bem conhecida e fisiologicamente presente no organismo, apresenta inegáveis vantagens. Como é bem sabido, o CO₂ é incombustível, muito difusível e facilmente solúvel no sangue, quase anulando o risco de embolia pulmonar, além de ser barato e indolor ao contacto com o peritoneu, ao contrário do que acontece com o ar atmosférico.

Rigorosamente efectuado, por técnica aberta ou fechada, deve ser preciso, seguro e com baixo débito de insuflação, a fim de que todas as adaptações fisiológicas se processem de forma lenta e progressiva.

Os insufladores actuais são aparelhos de grande diferenciação tecnológica, que procedem à insuflação controlada, a débitos constantes e pré-definidos, tal como o valor de pressão intra-abdominal que é, habitualmente, de 12 mm de Hg.

Inicialmente muito discutidas, são hoje claramente conhecidas, sabendo-se que as eventuais repercussões fisiopatológicas do pneumoperitoneu são resultantes da acção cumulativa da pressão intra-abdominal, do posicionamento do doente durante a intervenção e das particularidades químicas do CO₂ utilizado para a insuflação da cavidade peritoneal.

São estes os factores responsáveis por eventuais repercussões fisiopatológicas exercidas, fundamentalmente, quer sobre os aparelhos respiratório e circulatório, mas também digestivo.

O Aparelho Digestivo é pouco afectado. É, porém, importante salientar a necessidade de manter o estômago vazio de qualquer conteúdo antes da indução do pneumoperitoneu porque, a existir, pode refluir para a árvore traqueo-brônquica.

As repercussões fisiopatológicas sobre os Aparelhos Respiratório e Circulatório podem, eventualmente, ser mais significativas. Se situações de hipercapnia, hipóxia e acidose respiratória são alterações a considerar quando se perspectivam, a este propósito, as alterações respiratórias, já as consequências cardio-circulatórias reflectem as repercussões dos 12mm de Hg de pressão existente dentro da cavidade abdominal. Com efeito, além de arritmias, esta pressão pode, nalguns casos e circunstâncias, ser suficiente para provocar uma compressão venosa capaz de reduzir o retorno venoso ao coração e, assim, baixar o débito cardíaco e a pressão arterial.

Outra consequência possível da pressão intra-peritoneal é a de, através do efeito baro-hemostático, manter inaparente e sem sangrar uma pequena laceração venosa, mesmo que de uma veia de grande calibre que, uma vez terminada a intervenção e esvaziado o pneumoperitoneu, permitirá a hemorragia com todo o seu negativo cortejo sintomático.

Uma palavra sobre as disritmias que, além da hipóxia e da acidose respiratória, estão etiopatogenicamente poderão ser dependentes, também, da estimulação vagal e simpática, consequentes à distensão dos eixos e plexos nervosos pelo pneumoperitoneu.

Contudo, é importante referir que se estas alterações respiratórias e cardiocirculatórias, são fisiopatologicamente possíveis, são habitualmente destituídas de significado clínico, face à sua baixa ocorrência e facilidade de controlo através de manobras anestésicas.

Anestesia

A cirurgia laparoscópica é efectuada sob anestesia geral e com monitorização permanente do pulso e tensão arterial e traçado electrocardiográfico, da pressão end-tidal do CO₂ - PET CO₂ -, por capnografia, da saturação periférica da hemoglobina por oximetria, além da gasimetria arterial.

Como a subida, mesmo que brusca e rápida em casos de pneumoperitoneu prolongado, dos valores da Pa CO₂ e da PET CO₂ é facilmente compensada através da correcção do volume minuto, manobra elementar de controlo anestésico, são situações que não constituem, habitualmente, problemas de ordem anestésica.

Assim sendo e face às alterações fisiopatológicas normalmente destituídas de significado clínico que caracterizam o pneumoperitoneu por CO₂, pode afirmar-se que todo o doente com condições de ser submetido a anestesia geral é passível de ser operado por via laparoscópica.

Apesar da eficiência e dos excelentes resultados que a caracterizam, importa salientar que a cirurgia laparoscópica não é isenta de riscos e complicações que podem resultar logo da indução do pneumoperitoneu e da colocação das portas de entrada na cavidade abdominal, como por razões inerente à própria técnica tal como pode acontecer em qualquer tipo de cirurgia.

Formação e Treino

O exercício deste tipo de cirurgia é tão singular que, razões técnicas e éticas, aconselham que os cirurgiões, mesmo os mais experientes, não se iniciem na sua prática sem formação e treino específicos.

Nuclear no período inicial, é, por razões básicas e essenciais, um tema importante ainda nos nossos dias.

A necessidade dessa formação específica será reconhecida de imediato se se pensar que na video-cirurgia se perde a noção da 3^a dimensão e que a intervenção é efectuada sob valorização de uma imagem bi-dimensional do conteúdo da cavidade abdominal projectada em écran plano. Este ambiente exige uma diferente coordenação óculo-motora para que, nestas condições, se consiga obter o domínio perfeito dos gestos e dos instrumentos cirúrgicos.

Assim e em síntese, a novidade técnica para o cirurgião e a exigir treino específico é:

- o O estabelecimento do pneumoperitoneu,
- o A colocação e manipulação das portas de entrada na cavidade abdominal,
- o A utilização de instrumentos cirúrgicos, longos de 50 cm, com extremidades de trabalho miniaturizadas e o comportamento mecânico de alavanca,
- o A perda da sensibilidade táctil, tão desenvolvida no decurso da formação cirúrgica e, por fim,
- o A perda da visão directa e da coordenação a três dimensões do acto cirúrgico.

De todas estas limitações são, obviamente, as duas últimas as que maiores condicionalismos impõem para a re-aprendizagem desta nova coordenação óculo-motora, facto que é tanto mais importante quanto é vivida a necessidade de, neste tipo de cirurgia e ao contrário do que acontece na clássica, ambas as mãos serem, de igual modo, operadoras.

Se, actualmente, esta formação e treino específicos são reconhecidos e efectuados de modo natural e óbvio, nem sempre assim foi.

Sem normas nem metodologias universalmente definidas, foi consensual que a formação deveria apoiar-se em três fases, começando pela aprendizagem básica em modelo inanimado, passando depois por uma fase de treino no modelo animal, para se chegar, finalmente, à fase da experiência clínica, integrando-se numa equipa de cirurgia laparoscópica - Bicha Castelo (1995).

Jacques Périssat tinha razão quando, em 1991, afirmava que a cirurgia laparoscópica era uma porta que se abria para o futuro. Contudo, para que essa porta fosse franqueada com rigor e segurança, impunha-se que a formação fosse sólida e segura, e em 1992, o American College of Surgeons defendia que além do “perceptorship” de graduação, os cirurgiões dever-se-iam submeter a outro de competência, antes de se iniciarem na prática laparoscópica.

Era esta atitude que Gérard Champault reclamava em Março de 1991, quando em Editorial do Bulletin da Association Française de Chirurgie, intitulado *Attention Danger*, chamava a atenção para o perigo que representava o incontrolável e não preparado entusiasmo com que a Europa então vivia essa época áurea e pioneira da cirurgia laparoscópica.

Em Portugal vários foram os Centros que, logo em 1991, iniciaram Cursos e Programas Internos Formação e, de uma forma institucionalizada, a Sociedade Portuguesa de Cirurgia realizou sete Cursos de Formação nos três Centros Universitários do Continente e nos Açores - Castro e Sousa (1995).

A fase nuclear dessa acção tinha a duração de uma semana era complementada com a integração dos cirurgiões em treino em equipas formadoras para a realização de 20 colecistectomias laparoscópicas .

Ainda a este propósito, importa salientar, se bem que em sentido inverso ao que temos vindo a perspectivar, que a video - cirurgia, por acção da colecistectomia laparoscópica, foi portadora de um património formador de inequívoco significado e interesse.

Na verdade, com o campo operatório excelentemente exposto no monitor e com imagens amplificadas até 8 vezes o seu normal, o desenrolar da intervenção, o detalhe técnico e o rigor do gesto cirúrgico passam agora, e ao contrário do que acontece na cirurgia aberta em que este facto é privilégio do cirurgião e do 1º ajudante, a ser acessíveis com igual qualidade a todos os presentes na sala com inegáveis vantagens para a qualidade da formação cirúrgica.

Praticabilidade Actual

As potencialidades diagnósticas e terapêuticas da cirurgia de acesso mínimo já há muito que ultrapassaram os limites da cavidade abdominal, tendo-se alargado, para lá das cavidades torácica e articulares, a áreas de intervenção tão diferentes como são a O.R.L. e a Urologia, especialidades endoscópicas por excelência, mas também à Neurocirurgia, à Cirurgia Plástica e Vascular, onde grande número de técnicas têm sido desenvolvidas.

Focalizando a atenção na cavidade abdominal, poder-se-á dizer que não há técnicas cirúrgicas nem patologias que não tenham sido já tratadas por cirurgia laparoscópica.

Assim, se a eficácia diagnóstica da laparoscopia é de há muito reconhecida nas áreas da hepatologia, da ginecologia e da dor abdominal crónica, é no estadiamento oncológico que mais recentemente a sua importância se tem vindo a afirmar.

Na Urgência, se a cirurgia de acesso mínimo já fez prova de todas as suas potencialidades sendo verdade universal que é uma via eficaz e eficiente, já o mesmo não acontece a propósito da situações de abdómen agudo traumático, em que a evidência é clara ao demonstrar as suas insuficiências e limitações.

É, contudo, na cirurgia electiva que os méritos da video-cirurgia se afirmaram de forma absoluta.

A abordagem laparoscópica é actualmente considerada como o método *gold standard* para tratamento cirúrgico da patologia benigna das vias biliares, da doença ulcerosa péptica, da doença de refluxo gastro-esofágico, da patologia ginecológica, do baço, das glândulas supra-renais, da obesidade mórbida e para definição do estadiamento em oncologia digestiva, além de que a sua eficácia está também comprovada para a abordagem cirúrgica das oclusões intestinais e das peritonites - Arregui (1995).

Relevante é a posição que a laparoscopia assume hoje a propósito da definição do estadiamento oncológico em patologia digestiva. A sua eficácia, no referente à sensibilidade diagnóstica e rigor de definição do estadio oncológico, é de tal modo relevante e significativamente superior a todos os métodos de imagem que actualmente se encontram à disposição médica que, a exploração laparoscópica é hoje considerada como tempo nuclear para a definição precisa da estratégia terapêutica das neoplasias malignas do pâncreas, mas também do esófago, do estômago, do cólon, do recto e do fígado e o primeiro tempo dessa mesma estratégia.

Porém, no que se refere às lesões primitivas em oncologia digestiva, por diferentes ordens de razões cuja essência não parece ser este o momento e o local adequado a essa análise e discussão, a cirurgia trans-peritoneoscópica ainda não se afirmou como método eficiente para a abordagem cirúrgica com objectivos curativos.

É a análise crítica dos resultados que permite a validação de qualquer técnica ou método.

Na área médica, o rigor científico impõe que essa análise passe pela adequada ponderação da aplicabilidade, eficácia e segurança clínicas da técnica, de concretas e objectivas vantagens, clínicas e outras, de que seja portadora para o doente, além de que,

numa perspectiva administrativa, seja desejavelmente útil que demonstre, também, uma positiva relação benefício / custo.

Nesta matéria, a única intervenção cirúrgica efectuada por via laparoscópica que pode ser submetida a análise crítica deste tipo e baseada em todos estes parâmetros, é a colecistectomia.

Toda e qualquer polémica que esta afirmação pudesse ter desencadeado foi definitivamente encerrada em 1988 com o trabalho de João Araújo Teixeira (1998) o qual constituiu a sua Tese de Doutoramento.

Sendo a colecistectomia laparoscópica a intervenção princeps, a universalidade da frequência da patologia litíase biliar no mundo desenvolvido e a afirmação da colecistectomia laparoscópica como o seu tratamento *gold standard*, vejamos então como esta técnica responde a cada um dos quesitos previamente mencionados..

Aplicabilidade

A aplicabilidade é considerada em função das indicações e da reproductibilidade do método.

As indicações para colecistectomia laparoscópica são os casos sintomáticos de litíase vesicular e as lesões benignas, como pólipos e adenomiomas.

As contra-indicações, muito discutidas e valorizadas na fase inicial da experiência, são hoje, na perspectiva clínica e imputáveis ao doente, praticamente inexistentes.

Na verdade, apenas a recusa, consciente e informada, do doente e a indiferenciação técnica do cirurgião constituem, nos nossos dias, razões válidas para, como princípio, a não indicação da via laparoscópica para a realização da colecistectomia.

Exemplo paradigmático do que acabamos de dizer é a colecistite aguda.

Situação de abdómen agudo a justificar tratamento cirúrgico de urgência, a via de acesso, clássica ou laparoscópica, será decidida de acordo com o qualidade tecnológica da Unidade de Saúde e da diferenciação técnica e capacidade operatória da Equipa cirúrgica que acolhe o doente.

É esta situação que fundamenta, tanto na perspectiva ética como clínica, a realização de estudos prospectivos de avaliação da qualidade de resposta à colecistectomia laparoscópica, sabendo-se que haverá sempre grupos cirúrgicos que continuam a privilegiar a via clássica como a mais adequada à realização desta intervenção.

A propósito de reproductibilidade, a questão foi ultrapassada logo em 1991, face à verdadeira explosão verificada com a aceitação universal da técnica e a similitude de resultados obtidos em todos os Centros.

Eficácia

Já no Século XIX Karl Langenbuch afirmou que “... a vesícula biliar deve ser removida, não por ter cálculos, mas porque os produz ...”, que a colecistectomia é considerada como o método terapêutico mais eficaz da litíase biliar.

Naturalmente que essa eficácia permanecerá intocável independentemente da via de acesso utilizada.

Segurança

A avaliação deste parâmetro terá, necessariamente, que ser comprovada face à que caracteriza a Colecistectomia Clássica.

A indisponibilidade de doentes para aceitarem a inclusão em grupos cegos, inviabilizou a possibilidade de estudos prospectivos e randomizados, pelo que esta avaliação foi efectuada através de estudos prospectivos não randomizados.

Mais importante que comparar algumas das inúmeras séries individuais, será a avaliação crítica de experiências globais, multicêntricas e que envolvem um grande número de doentes.

Julgamos adequado ao efeito a utilização de séries Europeia, Americana e Portuguesa - Bicha Castelo e cols (2000) - com o objectivo específico de comparar a segurança da abordagem laparoscópica nomeadamente no referente às complicações, em geral e biliares em particular. Ver análise comparativa das três séries - Americana, Francesa e Portuguesa - cerca de 15.000 casos - Anexo I.

Vejamos então os dois últimos pontos em equação: vantagens para o doente e a relação benefício/custo. As vantagens para o doente são indiscutíveis e traduzem-se pela excelente tolerância e maior conforto, menor dor e necessidade de medicação, além de que o internamento é significativamente mais curto e a recuperação social e profissional é mais rápida.

Também os resultados cosméticos são incomparáveis, face à quase total inexistência de cicatrizes abdominais.

Os benefícios resultam do que acabámos de referir, traduzindo-se, objectivamente, por uma muito significativamente melhoria da qualidade de vida.

Quanto aos custos da cirurgia laparoscópica sabe-se que, e mais uma vez a intervenção alvo é a colecistectomia, os custos operatórios são significativamente superiores, enquanto que o tratamento hospitalar por doente é já, ao contrário, significativamente menor (várias referências bibliográficas, incluindo portuguesas).

Todavia, o estudo global que importará, o cálculo dos custos directos e indirectos da colecistectomia laparoscópica e a sua análise comparativa com o da colecistectomia clássica, ainda não foi feito.

Qualidade de Vida

Abordagem Geral

A significativa melhoria da eficiência dos *Cuidados de Saúde*, registada nas suas últimas décadas, é responsável pelo muito marcado alargamento da *Esperança de Vida* que caracteriza o decurso do Século passado.

Na verdade, entre o início e o final do Século XX, a esperança média de vida, no mundo ocidental, passou de 49 anos para os quase 80 anos - Barbosa (2000) e Censo de 1991, tornando óbvio que para além do *quanto se vive*, passou a ser motivo de reflexão o *como se vive* - Goldberg (1996).

São razões fulcrais para este facto os esforços e avanços desenvolvidos tanto no domínio da Saúde Pública, fruto da eficiência das medidas de prevenção, nomeadamente das campanhas de vacinação, como na área assistencial, em que além da precocidade diagnóstica, há a salientar a muito marcada melhoria das potencialidades terapêuticas.

Neste domínio assume particular responsabilidade os avanços obtidos, tanto na prevenção primária das doenças infecciosas, como no diagnóstico precoce e a eficaz terapêutica das doenças oncológicas, além das doenças cardio-circulatórias.

Fruto natural e directo destas circunstâncias, as populações e organizações passaram a preocupar-se também com a *forma* e o *modo* como os indivíduos usufruiriam dessa longevidade.

Nasceu assim a noção de *Qualidade de Vida* que, não sendo conceptualmente consensual, teve o grande mérito de provocar impacto bastante, para que os indivíduos, organizações e sociedades, reflectissem sobre a sua importância, dimensão e significado.

A primeira dificuldade conceptual prende-se com a forma e o objectivo com que o tema era entendido ou constituía motivo de preocupação para os diferentes grupos profissionais que com ele se começaram a confrontar.

O facto é que no âmbito do mais puro senso comum, a expressão Qualidade de Vida veicula uma conceptualidade tão simples e clara que lhe permite um imediato e elementar reconhecimento universal.

Contudo mesmo no âmbito do senso comum, a diversidade de desvalorização é vasta e se para uns a *Qualidade de Vida* mede-se, basicamente, em função do acesso a bens materiais, para outros é a ideia da espiritualidade que domina, sendo igualmente complexa a sua avaliação proposta tanto com o rigor da objectividade como com a qualidade da subjectividade.

Se, na actividade clínica em geral, a *Qualidade de Vida* passou, sob diferentes perspectivas, a merecer particular atenção, foi um parâmetro que passou a assumir particular relevância na prática cirúrgica.

Todavia, as preocupações cirúrgicas neste domínio, voltavam-se basicamente para a avaliação da resposta fisiológica pós-operatória, sendo claro que as perspectivas com que os cirurgiões entendiam e valorizavam *Qualidade de Vida*, era apenas um modo de melhor valorizarem a resposta dos doentes e desse modo credibilizavam a sua intervenção.

Porém, limitar a avaliação de *Qualidade de Vida* apenas a estes aspectos é, não só redutor, como uma forma incorrecta de perspectivizar o âmbito e a dimensão do entendimento do seu o seu *Conceito*.

A qualidade das respostas digestivas e da capacidade do controlo esfíncteriano, foram os primeiros alvos desta preocupação cirúrgica.

Assim, a qualidade digestiva, valorizada como a facilidade da deglutição, do número e tipo de refeições e das inerente repercussões sobre a massa corporal, foram as ferramentas alvo da definição e valorização da *Qualidade de Vida* após cirurgia esofágica e gástrica.

Na cirurgia colo-rectal, particularmente a propósito da patologia oncológica, foi a possibilidade de preservação da integridade anatómica e funcional, do aparelho esfinteriano ano-rectal que começou por dominar as atenções neste domínio.

Para Milles (1926), a cirurgia do cancro do recto quando efectuada com objectivos curativos implicava a amputação do conjunto ano-rectal, por via abdomino-perineal, e o estabelecimento de uma colostomia definitiva.

De facto, as perspectivas clássicas do tratamento cirúrgico do cancro do recto implicaram danos profundos e irreparáveis da normalidade fisiológica nos domínios físico e psicologico tão sensíveis como a digestiva, sexual e urinária.

Alterações digestivas óbvias, porque a amputação do aparelho esfinteriano ano-rectal implica uma colostomia definitiva, com o inerente, espontâneo e completamente independente da vontade, esvaziamento cólico para um saco colector adaptado à parede abdominal.

Consequências sexuais e urinárias, porque a lesão dos plexos nervosos hipogástricos é responsável por marcadas e importantes disfunções esfinterianas - Enker (1995). Do esfíncter vesico-ureteral, com marcadas repercussões sobre a capacidade motora da bexiga e implícitas alterações, quer em termos de incontinência quer em termos de *repleção* vesical.

E de âmbito sexual, porque as lesões dos mesmos nervos é responsável por muito importantes disfunções, tanto do tipo da ejaculação retrógrada, como de impotência.

Na verdade, tal como referem Enker e cols., a lesão unilateral do plexo hipogástrico condiciona ejaculação retrógrada em 90% dos casos e uma deficiente erecção em 68% dos doentes. Naturalmente que a lesão bilateral destes nervos agrava estas alterações que passam a ser de impotência absoluta em 100% dos casos, havendo 50% de doentes que referem acentuadas disfunções urinárias.

Mas, se é o resultado da cirurgia oncológica que, porque mais alargada e radical, é a que há mais tempo e mais profundamente tem preocupado os cirurgiões, também a patologia benigna passou recentemente a ser alvo deste tipo de atenção.

Foi a *cirurgia de acesso mínimo* e a *abordagem video-cirúrgica* da cavidade abdominal e, particularmente, a colecistectomia laparoscópica que foi a grande responsável por este facto e que tem dado origem a significativo volume de investigação nesta área.

São exemplos mais relevantes, a investigação das perturbações peri-operatórias e recuperação pós-operatória, tanto da função respiratória e cardio-circulatória, como digestiva e hemorreologica - Bicha Castelo (2000).

De igual modo é a melhor tolerância clínica que caracteriza o pós-operatório imediato que, fruto da menor intensidade de dor e menor consumo de analgésicos, da quase imediata e absoluta recuperação da mobilidade e a precocidade de recuperação profissional e social, que são os grandes responsáveis pela significativa melhoria da *Qualidade de Vida* que caracteriza esta estratégia cirúrgica.

Foi, aliás, esta perspectiva de *senso comum* sobre *Qualidade de Vida*, e a valorização da *melhor* resposta, que condicionou a atitude dos doentes, um dos mais marcantes e decisivos pilares em que, como anteriormente referido, assentou a movimentação inicial em favor do alargamento e institucionalização da cirurgia laparoscópica.

Mas será esta *perspectiva clínica* o plano e a dimensão mais adequados para reflectir, investigar e definir, no seu todo, o *princípio conceptual* de *Qualidade de Vida* ?

Sendo que, para doentes e médicos, esta perspectiva clínica é inequivocamente importante, os parâmetros biológicos e clínicos não são os únicos a intervir e influenciar o *indivíduo* na plenitude do seu *EU*.

Assim, é importante precisar e definir, com rigor, sobre o que estamos reflectir, porque reduzir a perspectiva e o Conceito de *Qualidade de Vida* a parâmetros bio-clínicos é, além de minimalista e insuficiente, seguramente, redutor e incorrecto.

Foi nesta perspectiva, conceptualmente, lata que a *Qualidade de Vida* começou, na década de 80 do Século passado, a assumir motivo geral de preocupação, mobilizadora de diferentes *interesses* e *vontades*, e a ser estudada em múltiplos aspectos e contextos de saúde.

Contudo, ao contrário do que acontece na perspectiva do *senso comum*, não foi fácil nem consensual o entendimento das *bases* e *princípios* em que deve assentar o dimensionamento científico do Conceito de *Qualidade de Vida*.

Na verdade, face ao rigor e solidez das bases em que não pode deixar de se apoiar, *Qualidade de Vida* não é um conceito de fácil definição científica.

Até porque, na plenitude do conceito científico, a *Qualidade de Vida* poderá ser o parâmetro que melhor definirá globalmente uma Sociedade e, nela, quais as sub-populações onde predomina a desigualdade ou a exclusão social.

Bastará uma profunda e bem trabalhada reflexão sobre *Qualidade de Vida* para que uma *Associação* ou *Força Política*, honesta e seriamente preocupada com os Indivíduos e a Sociedade, possa identificar os desvios comportamentais e as suas causas, humanas, sociais e políticas, de que enferma uma Região, País ou Sociedade.

As conclusões desse exercício de reflexão, técnica e cientificamente, bem estruturado e, politicamente, bem trabalhado, conduziriam inevitavelmente à mais correcta, profunda e humanista, eventualmente utópica, *reforma política* alguma vez apresentada ou defendida.

Ao reflectir sobre a *Qualidade de Vida* estamos de facto a mergulhar num domínio que é vasto e, que apesar de técnico e científico, tem muito de subjectivo e dependente das perspectivas de valorização individual, ética e moral.

Perspectiva Histórica

O processo conducente ao reconhecimento, valorização e definição da dimensão científica do *Conceito de Qualidade de Vida* não foi fácil, nem simples.

Ao contrário do que acontece no âmbito do *sensu comum*, em que é portadora de uma conceptualidade simples, clara e precisa, quando perspectivada numa *dimensão científica*, a definição de *Qualidade de Vida* é difícil, complexa e de discussão recente.

Apesar da facilidade e clareza de que se reveste quando perspectivado no âmbito do *sensu comum*, o conceito de *Qualidade de Vida* é, então, de tal modo, vago e impreciso que, tal como já referido, para uns deve ser valorizado em função do acesso a bens materiais, enquanto que outros defendem o património dos valores morais e espirituais.

Porque estas premissas são diametralmente opostas àquelas em que assenta a razão científica e, porque *Qualidade de Vida* pode abarcar múltiplas e diversas perspectivas, não foi, efectivamente, fácil encontrar uma plataforma de entendimento para a definição e valorização científica do seu conceito.

Na dimensão científica, pode dizer-se que o problema *Qualidade de Vida* foi introduzido por Eisenhower quando, em 1960, o Presidente dos E.U.A. considerou os *indicadores sociais e ambientais* como adequados para a *avaliação do padrão e qualidade de vida americana*.

A expressão *Qualidade de Vida* começou então a ser utilizada por grupos de interesse progressivamente mais numerosos e diferentes, impondo uma reflexão científica conducente à definição do Conceito.

Um dos primeiros autores que, com objectivos científicos, se preocupou especificamente com este problema foi Liu quando, em 1975, defendeu a existência de *duas componentes* na constituição *do todo* em que deve ser perspectivada a *Qualidade de Vida* - Pais Ribeiro (1994). Com efeito, Liu afirmou que à componente *subjectiva* de ordem

psicológica, havia que associar uma outra *objectiva*, de carácter social, económica, ambiental e política, e a que dedicou particular cuidado e atenção - Pais Ribeiro (1994).

Em 1982, Flanagan vai já um pouco mais longe, ao considerar que ao *bem estar* físico, material e social, há que associar os aspectos inerentes ao desenvolvimento pessoal, às relações interpessoais e às actividades recreativas, como factores nucleares para a globalidade da sua definição conceptual.

Lesley Fallowfield (1990), reforça esta perspectiva multifactorial ao defender, e propor como matéria de reflexão e estudo, uma dimensão holística para o conceito de Qualidade de Vida. Na verdade, o que Lesley Fallowfield fez, não foi mais do que adaptar e transpor para esta *área do conhecimento* o conceito de Saúde definido, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde.

Assim, se *Saúde*, mais do que a ausência de doença ou incapacidade, é um estado de bem estar total, físico, mental e social - WHO (1948), também a *Qualidade de Vida* não pode deixar de, conceptualmente, contemplar a plena satisfação bio-comportamental do indivíduo.

Nesta perspectiva, a referência à interacção recíproca de diferentes *domínios de influência* como determinantes para a caracterização de um adequado e *satisfatório padrão de vida* de qualquer indivíduo é, não só, lógica como correcta.

São quatro os domínios em que, com pragmática clareza e objectividade, - Lesley Fallowfield (1990) e Leventhal (1997) - basearam as suas teorias estruturantes do todo valorativo da *Qualidade de Vida*:

1. *Domínio Psicológico*, onde se incluem as alterações deste âmbito *do todo* individual, nomeadamente e a título de exemplo, a ansiedade, a depressão, a (des)adaptação à doença, etc...

Valoriza a interferência da *psique* sobre o *soma* e salienta, expressamente, que qualquer afecção de ordem psicológica, mesmo que ligeira e apenas do tipo da ansiedade ou da depressão, terá repercussão, bastante, sobre *o todo* para que qualquer indivíduo possa ter níveis satisfatórios de *Qualidade de Vida*.

Nesta perspectiva, um perfil psicológico funcionalmente saudável permite ao indivíduo, através de adequadas estratégias de *coping*, melhores, mais fáceis e eficazes adaptações e ajustes à doença.

2. *Domínio Social*, que contempla as actividades sociais, tempos livres e outras, nomeadamente do foro íntimo e do âmbito do comportamento sexual.

São exemplo desta *área*, a necessidade de um efectivo suporte, por familiares ou amigos, que os indivíduos com doenças crónicas progressivas, ou em estado terminal, manifestam, sendo frequentes as manifestações de *medo de abandono* que, muitas vezes e claramente, expressam.

3. *Domínio Profissional*, que valoriza a aptidão para o trabalho, bem como a capacidade de realizar tarefas domésticas, etc.

Inerente ao conceito de *self*, é preenchido pelo papel social que qualquer indivíduo desenvolve no exercício da sua actividade profissional e pela gratificação íntima que o reconhecimento social sempre permite. Impõe, naturalmente, um claro e gratificante enquadramento social e profissional para que a *Qualidade de Vida* não seja adulterada.

4. *Domínio Físico*. São os factores de ordem física, como o sono, a mobilidade, a dor, o apetite, a náusea e, ainda e entre outros, a satisfação sexual, que aqui se referenciam e valorizam.

Naturalmente que a dor e o sofrimento físico são dos factores mais limitativos e incapacitantes para o *bem estar* individual e, como tal, uns dos mais relevantes para a definição dos índices qualitativos da *Qualidade de Vida*.

A perspectiva multifactorial é, entre outros, retomada por- Wood-Dauphinee e Kuchler (1992) - que a trabalham e sintetizam, atribuindo-lhe uma *representação gráfica multidimensional*, elaborada em função de vivências e factores subjectivos e objectivos, e desenvolvida a *três dimensões*:

1. *Dimensão de Referência*, que enquadra o indivíduo no contexto familiar, social, cultural ou político.

2. *Dimensão da Experiência*, que valoriza o estado físico e onde os autores incluem aspectos inerentes ao estado e capacidade física e funcional do indivíduo.

Assumem também, aqui, particular relevância os sintomas, consequentes não só a doenças ou tratamentos, mas também a relações interpessoais, a aspectos socio-económicos e de espiritualidade.

3. *Dimensão do tempo* que introduz a noção de que é na *Qualidade de Vida* que convergem e culminam as aquisições de todas as experiências, passadas e presentes, assim como objectivos e expectativas para o futuro.

Para Wood-Dauphinee e Kuchler é o produto da visão do conjunto de todas estas *dimensões*, fruto da influência com que cada uma interage em relação às restantes, que permite a caracterização da *Qualidade de Vida* e a sua *quantificação qualitativa*, por indivíduo e unidade de tempo.

Assim e em síntese, parece óbvia e consensual a afirmação de que a evolução do conhecimento trouxe-nos até um ponto em que, independentemente do número e tipo dos factores ou parâmetros em equação, não é possível perspectivar cientificamente *Qualidade de Vida*, que não em função de uma conceptualidade holística inerente à dimensão da *condição humana*.

Conceito

Como anteriormente assinalámos há uma diferença abissal entre as perspectivas de entendimento conceptual de *Qualidade de Vida*, consoante nos posicionamos no plano, simples, de avaliação popular e de senso comum, ou, no da precisão e rigor do processo científico.

Do simples e imediato entendimento universal que a expressão *Qualidade de Vida* veicula quando perspectivada no âmbito do senso comum, passamos para um plano complexo e de evidente não unanimidade consensual, quando o alvo das atenções passa a ter dimensão científica.

O facto é que no plano do senso comum, o conceito é claro e simples e individualizado. Contraditória e paradoxalmente, é esta facilidade de entendimento razão bastante para a diversidade de opiniões e um dos principais responsáveis pela dificuldade de entendimento e clarificação do problema.

Ao entrar-se numa perspectiva científica as bases têm que ser claras, sendo inaceitáveis, tanto a individualidade conceptual para que cada investigador tem tendência natural para evoluir - Spilker (1990) - , como o ignorar da definição do conceito proposto e utilizado - Vam-Dam (1981).

A clareza da definição conceptual é um dos primeiros e nucleares factores de precisão e rigor da metodologia científica e, como tal, também assim não pode deixar de acontecer a propósito de *Qualidade de Vida*.

D. Nutbeam (1986) definiu Qualidade de Vida como *a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas*.

Interessante, é o facto de Nutbeam, ao propor esta definição e tal como salienta - Pais Ribeiro (1997) -, ao mesmo tempo que introduz o conceito dentro do sistema de saúde, exclui-o do sistema de cuidados de saúde.

Curiosamente, Churchman vem, em 1992 e ao invés do que era a tendência da época, definir *Qualidade de Vida* fora do contexto médico, considerando-a como *o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades, nas várias áreas da sua vida* - Morgado (1997). Entre os parâmetros e domínios considerados, incluem-se entre outros, o grau de auto-estima, a saúde, a vida social e familiar, a habitação, a situação profissional, o nível de rendimentos, a segurança pessoal, a qualidade ambiental, a justiça social e a igualdade.

Refere ainda Churchman, citado por- Pais Ribeiro (1994) -, que, embora a *Qualidade de Vida* seja um juízo subjectivo, é possível defini-la objectivamente a propósito de aspectos mais gerais de necessidades e interesses partilhados, com a diferenciação de grupos de indivíduos com características comuns para algumas das suas necessidades, e de que são exemplo, o sexo ou o estatuto social e económico.

Contudo, se em 1990, Shumaker e cols. definiram *Qualidade de Vida* como *a satisfação individual global com a vida e a sensação geral de bem-estar* - Shumaker (1990), alguns anos mais tarde, Cramer adopta e transpõe para este âmbito o conceito de *Saúde*

proposto, muitos anos antes, pela O.M.S., ou seja, *um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não, apenas, de ausência de doença ou incapacidade* - Cramer (1994).

De acordo com a posição de J. Orley, citado por - Pais Ribeiro (1997) -, ficava claro que, para a O.M.S., e tal como já havia sido defendido por - Lesley Fallowfield (1990) - e Wood-Dauphinee e Kuchler (1994) -, a investigação sobre *Qualidade de Vida* não podia ignorar a percepção individual da posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Não é, pois, possível pretender reduzir, tanto em termos de entendimento como de definição conceptual, *Qualidade de Vida* ao âmbito restrito de *saúde*, mesmo que na perspectiva mais ampla dos *cuidados de saúde*.

Na verdade, tal como anteriormente já salientámos e é referido por - Pais Ribeiro (1994) -, o paradigma de *Qualidade de Vida* é multifactorial e envolve parâmetros e factores díspares e complexos como são a subjectividade da percepção individual e da variação temporal .

É esta perspectiva que está na base do Conceito, lato e correcto, de *Qualidade de Vida* que não pode deixar de ser entendida e vivida como um problema de *bom senso*, sendo a coerência e bondade desse *senso comum* que emerge da sinopse conceptual proposta por Pais Ribeiro quando afirma que “...a *Qualidade de Vida* poderá ser considerada como a *satisfação individual global com a vida e a sensação geral e pessoal do bem-estar físico, mental e social, completo e não apenas a ausência de doença...*” - Pais Ribeiro (1997).

Kucher (1992) conceptualizou a QdV como um conceito multidimensional em que se destacam as dimensões de referência, tempo e experiência. No quadro dessas dimensões a QdV é determinada por experiências subjectivas assim como por factores objectivos.

Da interacção das 3 dimensões delinia-se a QdV percebida por determinado indivíduo num momento preciso - Wood-Dauphinee (1992).

Schipper, Clinch e Powell (1990) conceptualizaram as características operacionais do paradigma da QdV da seguinte forma:

- o QdV é uma variável multifactorial e é operacionalizável como uma síntese de quatro domínios: estado psicológico, capacidade física, sensações somáticas e interacções pessoais.
- o É uma medida da percepção pessoal, isto é, deve ser o resultado da auto-avaliação do próprio sujeito uma vez não ser possível questionar-se uma pessoa acerca do estado de uma outra.
- o QdV é uma medida susceptível de mudar com o tempo.
- o É uma medida subjectiva e resulta de uma percepção pessoal.

Não é, de facto, legítimo pretender conceptualizar *Qualidade de Vida*, que não seja numa perspectiva holística e de integração plena do Indivíduo no seu todo biológico, social, cultural e ambiental.

Qualidade de Vida e Saúde

Sem qualquer carácter de exclusividade, a Saúde é um dos principais factores, integrantes do conceito e, marcantes para os índices qualitativos de avaliação da *Qualidade de Vida*. Por esta razão e tal como Ware considerava em 1991 o Conceito de Qualidade de Vida é muito mais vasto e abrangente que o de Saúde, até porque é, sendo mesmo um dos mais relevantes, indicadores utilizados para a sua caracterização e avaliação - Pais Ribeiro (1994).

Depois da preocupação de diferenciação conceptual defendida pela O.M.S. desde 1948 e, fundamentalmente, depois das mudanças introduzidas a partir de 1970, *saúde* e *doença* passaram a ser perspectivadas e investigadas de forma autónoma e independente.

A OMS, através do grupo de trabalho exclusivamente dedicado à QdV (WHOQOL Group), emanou em 1993 uma definição de Qualidade de Vida que inclui a percepção individual e a sua relação com o meio envolvente:

“Qualidade de Vida é definida como a percepção individual da sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, standards e preocupações. É um conceito abrangente afectado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e suas relações com as principais características da envolvente”.

Todavia a preocupação com este problema não é recente, vindo já do início do Século passado as primeiras reflexões a esse propósito e, curiosamente, com a defesa de princípios conceptuais semelhantes aos actuais.

O conceito de *Qualidade de Vida*, tal como o de *promoção de saúde* e dos seus *cuidados*, são expressões que traduzem preocupações emanados desse *novo entendimento* do problema que, em última análise, visa a mudança de comportamentos tendentes à concretização de *tipos* e *estilos* de vida saudável.

E, a propósito de *estilo de vida*, importa salientar, porque se trata de condição inerente ao conceito de *Qualidade de Vida* é o da sua *promoção*.

De facto, uma vez definido e aceite quão importante, pelo menos tanto quanto o *tempo*, é a *qualidade* como deve poder usufruir-se *da vida*, a sua *promoção* passou a ser objectivo individual e social.

Sendo que um dos *modelos conceptuais* mais utilizados é o proposto, em 1981, por Milio que, citado por - Pais Ribeiro (1997) -, o define como *um padrão de escolhas comportamentais, realizadas de entre alternativas que as pessoas têm disponíveis, consoante a sua situação socio-económica e a capacidade para realizarem umas escolhas em vez de outras*, a noção de *Estilo de Vida* é motivo antigo de reflexão.

De qualquer modo e independentemente da forma ampla ou restrita utilizada para a sua definição, poder-se-á dizer na generalidade que *Estilo de Vida* será, como a O.M.S. propôs em 1988, *um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores* que, se de um modo geral e como refere - Lalonde (1974) -, *afectam a vida do indivíduo, mas sobre os quais ele tem algum controlo*. - Pais Ribeiro (1997).

Esse controlo pode exercer-se a diferentes níveis e modos que, na perspectiva de - Pais Ribeiro (1997) - implicam os seguintes pressupostos, subjacentes ao conceito:

- o a QDV não é ausência de doença;
- o a QDV manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade,
- o a QDV define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida;
- o a QDV abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- o os aspectos referidos na alínea anterior são aspectos da mesma realização e não de realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre esses aspectos;
- o a QDV é um processo dinâmico;
- o a QDV só tem sentido concebida em termos ecológicos.

Assim, a *promoção da qualidade de vida* implica a adopção de um *Estilo de Vida* adequado à doença e que seja promotor de saúde - (Pais Ribeiro.1997) -, aspecto que assume particular relevância no domínio das doenças crónicas.

É de conclusão imediata que todas as variáveis, cognitivas, comportamentais ou emocionais, utilizadas na promoção da saúde e prevenção das doenças, também promovem a Qualidade de Vida dos indivíduos com doenças crónicas, podendo mesmo afirmar-se que é possível promover a saúde e a qualidade de vida seja em que estadió de doença crónica ou de saúde o indivíduo se encontrar.

Apesar da relevância de que se reveste, este é um aspecto específico do problema que, por se encontrar desenquadrado do objectivo nuclear do presente estudo dedicado à avaliação da *Qualidade de Vida* à resposta da estratégia cirúrgica utilizada como terapêutica de uma situação aguda de doença, não nos merecerá maior atenção.

Como antes já largamente referimos, a importância da preocupação pela avaliação da Qualidade de Vida nos estudos clínicos, foram responsáveis pela grande difusão deste conceito na área da saúde.

Nesta perspectiva, a *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (QDVRS) é um conceito específico que, utilizado pelo sistema de cuidados de saúde, pode ter dois significados e sentidos diferentes - Pais Ribeiro (1994):

- o Um sentido geral, importante para o sistema de cuidados de saúde, referido à *Qualidade de Vida* que está dependente das doenças em geral e que avalia a contribuição dessas doenças e dos seus tratamentos para a qualidade de vida do doente e,
- o Um sentido específico, orientado para cada doença e que se refere às limitações ou ao modo como essa doença específica afecta a qualidade de vida.

Por todos estes motivos, a *Qualidade de Vida* é uma dimensão que, cada vez mais, assume maior interesse e importância nos resultados das intervenções médicas, em geral, e cirúrgicas em particular.

A *Qualidade de Vida*, tanto numa perspectiva individual como de grupo pode, segundo - Font (1994) - ser influenciada por:

- o *Expectativas de resultado teórico*, fruto das expectativas que cada doente terá, em relação às crenças, e ao controlo da sua doença.
- o *Expectativa de auto-eficácia*, conseqüente à esperança que deposita em relação ao sentir-se capaz de realizar o necessário para se curar ou manter o estado de saúde.
- o *Expectativas de resultados auto-referenciais*, que contemplam a convicção em relação à confiança sobre as possibilidades de cura.

Compreender-se-á que, numa época em que a *Medicina Baseada na Evidência* começa a tomar uma relevância inusitada, tanto numa base de apreciação administrativa como até mesmo clínica, a investigação sobre *Qualidade de Vida* passe a assumir posição de particular atenção, destaque e importância.

Além da imediata conclusão de senso comum, está provado que as variáveis psicológicas têm marcada repercussão tanto na promoção da saúde, como na qualidade de vida e na prevenção de doenças Kaplan - (1983) e Pais Ribeiro (1993).

É verdade factual que a preservação da *Qualidade de Vida* se relaciona basicamente com a ausência da mal estar psicossocial.

Em situação de doença, os indivíduos que conseguem uma melhor *Qualidade de Vida* são, segundo - Font (1994) - os que utilizam estratégias de *coping* adequadas à situação, os que mantêm expectativas elevadas e uma sensação subjectiva de controlo sobre a doença.

Os aspectos psicológicos do doente e a repercussão que exercem sobre a situação de doença ou a condição de saúde dos indivíduos, tem sido alvo de múltiplos e variados estudos.

Para além de todos os aspectos já referidos, convém ainda salientar a importância dos sexos na *Qualidade de Vida em Saúde*. De acordo com - Kaplan (1991) -, em 1986 a

esperança de vida à nascença era de 71,3 anos para os homens e 78,3 para as mulheres, o que dá uma vantagem de 7 anos ao sexo feminino. Apesar das mulheres viverem mais tempo, tem sido relatado que paradoxalmente elas sofrem de mais doenças tanto físicas como psicológicas.

Ajustando os dados para qualidade de vida, a vantagem feminina diminui para aproximadamente 3 anos, o que quer dizer que as mulheres vivem mais tempo mas não necessariamente melhor. Como poderemos explicar estas diferenças? Pode-se por exemplo especular, já que as mulheres são mais sujeitas a doenças auto-imunes tais como a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico, que apesar de serem doenças de baixa prevalência, podem ajudar a explicar estas diferenças.

Outra possível explicação é a osteoartrose, patologia essa muitíssimo mais prevalente, e que alguns estudos - Davis (1981) - apontam para diferenças entre os 2 sexos. Estes dados são todavia contrariados por outros autores - Riberts & Burch (1966) - que afirmam que a doença não afecta homens e mulheres de forma diferente.

Ainda outra possível explicação seria o próprio ciclo reprodutivo da mulher, em que a menstruação e gravidez poderiam estar na base das diferenças encontradas. Esta teoria foi consubstanciada pelo estudo de avaliação do impacto da QdV do Síndrome pré-menstrual de Green (1988) e Reid (1983). O primeiro autor encontrou dados de 10% de mulheres afectadas e o segundo na ordem de 35%.

Em conclusão, estas diferenças entre os dois sexos precisam de ter em consideração um conjunto de variáveis biológicas, estilos de vida e tipo de registo feito.

Por razões facilmente compreensíveis, são as doenças crónicas e as doenças oncológicas que, particularmente, têm sido alvo e modelo para estes estudos sobre *Qualidade de Vida*.

A natureza, qualidade e dimensão dos resultados que têm vindo a ser obtidos pelos inúmeros grupos que se têm dedicado a esta matéria são, conceptualmente, justificados pela interacção dos seguintes sistemas - Pais Ribeiro (1997):

- Valores, crenças e objectivos visando a manutenção da saúde, a prevenção da doença e as respostas aos sintomas.
- Informação acerca das crenças, comportamentos de risco e protectores da saúde.
- Percepção de auto-competência ou auto-eficácia que se baseia essencialmente na experiência anterior.
- Expectativas associadas ao seu papel social e ao conjunto de planos de acção para responder às exigências da situação e aos estados internos.

Sendo estas as verdades adquiridas a propósito do comportamento dos indivíduos face às doenças crónicas, será interessante perceber se *estas expectativas* sobre *Qualidade de Vida* também se manifestarão a propósito de situações agudas a exigirem intervenção cirúrgica curativa.

Porque é a *cirurgia clássica* e a patologia oncológica que têm merecido a atenção de alguns investigadores, e por considerarmos que a *modernidade cirúrgica*, onde prevalece a menor agressão e melhor tolerância cirúrgica (com menor invasão operatória e melhor e mais rápida recuperação biológica), ainda não foi adequadamente estudada segundo esta perspectiva. Por isso entendemos ser pertinente desenvolver um programa de estudo que nos permita ficar a conhecer a *Qualidade de Vida* em resposta ao tratamento cirúrgico de uma entidade nosológica aguda e de carácter benigno.

É essa repercussão sobre a *Qualidade de Vida* que estudámos, com base num estudo retrospectivo de dois grupos de doentes operados por Colecistite Aguda, um grupo submetidos a uma abordagem clássica, por laparotomia, e outro operados por via laparoscópica.

Qualidade de Vida na perspectiva do Doente *versus* Profissional de Saúde

A QdV é indiscutivelmente uma componente importante na selecção das intervenções “óptimas” para um determinado doente.

Assim sendo, e com o objectivo de comparar as percepções dos doentes acerca da sua QdV com a dos profissionais de saúde que lhes prestam assistência, - Woodend e cols (1997)- realizaram um estudo em doentes cardíacos, partindo do pressuposto que estas percepções seriam sobreponíveis.

Foi solicitado a elementos do *staff*, doentes cardíacos em ambulatório e familiares destes mesmos doentes que definissem o que consideravam importante para a QdV dos doentes, e que dessem uma ordem de prioridade a esses itens da lista.

Os 3 grupos diferiram no *ranking* da seguinte forma: dos 10 itens identificados pelos doentes apenas 3 coincidiam com os 10 primeiros do *staff* e com 5 dos familiares.

Os doentes, em contraste com o *staff* e seus familiares, escolheram aspectos da QdV que reflectem os aspectos positivos da vida. As diferenças foram mais marcantes nos domínios físico, psicológico e de actividades que no domínio social.

Este estudo sugere que a validade das medições de QdV desenvolvidas na perspectiva do prestador de cuidados de saúde pode ser questionada e que estas medições devem ser desenvolvidas na perspectiva do doente.

Colecistectomia e Qualidade de Vida

Segundo Robin. S. McLeod (1990) as patologias da Cirurgia Gastrointestinal nas quais é apropriada a utilização de critérios de qualidade de vida, são:

1. Doenças Gastrointestinais nas quais a principal indicação para cirurgia são os sintomas persistentes:
 - a) Esofagite de refluxo
 - b) Doença ulcerativa péptica
 - c) Doença de Crohn
 - d) Colite Ulcerosa
 - e) Hipertensão portal
 - f) Pancreatite crónica

2. Cirurgia Oncológica
 - a) Cirurgia paliativa
 - b) Cirurgia “mutilante”

3. Cirurgia de transplantação

Compreende-se que há 11 anos a Colecistite não fosse incluída neste grupo de patologias cirúrgicas, já que estávamos no advento de uma outra abordagem cirúrgica (laparoscópica) na qual um dos mais relevantes vectores do êxito foi a pressão exercida pelos doentes.

Sendo verdade adquirida que a cirurgia laparoscópica é caracterizada por uma muito melhor tolerância clínica e biológica, com menor dor no período pós-operatório imediato e com uma muito menor depressão respiratória que faz com às 24 horas as alterações sejam mínimas, justificando que o consumo de analgésicos seja significativamente menor.

Próprio da cirurgia de acesso mínimo é, como é bem sabido, o facto de a cavidade abdominal permanecer fechada durante a realização da intervenção. Como referimos, não há

neste tipo de cirurgia a possibilidade de manipulação nem de desidratação visceral, factos que anulam a parésia intestinal e favorecem a redução do internamento hospitalar para períodos que, em média, são habitualmente inferiores a 48 horas.

A recuperação biológica, social e profissional é, assim, muito mais rápida, com inequívocas vantagens não só para o doente como para a sociedade, face aos, ainda não precisamente conhecidos mas seguramente mais baixos, custos indirectos inerentes à técnica.

Tal como anteriormente referido, fruto da acção concertada de cada um dos vectores assinalados, os doentes foram uma das mais fortes medidas de pressão a impor esta técnica.

Exemplo claro deste facto foi a apresentada na Mayo Clinic Letter, em que a perspectiva do doente é ilustrada do seguinte modo:

“ ... Tom foi colecistectomizado há 8 anos. A intervenção exigiu um longo internamento hospitalar e foi seguida de uma prolongada convalescença em casa e uma cicatriz de 6 polegadas ... ao contrário Ed, um amigo de Tom, hospitalizado de manhã, foi submetido a uma colecistectomia laparoscópica e regressou a casa nessa mesma tarde com um mínimo de desconforto. Em menos de duas semanas Ed voltou à sua rotina habitual ... com apenas 4 minúsculas cicatrizes ... “. E o apontamento termina de uma forma própria da verdadeira *american way of life* quando diz que “... a colecistectomia de Ed representa para Tom a *fast food surgery...*” - Mayo Clinic Letter (1994).

É uma forma ligeira, mas correcta e eficaz de demonstrar que a colecistectomia laparoscópica, quando efectuada por cirurgiões treinados e experientes, é uma intervenção simples e segura, que permite aos doentes uma recuperação rápida e uma excelente qualidade de vida no período pós-operatório imediato.

Contudo, Qualidade de Vida é, em termos conceptuais, uma noção portadora de uma conflitualidade intrínseca entre os âmbitos do senso comum e as perspectivas de ordem científica, como ficou atrás demonstrado.

Revisão da Literatura

Condicionalismos próprios do nosso objectivo pontual, impunham que a investigação se desenrolasse sob a metodologia própria dos estudos retrospectivos.

Para que pudéssemos dispor de uma amostra suficiente e com qualidade bastante para validar as respostas obtidas, definimos incluir no estudo doentes com idade inferior a 75 anos, fisicamente activos e autónomos, e que tivessem sido operados há menos de 3 anos, para que pudessem recordar, com rigor, as condições que viveram e que agora, com as respostas ao Questionário, lhes pedíamos que relatassem.

Como instrumento de medição para o estudo de avaliação da Qualidade de Vida utilizámos o Questionário SF-36 que foi respondido presencialmente por todos os doentes.

Como foi já anteriormente afirmado, as principais vantagens da abordagem cirúrgica laparoscópica sobre a técnica clássica são a menor dor pós-operatória e o mais rápido retorno ao status funcional normal, mas muito poucos estudos incluíram medições validadas da Qualidade de Vida (QdV) como *endpoints*.

Ao procurarmos um racional teórico para a elaboração deste trabalho realizámos uma pesquisa bibliográfica na Medline nos últimos 6 Anos, PubMed e Psiclit e identificámos apenas um artigo subordinado à temática da Qualidade de Vida comparativa entre a abordagem cirúrgica clássica e a laparoscópica - Velanovich (2000).

Este artigo descreve um estudo no qual foi avaliada prospectivamente a Qualidade de Vida em doentes submetidos a 4 tipos de abordagens cirúrgicas laparoscópicas comparativamente à cirurgia clássica, sendo um deles a colecistectomia.

Este estudo representa assim a única fonte bibliográfica de um problema tão premente mas tão pouco estudado - a Qualidade de Vida em Cirurgia Laparoscópica. Nele a QdV foi avaliada pré- e pós-operatoriamente (às 6 semanas) através da utilização do questionário de QdV SF-36.

Os doentes submetidos a colecistectomia laparoscópica apresentaram pós-operatoriamente uma melhoria da mediana de valores em 3 dos 8 parâmetros avaliados quando comparados com os valores pré-operatórios.

Em contraste, os doentes submetidos a esta mesma intervenção cirúrgica por via clássica, não apresentaram melhoria estatisticamente significativa dos valores na avaliação pós-operatória quando comparado com os valores pré-operatórios.

Apesar da amostra ser de reduzidas dimensões (30 doentes colecistectomizados), e dos grupos de comparação não poderem ser considerados comparáveis (intenção de operar apenas 2 por via clássica), este estudo forneceu-nos todavia a fundamentação científica e ética para o estudo que realizámos.

Assim sendo, este trabalho de investigação constitui, tanto quanto é do nosso conhecimento, a primeira avaliação sistematizada das eventuais diferenças na QdV de doentes submetidos a colecistectomia laparoscópica quando comparada com a cirurgia clássica.

Objectivo do Estudo

Como referimos, o objectivo deste nosso estudo é, nuclearmente, a investigação da Qualidade de Vida após Cirurgia Laparoscópica.

Começámos por definir o modelo e a metodologia a seguir no processo de investigação. Como modelo clínico, impunha-se que identificássemos e elegéssemos uma entidade nosológica que, passível de ser tratada cirurgicamente por via laparoscópica e cirurgia clássica, nos permitisse dispor de um universo e duas amostras suficientemente

amplios para validar os resultados muito em especial na vertente da qualidade de vida comparada.

Constatámos que, entre nós, a única entidade nosológica capaz de poder constituir-se como modelo clínico para este tipo de investigação é a Colecistite Aguda.

Esta situação deve-se basicamente a dois factos que se prendem com a possibilidade de obtenção de dois grupos de doentes que, operados por cirurgia clássica ou laparoscópica, se constituíssem como amostras válidas.

De facto, para as patologias em que a abordagem laparoscópica já se afirmou como *gold standard* e em que as intervenções são, como anteriormente referimos, efectuadas sistematicamente sob condições de acesso mínimo, não é possível, ética e clinicamente, poder dispor-se de um grupo de cirurgia clássica.

Ao contrário, na generalidade das situações em que ambas as vias de acesso são efectuadas, e de que são exemplo a cirurgia do cólon e do estômago, o grupo de cirurgia laparoscópica não é ainda suficientemente expressivo para validar amostras com o significado que pretendemos.

Assim sendo, o objectivo principal a ser respondida pelo nosso trabalho, é:

- o *Comparar a Qualidade de Vida de doentes submetidos a colecistectomia por via laparoscópica versus abordagem cirúrgica clássica.*

Como objectivos secundários, identificámos os seguintes:

- o *Comparar a QdV entre os dois sexos nesta população.*
- o *Comparar a QdV entre os vários grupos etários nesta população.*
- o *Comparar a QdV entre os grupos profissionalmente activos e inactivos nesta população.*

MÉTODO

Participantes

Para este estudo seleccionaram-se os indivíduos operados por Colectistectomia Aguda Litiásica, através de cirurgia laparoscópica ou cirurgia clássica (Laparotomia de Kocher), no Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria de Lisboa, entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 2000.

O Serviço de Cirurgia II é um Serviço de Cirurgia Geral, de um Hospital Central e Universitário (Director Professor Doutor Henrique Bicha Castelo), que assegura, como média mensal, 10,8 dias de Serviço de Urgência Externa do Hospital de Santa Maria. Durante o período em análise foram internados no Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria, pela Urgência, 2.152 doentes, entre os quais 231 (10,73%) com o diagnóstico de Colectistite Aguda. Deste universo de doentes (231), 147 foram submetidos a terapêutica cirúrgica no Serviço no próprio dia do internamento, o que constitui uma amostra conveniência.

A estratégia adoptada neste Serviço de Cirurgia para tratamento da Colectistite Aguda assenta em critérios de ordem clínica, sendo privilegiada a terapêutica cirúrgica para todos os doentes que se apresentem com um período de doença inferior a 72 horas.

Consideraram-se como critérios de inclusão no estudo, a idade inferior a 75 anos, a situação física activa e a autonomia do indivíduo à data do início do estudo. Os critérios de exclusão incluíram história de enfarte do miocárdio, acidente cérebro-vascular ou artrite reumatóide incapacitante.

A opção pelo tipo de abordagem cirúrgica, clássica ou laparoscópica, tem como único critério a experiência das equipas de urgência.

Foi possível aceder a um conjunto de 147 processos clínicos de participantes operados, pelo motivo e no período definidos, dos quais foram excluídos 27 doentes: 11 por terem idade superior a 75 anos e 16 por terem sido vítimas de intercorrências clínicas,

fisicamente debilitantes, após a intervenção cirúrgica em avaliação, nomeadamente 6 doentes com enfarte agudo do miocárdio e 10 doentes com acidentes cérebro-vasculares.

Recolheram-se dados relativos a 120 indivíduos, que se distribuíram equitativamente pelos grupos de cirurgia clássica e laparoscópica, com idades compreendidas entre os 22 e os 74 anos (\bar{M} =59 anos, DP=11,7 anos), e que se verificou serem maioritariamente elementos do sexo feminino (78,3%).

Material

Para a recolha da informação relevante para o estudo, utilizou-se o Case Report Form (caderno de recolha de dados - Anexo V) e o questionário SF-36 (Anexo VI).

o CRF (*Case Report Form*)

O caderno de recolha de dados foi construído com base nos dados disponíveis nos registos clínicos dos participantes.

Através do caderno de recolha de dados foi possível obter informação relativa às seguintes variáveis:

- o Variáveis sócio-demográficas - idade (anos), sexo (feminino/masculino), raça (caucasiana/negra/asiática), estado civil (solteiro/casado/divorciado/viúvo), escolaridade, profissão.
- o Antecedentes de doença litíásica - importância clínica (ligeira, moderada, grave), sintomática (S/N), cólicas biliares (S/N), síndrome dispéptica (S/N), episódio de icterícia (S/N), acompanhamento clínico (S/N), proposta cirúrgica (S/N).

- o Episódio agudo de doença - *Se 1º episódio de doença*: início dos sintomas (horas decorridas entre início de sintomas e cirurgia), tipo de sintomas [dor (S/N), vômitos (S/N), febre (S/N), temperatura (°C)], *Murphy vesicular*, enfartamento, reacção peritoneal; *se não foi 1º episódio de doença*: data do 1º episódio, tratamento hospitalar (S/N).
- o Antecedentes pessoais - diabetes mellitus (S/N), insulino-dependente (S/N), doença respiratória (S/N), doença cárdio-vascular (S/N), doença hepática (S/N), outras.
- o Patologia acompanhante - respiratória (S/N), cárdio-vascular (S/N), locomotora (S/N), gravidade da patologia locomotora (ligeira/moderada/grave).

o **Questionário SF-36**

O SF-36 é um instrumento de avaliação do estado de saúde, com base na perspectiva do doente.

É, basicamente, um questionário constituído por 36 itens e desenvolvido com o objectivo de avaliar populações, em geral ou com objectivos específicos, segundo perspectivas de políticas de saúde e de estudos clínicos ou de investigação.

O questionário está elaborado de modo a que possa ser respondido quer pelo próprio indivíduo, desde que tenha idade superior a 14 anos, ou por entrevistadores devidamente preparados, podendo as entrevistas ser presenciais ou efectuadas por telefone.

Este instrumento, que contém 36 itens e que não é específico para qualquer nível etário, doença ou tratamento, detecta tanto os estados positivos como os negativos de saúde, mensurando genericamente conceitos de saúde que representam valores humanos básicos

relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. É um questionário de fácil utilização e que se encontra adaptado a vários países, nomeadamente à língua portuguesa.

O questionário SF-36 cobre oito dimensões de estado de saúde que podem ser agrupadas em duas componentes:

1) *Componente física*

- ♦ função física (10 itens) - mede a limitação na execução de actividades físicas (e.g. Limitações em actividades violentas, tais como correr, levantar, pesos, participar em desportos extenuantes).
- ♦ desempenho físico (4 itens) - mede as limitações em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho (e.g. Durante as últimas 4 semanas teve de, no seu trabalho ou actividades diárias, diminuir o tempo gasto a trabalhar em outras actividades como consequência do seu estado físico?).
- ♦ dor corporal (2 itens) - mede a intensidade e o desconforto causados pela dor e a forma como esta influencia a execução de tarefas diárias (e.g. Durante as últimas 4 semanas teve dores?).
- ♦ saúde em geral (5 itens) - mede o conceito de percepção global da saúde, que engloba saúde actual, resistência à doença e aparência saudável (e.g. Em geral diria que a sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável ou fraca?).

2) *Componente mental*

- ♦ vitalidade (4 itens) - mede os níveis de energia e de fadiga, traduzindo as diferenças de bem-estar (e.g. Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu cheio/a de vitalidade?).

- ♦ função social (2 itens) - traduz a quantidade e qualidade das actividades sociais do indivíduo (e.g. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social?).
- ♦ saúde mental (5 itens) - engloba a ansiedade, a depressão, a perda de controlo a nível comportamental e emocional, tal como o bem-estar psicológico (e.g. Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu muito nervoso/a?).
- ♦ desempenho emocional (3 itens) - mede as limitações em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho (e.g. Durante as últimas 4 semanas, fez menos do que queria, no seu trabalho ou com actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais?).

O questionário SF36 engloba ainda um item correspondente à mudança de saúde, refere-se ao estado de saúde do doente há um ano atrás.

Estas escalas foram construídas posteriormente à verificação das respostas dadas aos 36 itens e à transformação das mesmas através de um sistema de codificação de dois tipos: inversão de valores para os itens das dimensões dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental e recalibração nos itens das dimensões dor corporal e saúde geral, com o apoio de funções de valor.

Este questionário pode ser auto administrado, administrado através de uma entrevista, pelo correio ou pelo telefone - Kaplan (1997). Para evitar enviesamentos causados pela interacção do entrevistado com o prestador de cuidados, o SF-36 deve ser preenchido antes do sujeito responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença.

Devido ao seu conteúdo, robustez e simplicidade, o questionário SF-36 tem vindo a ser um dos instrumentos genéricos de medição do estado de saúde mais utilizados a nível internacional e na avaliação de resultados clínicos.

Desenho da investigação

De acordo com o objectivo delineado desenhou-se um estudo retrospectivo e transversal, por consulta aos processos clínicos dos doentes operados por Colecistectomia Aguda Litiásica no estabelecimento hospitalar e nas datas anteriormente referidas.

Seleccionaram-se indivíduos que tivessem sido operados há menos de 3 anos, de forma a que o conjunto de participantes pudesse recordar, com rigor, as condições que viveram e as quais lhes foi pedido que recordassem.

Procedimentos

O levantamento para a análise retrospectiva dos processos clínicos do Arquivo Clínico do Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria, foi iniciado após prévia autorização da Direcção Clínica do mesmo hospital (Anexo II), que dispensou o parecer da Comissão de Ética, face ao teor do consentimento informado (Anexo IV) que foi obtido de todos os participantes.

Após convocação telefónica e escrita (Anexo III) os doentes foram avaliados presencialmente, tendo-lhes sido pedido o esforço de se recordarem da situação e condições, físicas e psicológicas, em que se encontravam no período compreendido entre as 4 e as 8 semanas após a intervenção cirúrgica. O facto desse período coincidir com a alta clínica era uma referência sólida e segura para poderem agora recordar e valorizar a situação em que então se encontravam e as consequências resultantes da intervenção cirúrgica.

Neste contacto inicial foi ainda planeado com cada um dos indivíduos que afirmaram querer participar no estudo, uma visita ao Serviço de Cirurgia II, para se proceder à aplicação da versão portuguesa do questionário de qualidade de vida SF-36 (Anexo VI).

À data da visita, e anteriormente à aplicação do SF-36, foi pedido aos participantes o seu consentimento informado assinado e datado, para a entrada no estudo, tendo-se garantido a confidencialidade de toda a informação recolhida.

O SF-36 foi aplicado na presença da autora do estudo ou de um médico do Serviço, que não se encontravam em ocultação perante o tipo de cirurgia de cada um dos participantes.

Foi pedido aos participantes que se recordassem da condição física e psicológica, em que se encontravam no período compreendido entre as 4 e as 8 semanas após a intervenção cirúrgica.

Tal como dito anteriormente, o facto desse período coincidir com a alta clínica constituiu uma referência sólida e segura que facilitou o processo de recordar e valorizar a situação em que então se encontravam, tal como as consequências resultantes da intervenção cirúrgica.

Estatística

Os resultados estatísticos apresentados neste estudo englobam uma análise descritiva das variáveis recolhidas e uma análise comparativa entre grupos de indivíduos.

Na análise descritiva apresentaram-se as características globais dos participantes seleccionados e as características de cada grupo de participantes, diferenciado por tipo de cirurgia.

Para as variáveis contínuas calcularam-se medidas de tendência central e de dispersão: média, mediana, desvio padrão, intervalo de confiança a 95% (IC), mínimo e máximo. Na descrição das variáveis categóricas utilizaram-se quadros de frequência (n) e representação percentual (%) de cada classe.

Na análise comparativa procedeu-se a um estudo das pontuações obtidas em cada uma das escalas, para cada um dos grupos de cirurgia (intra-grupo), considerando-se parâmetros sócio-demográficos e de história médica.

Anterior à comparação das pontuações inter-grupo, ou seja, entre grupos de cirurgia, procedeu-se à comparação das suas características basais, de forma a serem detectados potenciais factores de enviesamento.

Após a análise de homogeneidade entre grupos, compararam-se as pontuações obtidas entre os dois grupos de participantes, diferenciados pela cirurgia a que haviam sido submetidos. Foram ainda comparadas as pontuações inter grupos, tendo em conta os factores passíveis de enviesar os resultados obtidos inicialmente.

Para esta análise utilizaram-se testes estatísticos para a comparação e estudo de associações entre variáveis. A escolha dos testes estatísticos dependeu da natureza de variável a analisar (contínua ou categórica), da relação entre as variáveis (variáveis dependentes ou independentes) e da respectiva distribuição.

Utilizaram-se testes não paramétricos devido a ter-se rejeitado a hipótese de que as variáveis analisadas tinham uma distribuição Normal. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar esta hipótese.

Na comparação de duas variáveis contínuas independentes recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, enquanto que para a comparação de mais de duas variáveis, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para o estudo da associação entre variáveis categóricas utilizou-se o teste do qui-quadrado, e para a correlação de variáveis contínuas calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson (paramétrico) ou o coeficiente de correlação de Spearman (não paramétrico).

Consideraram-se testes bicaudais, estabelecendo-se um nível de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Resultados Descritivos

Foram analisados os resultados de 120 questionários relativos aos participantes que foram incluídos no estudo. Destes 120 questionários, 60 correspondem aos participantes sujeitos a colecistectomia clássica e os outros 60 correspondem a participantes submetidos a colecistectomia laparoscópica.

Parâmetros sócio-demográficos

A maioria dos participantes era do sexo feminino (78,3%), verificando-se existir uma proporção de 4 participantes do sexo feminino para 1 participante do sexo masculino.

Quadro 1 - Distribuição dos participantes por sexo

Sexo	n	%
feminino	94	78,3
masculino	24	20,0
não responde	2	1,7
Total	120	100,0

A maioria dos participantes era de raça caucasiana, tendo-se registado apenas um indivíduo de raça negra.

A idade dos participantes mostrou ter uma distribuição assimétrica, em que as classes relativas aos participantes com mais idade surgiram com uma maior frequência.

A idade média dos participantes era de 59 anos, um valor relativamente próximo da mediana que era de 61 anos.

Não se verificaram diferenças significativas na idade entre sexos ($p=0,59$).

Quadro 2 – Medidas de tendência central e dispersão relativas à idade dos participantes

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	IC (95%)	Min-máx
Idade	118	59,0	61,0	11,7	56,8-61,1	22-74

Relativamente ao estado civil dos participantes, a maioria era casada (75,8%).

Quadro 3 - Distribuição dos participantes por estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	4	3,3
Casado	91	75,8
Divorciado	5	4,2
Viúvo	18	15,0
Não responde	2	1,7
Total	120	100,0

Verificou-se que a maioria dos participantes referiu estar em situação profissional activa (58,3%).

Quadro 4 - Distribuição dos participantes por situação profissional

Situação profissional	n	%
Activo	70	58,3
Reformado	47	39,2
Não responde	3	2,5
Total	120	100,0

A maioria dos participantes apresentou níveis de escolaridade entre o 1º e o 6º anos (51,7%).

Quadro 5 – Distribuição dos participantes por escolaridade

Escolaridade	n	%
sem escolaridade	4	3,3
1º-6º ano	62	51,7
7º-12º ano	39	32,5
ensino superior	13	10,8
não responde	2	1,7
Total	120	100,0

Antecedentes de Doença Litiásica

No que diz respeito à sintomatologia associada à doença litiásica verificou-se que 86,7% dos participantes respondeu afirmativamente à sintomática, 65,9% referiram ter cólicas biliares enquanto que 89,2% apresentavam síndrome dispéptica. A grande maioria dos participantes (85%) não apresentou episódios de icterícia. 75% dos participantes referiu ter sido submetido a acompanhamento clínico, embora apenas 56,7% tenha afirmado ter tido uma proposta cirúrgica.

Quadro 6 – Caracterização dos antecedentes de doença litiásica

Antecedentes	n	%
Sintomática		
sim	104	86,7
não	16	13,3
Cólicas Biliares		
sim	79	65,9
não	40	33,3
não responde	1	0,8
Síndrome dispéptica		
sim	107	89,2
não	13	10,8
Episódio de Icterícia		
sim	14	11,7
não	102	85,0
Não responde	4	3,3
Acompanhamento clínico		
sim	90	75,0
não	30	25,0
Proposta cirúrgica		
sim	68	56,7
não	51	42,5
Não responde	1	0,8

Episódio Agudo de Doença

Verificou-se que 90% dos participantes referiu o episódio de doença como tendo sido o 1º registando-se um intervalo médio, entre o início dos sintomas e a cirurgia, de 50h.

Quadro 7 - 1º Episódio de Doença

1º episódio	n	%
Sim	108	90,0
Não	12	10,0
Total	120	100,0

Nos casos em que o episódio agudo de doença se deu pela primeira vez, verificou-se que em todos os sintomas questionados (cólicas, moínha intensa, vômitos, febre, *Murphy vesicular* e enfartamento) a maioria dos participantes respondeu sempre afirmativamente, com excepção da reacção peritoneal que era ausente em 70,8% dos doentes.

Quadro 8 – Caracterização do primeiro episódio agudo de doença

Características	n	%
Cólicas		
sim	63	52,5
não	1	0,8
não responde	56	46,7
Moinha Intensa		
sim	62	51,7
não	--	--
não responde	58	48,3
Vômitos		
sim	107	89,1
não	8	6,7
não responde	5	4,2
Febre		
sim	91	75,9
não	22	18,3
não responde	7	5,8
Enfartamento		
sim	110	91,6
não	5	4,2
não responde	5	4,2
Murphy Vesicular		
Positivo	107	89,1
negativo	8	6,7
não responde	5	4,2
Reacção Peritoneal		
sim	28	23,4
não	85	70,8
não responde	7	5,8

Nos casos em que a ocorrência do episódio agudo de doença não foi a primeira, 5 participantes afirmaram ter sido sujeitos a tratamento hospitalar.

Quadro 9 - Distribuição dos participantes por ocorrência de tratamento hospitalar

Tratamento hospitalar	n	%
Sim	6	50,0
Não	1	8,3
não responde	5	41,7
não aplicável	108	-
Total	120	100,0

Antecedentes Pessoais

Relativamente aos antecedentes pessoais apenas 28,3% dos participantes referiu sofrer de diabetes, 2,5% dos quais sendo insulino dependentes. A maioria dos casos não apresentavam doença respiratória (89,2%), cárdio-vascular (60,9%) ou hepática (93,3%), referindo, no entanto, outro tipo de doenças (46,6%).

Quadro 10 - Antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	n	%
Diabetes		
Insulino dependente	3	2,5
Não insulino dependente	31	25,8
não	85	70,8
não responde	1	0,9
Doença Respiratória		
sim	11	9,1
não	107	89,2
não responde	2	1,7
Doença Cárdio-vascular		
sim	46	38,3
não	73	60,9
não responde	1	0,8
Doença Hepática		
sim	5	4,2
não	112	93,3
não responde	3	2,5
Outras		
sim	56	46,6
não	59	49,2
não responde	5	4,2

Patologia vesicular

No que diz respeito à patologia vesicular, 47,5% dos participantes classificou a importância clínica como moderada, 40% como ligeira e apenas 10,8% como grave.

Quadro 11 - Importância Clínica de Patologia Vesicular

Importância clínica	n	%
Ligeira	48	40,0
Moderada	57	47,5
Grave	13	10,8
não responde	2	1,7
Total	120	100,0

57,5% dos participantes referiu ter tido uma proposta prévia de cirurgia.

Quadro 12 - Proposta Cirúrgica Prévia em Patologia Vesicular

Proposta cirúrgica	n	%
Sim	69	57,5
Não	50	41,7
não responde	1	0,8
Total	120	100,0

Patologia acompanhante

Relativamente às patologias acompanhantes salienta-se o facto de que 84,2% dos participantes referiu não sofrer de patologia respiratória. Verificou-se um grande equilíbrio no que diz respeito às patologias cardíco-vascular e locomotora.

Quadro 13 - Patologias acompanhantes

Patologias		n	%
Respiratória	sim	13	10,8
	não	101	84,2
	não responde	6	5,0
Cárdio-vascular	sim	58	48,3
	não	58	48,3
	não responde	4	3,4
Locomotora	sim	54	45,0
	não	58	48,3
	não responde	8	6,7

De entre os participantes que responderam afirmativamente à patologia locomotora, 31,7% referiu ser de gravidade ligeira, 30% moderada e 7,5% grave.

Quadro 14 - Gravidade de Patologia Locomotora

Gravidade	n	%
Ligeira	38	31,7
Moderada	36	30,0
Grave	9	7,5
Não aplicável	37	30,8
Total	120	100,0

Avaliação geral dos resultados do SF-36

Relativamente à descrição das respostas obtidas no SF-36, verificou-se que 37,5% dos participantes consideravam a sua saúde razoável, enquanto 30,8% classificaram a sua saúde como boa.

Comparativamente a um ano antes da cirurgia, 51,7% dos doentes descreveu o seu estado como muito melhor e 39,2% com algumas melhoras.

Em termos de função física, aproximadamente metade dos participantes referiu estar muito limitado na execução de tarefas violentas e em andar mais de 1 Km. Nas outras actividades, a maioria dos participantes referiu estarem um pouco ou nada limitados. No desempenho físico, o perfil dos participantes foi consideravelmente positivo.

Na função social, a maioria dos participantes não teve limitações nem interferências na actividade social normal.

Comparando os resultados médios obtidos nas 8 escalas, verificou-se que a dor corporal, a função social e a saúde mental foram as escalas em que os participantes apresentaram pontuações médias e medianas mais elevadas. Registou-se na dimensão do desempenho físico a pontuação média mais baixa, mostrando-se contudo relativamente próxima das pontuações obtidas nas restantes escalas analisadas.

A variância das pontuações foi superior no desempenho emocional e no desempenho físico.

Quadro 15 - Pontuações médias para as escalas do SF-36

Escalas (n=120)	Média	Mediana	desvio padrão	min-máx
Dor corporal	75,0	84,0	25,96	0-100
Desempenho emocional	56,38	66,66	44,86	0-100
Desempenho físico	48,54	50,0	42,54	0-100
Função física	67,37	70,0	25,02	15-100
Função social	76,87	87,5	23,40	12,5-100
Saúde geral	55,44	56,0	20,59	5-100
Saúde mental	71,08	80,0	26,40	12-100
Vitalidade	59,04	65,0	28,37	0-100

Análise dos resultados obtidos no questionário SF-36

Avaliação comparativa global

Relativamente à comparação das pontuações obtidas nas oito escalas por sexo, verifica-se existirem diferenças significativas no desempenho emocional, saúde mental e vitalidade. Nestas dimensões, o sexo masculino apresenta melhores pontuações.

Quadro 16 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por sexo

Escalas	Sexo		U	Valor p
	feminino (n=94)	masculino (n=24)		
Dor corporal	73,9(±26,5)	79,2(±24,3)	1020,5	ns
Desempenho emocional	51,7(±44,4)	75,0(±41,9)	807,0	0,02
Desempenho físico	46,2(±42,5)	58,3(±42,1)	955,0	ns
Função física	65,8(±24,2)	75,0(±27,5)	865,5	ns
Função social	75,2(±23,8)	83,8(±20,6)	905,5	ns
Saúde geral	54,4(±19,6)	62,0(±22,0)	887,0	ns
Saúde mental	68,8(±27,0)	81,3(±20,7)	821,0	0,03
Vitalidade	56,1(±28,4)	71,0(±26,5)	766,5	0,01

A análise da pontuação obtida em cada uma das escalas e a idade do participante revela uma correlação indirecta entre a idade e a função física, tal como com a saúde geral, saúde mental e vitalidade. Estas correlações significativas mostram que os indivíduos mais jovens apresentam pontuações mais elevadas.

Quadro 17 - Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes

Escalas (n=118)	Coefficiente de correlação de Spearman	Valor p
Dor corporal	0,028	ns
Desempenho emocional	-0,076	ns
Desempenho físico	-0,099	ns
Função física	-0,546	<0,001
Função social	-0,076	ns
Saúde geral	-0,271	0,003
Saúde mental	-0,227	0,01
Vitalidade	-0,262	0,004

De acordo com os resultados obtidos da comparação das pontuações por situação profissional, verifica-se existirem diferenças significativas relativamente às pontuações obtidas na função física e saúde geral. Estas revelaram-se superiores nos participantes que se encontravam profissionalmente activos.

Quadro 18 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por situação profissional

Escalas	Situação profissional		U	Valor p
	Activo (n=70)	Reformado (n=47)		
Dor corporal	73,3(±26,0)	77,1(±26,3)	1503,0	ns
Desempenho emocional	55,2(±43,9)	58,1(±46,8)	1602,5	ns
Desempenho físico	50,0(±42,9)	46,8(±42,8)	1570,0	ns
Função física	75,2(±21,9)	56,0(±25,3)	919,5	<0,001
Função social	75,5(±23,3)	78,9(±23,9)	1520,0	ns
Saúde geral	59,6(±19,8)	50,2(±20,2)	1215,5	0,01
Saúde mental	72,8(±26,0)	69,3(±27,0)	1470,0	ns
Vitalidade	61,8(±29,6)	55,2(±27,1)	1416,0	ns

Para a análise das pontuações médias por nível de escolaridade, excluiu-se o grupo relativo aos participantes sem escolaridade, por este ser apenas constituído por 4 indivíduos.

Na função física e na saúde geral obtiveram-se diferenças estatísticas entre os três níveis de escolaridade considerados. Verificou-se que a pontuação média, em ambas as dimensões, aumenta consoante se sobe no nível de escolaridade dos participantes.

Quadro 19 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por escolaridade

Escalas	Escolaridade			χ^2	Valor p
	1º-6º ano (n=62)	7º-12º ano (n=39)	ensino superior (n=13)		
Dor corporal	78,8(±25,0)	67,6(±27,2)	75,8(±27,5)	4,78	ns
Desempenho emocional	55,9(±44,3)	53,8(±45,6)	76,9(±39,4)	2,81	ns
Desempenho físico	47,6(±42,6)	47,4(±42,5)	65,4(±40,2)	1,97	ns
Função física	63,7(±24,5)	69,8(±25,3)	86,2(±16,2)	9,78	0,008
Função social	77,6(±23,0)	74,0(±22,7)	85,6(±26,4)	4,11	ns
Saúde geral	53,6(±19,8)	55,6(±19,7)	72,2(±17,7)	8,7	0,01
Saúde mental	70,4(±26,1)	69,8(±28,0)	81,2(±23,4)	2,18	ns
Vitalidade	57,9(±27,6)	57,9(±31,1)	70,4(±25,0)	1,99	ns

Não se procedeu com o estudo das pontuações obtidas no SF-36 entre participantes com patologia respiratória tal como nos participantes com antecedentes de doença hepática devido ao reduzido número de participantes em que se registaram estas patologias.

Relativamente ao estudo das pontuações obtidas pelos participantes com e sem patologia cardíaco-vascular, verificou-se existirem diferenças estatísticas em todas as dimensões, com exceção do desempenho físico e da função social. O grupo dos participantes sem patologia cardíaco-vascular apresentou médias significativamente superiores às apresentadas pelo grupo de participantes com a patologia referida.

Quadro 20 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia cardíaco-vascular

Escalas	Patologia cardíaco-vascular		U	Valor p
	Sim (n=58)	não (n=58)		
Dor corporal	69,8(±26,2)	79,7(±25,0)	1315,0	0,04
Desempenho emocional	47,1(±44,6)	64,3(±43,6)	1334,0	0,04
Desempenho físico	42,2(±41,6)	54,3(±43,2)	1404,0	ns
Função física	57,0(±22,2)	78,7(±23,4)	805,0	<0,001
Função social	73,4(±23,6)	79,9(±22,6)	1401,5	ns
Saúde geral	49,4(±19,1)	61,3(±20,5)	1123,0	0,002
Saúde mental	64,8(±25,7)	76,8(±25,7)	1126,0	0,002
Vitalidade	50,2(±26,7)	67,6(±27,7)	1068,0	0,001

Observaram-se diferenças significativas nas pontuações obtidas em todas as escalas entre os participantes com e sem patologia locomotora, à exceção da dor corporal e da função social. Nas escalas em que houve diferenças o grupo de participantes sem patologia locomotora apresentou médias superiores comparativamente ao grupo de participantes com patologia locomotora.

Quadro 21 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia locomotora

Escalas	Patologia locomotora		U	Valor p
	sim (n=54)	não (n=58)		
Dor corporal	72,8(±22,4)	78,7(±27,3)	1286,5	ns
Desempenho emocional	48,1(±42,7)	64,9(±44,7)	1232,5	0,04
Desempenho físico	39,3(±40,2)	57,7(±42,7)	1207,5	0,03
Função física	54,3(±20,2)	81,0(±21,9)	575,0	<0,001
Função social	75,2(±20,9)	78,6(±24,7)	1357,0	ns
Saúde geral	49,1(±17,5)	62,4(±20,0)	945,5	<0,001
Saúde mental	64,8(±25,6)	78,5(±24,9)	965,5	<0,001
Vitalidade	50,0(±22,5)	68,8(±29,3)	920,5	<0,001

Entre o grupo de participantes com diabetes e o grupo de participantes sem diabetes não existiram diferenças significativas nas pontuações de nenhuma das oito escalas representadas no SF-36.

Quadro 22 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem antecedentes de diabetes

Escalas	Diabetes		U	Valor p
	sim (n=34)	não (n=85)		
Dor corporal	71,4 ($\pm 24,8$)	76,1 ($\pm 26,4$)	1261,0	ns
Desempenho emocional	49,0 ($\pm 42,8$)	58,8 ($\pm 45,6$)	1283,5	ns
Desempenho físico	47,0 ($\pm 42,9$)	48,5 ($\pm 42,4$)	1417,0	ns
Função física	64,1 ($\pm 26,4$)	69,0 ($\pm 24,4$)	1282,5	ns
Função social	73,8 ($\pm 23,5$)	77,7 ($\pm 23,4$)	1302,5	ns
Saúde geral	50,8 ($\pm 17,3$)	57,2 ($\pm 21,6$)	1174,0	ns
Saúde mental	72,1 ($\pm 23,8$)	70,4 ($\pm 27,5$)	1422,0	ns
Vitalidade	55,5 ($\pm 27,9$)	60,1 ($\pm 28,6$)	1308,0	ns

Avaliação comparativa dos resultados do SF-36 para colecistectomia clássica

Procedeu-se à análise comparativa das pontuações obtidas em cada uma das escalas do SF-36, dentro do grupo dos participantes que foram operados através de colecistectomia clássica.

As pontuações entre sexos foi semelhante, não se tendo detectado quaisquer diferenças significativas entre as mesmas.

Quadro 23 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por sexo

Escalas	Sexo		U	Valor p
	feminino (n=49)	masculino (n=10)		
Dor corporal	56,04(±24,43)	59,3 (±25,13)	238,5	ns
Desempenho emocional	34,69(±41,92)	50,0 (±47,79)	203,0	ns
Desempenho físico	37,24(± 41,49)	30,0 (±36,89)	222,0	ns
Função física	66,30(± 24,40)	73,5 (±30,55)	185,0	ns
Função social	66,07(±26,14)	73,75 (±27,91)	204,5	ns
Saúde geral	55,36(±17,67)	58,7 (±21,14)	220,0	ns
Saúde mental	63,05(±25,50)	76,4 (±21,61)	168,0	ns
Vitalidade	46,53(±26,75)	61,0 (±30,98)	172,0	ns

Através do estudo das correlações entre as pontuações e a idade dos participantes, concluiu-se existir uma relação indirecta entre este último parâmetro e a função física, tal como com a saúde geral. O valor dos coeficientes de correlação traduz-se na constatação de que melhores pontuações provêm de participantes mais jovens.

Quadro 24 - Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes

Escalas (n=59)	Coefficiente de correlação de Spearman	Valor p
Dor corporal	0,21	ns
Desempenho emocional	0,02	ns
Desempenho físico	0,05	ns
Função física	-0,58	ns
Função social	-0,02	ns
Saúde geral	-0,24	ns
Saúde mental	-0,15	ns
Vitalidade	-0,21	ns

As pontuações obtidas na função física para os participantes que se encontravam numa situação profissional activa foram significativamente superiores às verificadas no grupo de participantes que se encontravam na reforma.

Nas restantes escalas não se assinalaram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 25 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por situação profissional

Escalas	Situação profissional		U	Valor p
	activo (n=36)	Reformado (n=23)		
Dor corporal	53,69(±20,89)	61,13(±28,89)	323,5	ns
Desempenho emocional	33,33(±40,62)	43,47(±46,53)	375,0	ns
Desempenho físico	31,25(±38,44)	43,47(±43,44)	351,0	ns
Função física	75,69(±20,25)	53,91(±25,93)	208,5	0,001
Função social	63,88(±23,86)	72,82(±29,59)	343,5	ns
Saúde geral	58,83(±17,14)	51,39(±19,12)	326,5	ns
Saúde mental	64,82(±24,59)	66,08(±26,72)	395,0	ns
Vitalidade	49,86(±29,01)	47,6(±26,27)	397,5	ns

Na comparação de pontuações entre grupos de escolaridade, incluíram-se apenas as classes 1º-6º ano e 7-12º ano, devido ao reduzido número de participantes nas restantes classes.

Os participantes com um nível superior de escolaridade apresentaram pontuações, relativas à dor corporal significativamente superiores às observadas no grupo de participantes com um nível de escolaridade pertencente à classe 1º-6º ano.

Quadro 26 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por escolaridade

Escalas	Escolaridade		U	Valor p
	1º-6º ano (n=28)	7º-12º ano (n=21)		
Dor corporal	60,50(±25,98)	46,71(±17,57)	171,5	0,01
Desempenho emocional	35,71(±43,44)	31,74(±38,69)	291,5	ns
Desempenho físico	35,71(±40,49)	30,95(±38,65)	277,0	ns
Função física	61,25(±25,07)	70,23(±23,63)	229,5	ns
Função social	69,64(±27,72)	62,50(±22,0)	242,0	ns
Saúde geral	53,85(±19,50)	55,37(±15,12)	291,5	ns
Saúde mental	64,05(±24,36)	63,80(±26,57)	291,0	ns
Vitalidade	48,92(±26,50)	43,33(±28,69)	253,5	ns

No domínio da função física, os participantes sem patologia cardíaco-vascular mostraram uma pontuação média significativamente superior à registada no grupo de participantes sem patologias cardíaco-vasculares. Nos restantes domínios não se demonstraram diferenças significativas.

Quadro 27 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia cardíaco-vascular

Escalas	Patologia cardíaco-vascular		U	Valor p
	sim (n=38)	não (n=21)		
Dor corporal	57,65(±23,96)	55,66(±25,4)	346,0	ns
Desempenho emocional	38,59(±43,51)	30,15(40,69)	354,5	ns
Desempenho físico	39,47(±42,96)	26,19(34,88)	333,0	ns
Função física	59,86(±22,97)	79,52(23,6)	199,0	0,001
Função social	67,43(±26,08)	64,88(26,69)	372,0	ns
Saúde geral	52,02(±17,43)	60,52(17,77)	286,5	ns
Saúde mental	63,78(±24,05)	67,5(27,21)	349,5	ns
Vitalidade	45,26(±25,78)	54,28(30,05)	327,5	ns

Tal como na análise anterior, apenas na função física se detectaram diferenças significativas, tendo-se observado a melhor pontuação no grupo de participantes sem patologia locomotora.

Quadro 28 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia locomotora

Escalas	Patologia locomotora		U	Valor p
	sim (n=28)	não (n=27)		
Dor corporal	57,5 (±19,46)	57,66(±26,74)	332,5	ns
Desempenho emocional	38,09(±42,27)	30,86(±41,26)	341,5	ns
Desempenho físico	34,82(±39,28)	32,4 (±40,32)	350,0	ns
Função física	56,25(±21,88)	79,44(±21,49)	161,0	<0,001
Função social	70,98 (±24,3)	62,03(±25,58)	299,5	ns
Saúde geral	53,53(±14,57)	58,59(±18,56)	300,0	ns
Saúde mental	64,85(±22,84)	67,46(±26,79)	338,5	ns
Vitalidade	44,82 (±20,7)	53,14(±31,65)	317,0	ns

Relativamente à comparação de pontuações entre participantes com e sem antecedentes de diabetes, não se verificaram qualquer tipo de diferenças entre os dois grupos analisados.

Quadro 29 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem diabetes

Escalas	Diabetes		U	Valor p
	sim (n=22)	Não (n=38)		
Dor corporal	62,36(±25,65)	53,39(±22,96)	332,0	ns
Desempenho emocional	39,39(±41,95)	35,08 (±43,8)	379,0	ns
Desempenho físico	42,04(±41,82)	31,57(±39,71)	352,5	ns
Função física	65,45(±26,72)	67,89(±23,75)	404,5	ns
Função social	67,61(±25,48)	66,77(±26,99)	413,5	ns
Saúde geral	52,85(±16,89)	57,15(±18,95)	357,0	ns
Saúde mental	67,27(±23,53)	64,56(±26,19)	405,0	ns
Vitalidade	47,04(±26,79)	50,13(±28,24)	390,5	ns

Avaliação comparativa dos resultados do SF-36 para colecistectomia laparoscópica

Procedeu-se à análise comparativa das pontuações obtidas em cada uma das escalas do SF-36, dentro do grupo dos participantes que foram operados através de colecistectomia laparoscópica.

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram pontuações significativamente superiores às do sexo feminino relativamente ao desempenho emocional e desempenho físico.

Quadro 30 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por sexo

Escalas	Sexo		U	Valor p
	feminino (n=45)	masculino (n=14)		
Dor corporal	93,51 ($\pm 9,71$)	93,42 ($\pm 9,62$)	310,5	ns
Desempenho emocional	70,37 ($\pm 39,70$)	92,85 ($\pm 26,72$)	210,0	0,02
Desempenho físico	56,11 ($\pm 42,02$)	78,57 ($\pm 33,76$)	220,5	ns
Função física	65,77 ($\pm 25,08$)	76,07 ($\pm 26,25$)	238,0	ns
Função social	85,27 ($\pm 16,27$)	91,07 ($\pm 9,07$)	264,0	ns
Saúde geral	53,35 ($\pm 21,82$)	64,42 ($\pm 23,18$)	226,5	ns
Saúde mental	75,11 ($\pm 27,57$)	84,85 ($\pm 20,22$)	258,5	ns
Vitalidade	66,66 ($\pm 26,67$)	78,21 ($\pm 21,26$)	232,5	ns

Verificou-se existir uma relação entre a idade e cinco domínios da escala SF-36: desempenho físico, função física, saúde geral, saúde mental e vitalidade. Todas as correlações significativas são negativas, sendo possível inferir que quanto maior é a idade mais baixa será a pontuação nestes domínios.

Quadro 31 - Correlação entre a pontuação e a idade dos participantes

Escalas (n=60)	Coefficiente de correlação de Spearman	Valor p
Dor corporal	-0,14	ns
Desempenho emocional	-0,21	ns
Desempenho físico	-0,26	0,04
Função física	-0,53	<0,001
Função social	-0,20	ns
Saúde geral	-0,26	0,04
Saúde mental	-0,29	0,02
Vitalidade	-0,31	0,01

Os participantes que se encontravam numa situação profissional activa obtiveram pontuações a nível do desempenho físico, função física, saúde geral, saúde mental e vitalidade significativamente superiores às obtidas pelos participantes que se encontravam reformados.

Quadro 32 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por situação profissional

Escalas	Situação profissional		U	Valor p
	activo (n=34)	Reformado (n=24)		
Dor corporal	94,05(±9,76)	92,41(±9,61)	367,0	ns
Desempenho emocional	78,43 (±34,7)	72,22(±43,59)	388,0	ns
Desempenho físico	69,85(±38,81)	50,0 (±42,98)	299,0	ns
Função física	74,7 (±23,92)	58,12(±25,14)	250,5	0,01
Função social	87,86(±15,22)	84,89(±15,18)	353,0	ns
Saúde geral	60,55(±22,53)	49,25(±21,53)	287,5	ns
Saúde mental	81,41 (±25,1)	72,5 (±27,64)	304,5	ns
Vitalidade	74,55(±24,81)	62,5(±26,49)	293,5	ns

Na comparação de pontuações entre grupos de escolaridade, incluíram-se apenas as classes 1º-6º ano e 7-12º ano, devido ao reduzido número de participantes nas restantes classes.

Não se verificaram diferenças significativas entre as duas classes de escolaridade, no que diz respeito às pontuações obtidas nos oito domínios do SF-36.

Quadro 33 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, por escolaridade

Escalas	Escolaridade		U	Valor p
	1º-6º ano (n=34)	7º-12º ano (n=18)		
Dor corporal	93,94(±9,25)	91,88(±11,07)	277,0	ns
Desempenho emocional	72,54(±38,02)	79,62(±39,83)	261,5	ns
Desempenho físico	57,35(±42,43)	66,66(±39,29)	268,5	ns
Função física	65,73(±24,15)	69,44(±27,80)	269,5	ns
Função social	84,19(±15,78)	87,50(±14,85)	268,5	ns
Saúde geral	53,32(±20,39)	55,77(±24,45)	287,5	ns
Saúde mental	75,64(±26,70)	76,88(±28,73)	259,5	ns
Vitalidade	65,29(±26,62)	75,00(±24,91)	230,0	ns

As pontuações dos participantes sem patologia cardíovoascular foram significativamente superiores em todos domínios, com excepção da dor corporal e da função social, em que os valores foram semelhantes entre grupos.

Quadro 34 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia cardíovoascular

Escalas	Patologia cardíovoascular		U	Valor p
	sim (n=20)	não (n=37)		
Dor corporal	93(±9,16)	93,4(±10,09)	354,0	ns
Desempenho emocional	63,3(±43,12)	83,78(±32,03)	269,0	0,04
Desempenho físico	47,5(±39,65)	70,27(±39,45)	239,5	0,02
Função física	51,75(±20,14)	78,24(±23,6)	147,5	<0,001
Função social	85(±11,89)	88,51(±14,54)	296,0	ns
Saúde geral	44,5(±21,67)	61,83(±22,13)	214,0	0,009
Saúde mental	67(±29,24)	82,16(±23,56)	232,5	0,02
Vitalidade	59,75(±26,62)	75,27(±23,5)	231,5	0,02

Os valores obtidos, em todos os domínios, pelos participantes sem patologia locomotora foram significativamente superiores relativamente aos dos participantes com patologia locomotora.

Quadro 35 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem patologia locomotora

Escalas	Patologia locomotora		U	Valor p
	sim (n=26)	não (n=31)		
Dor corporal	89,38(±10,69)	97,03(±7,15)	247,0	0,003
Desempenho emocional	58,97(±41,42)	94,62(±19,43)	203,0	<0,001
Desempenho físico	44,23(±41,41)	79,83(±31,23)	210,0	0,001
Função física	52,3(±18,55)	82,41(±22,5)	126,0	<0,001
Função social	79,8(±15,84)	93,14(±11,56)	193,5	<0,001
Saúde geral	44,42(±19,4)	65,83(±21,03)	182,5	<0,001
Saúde mental	64,76(±28,75)	88,25(±18,81)	144,0	<0,001
Vitalidade	55,76(±23,52)	82,58(±18,87)	141,0	<0,001

Detectaram-se diferenças significativas nas pontuações relativas à dor corporal. O grupo de participantes sem antecedentes de diabetes, comparativamente ao grupo de participantes com antecedentes, obteve pontuações superiores neste domínio.

Quadro 36 - Pontuações médias para as escalas do SF-36, em participantes com e sem diabetes

Escalas	Diabetes		U	Valor p
	Sim (n=12)	não (n=47)		
Dor corporal	88(±11,4)	94,55(±8,79)	191,0	0,04
Desempenho emocional	66,66(±40,2)	78,01(±37,6)	231,0	ns
Desempenho físico	56,25(±45,38)	62,23(±39,99)	260,5	ns
Função física	61,66(±26,82)	69,89(±25,2)	222,0	ns
Função social	85,41(±13,93)	86,70 (±15,28)	257,0	ns
Saúde geral	47,08(±18,19)	57,29(±23,88)	208,5	ns
Saúde mental	81(±22,76)	75,14(±27,94)	257,0	ns
Vitalidade	71,25(±23,46)	68,29(±26,66)	265,5	ns

Comparação das características basais entre grupos de cirurgia

Os dois grupos de participantes (colecistectomia clássica vs. colecistectomia laparoscópica) foram comparados a nível das características basais, de forma a serem detectados factores que pudessem enviesar os resultados comparativos finais.

No que diz respeito ao grupo de participantes submetidos a colecistectomia clássica, verificou-se uma maioria de participantes do sexo feminino (82%), sendo que a idade média de todos os participantes inquiridos foi de 59 anos (desvio padrão=12,17 anos). Verificou-se ainda que a maioria dos participantes que responderam ao questionário eram casados (70%) ou viúvos (20%).

Relativamente ao grupo de participantes sujeitos a colecistectomia laparoscópica, a maioria dos participantes questionados foi, tal como no grupo de colecistectomia clássica, do sexo feminino (75%). A idade média dos participantes foi de 59 anos (desvio padrão=11,14 anos) sendo estes na grande maioria casados (82%).

No que se refere às características sócio-demográficas, não se detectaram diferenças significativas entre os dois grupos de participantes, e como tal pode-se concluir que estes são homogéneos quanto à idade, sexo, estado civil, situação profissional e escolaridade. Realizamos uma *cross-tabulation* das variáveis demográficas que se apresentam no Quadro 37, excepto para a idade.

Quadro 37 - Características sócio-demográficas basais entre grupos de cirurgia

Características sócio-demográficas	Colecistectomia clássica	Colecistectomia laparoscópica	χ^2	Valor p
Idade*	58,76 (\pm 12,17)	59,29 (\pm 11,41)	1719,0	ns
Sexo			0,83	ns
masculino	10	14		
feminino	45	45		
Estado civil			3,73	ns
solteiro	3	1		
casado	49	49		
divorciado	3	3		
viúvo	6	6		
Situação profissional			0,07	ns
activo	36	34		
reformado	23	24		
Escolaridade			1,88	ns
Sem escolaridade	3	1		
1º-6º ano	28	34		
7º-12º ano	21	18		
Ensino superior	7	6		

*média(\pm desvio padrão)

Relativamente à patologia vesicular, verificou-se que na colecistectomia clássica a maioria das respostas dos participantes referiu a importância das manifestações clínicas da patologia vesicular como ligeira (48,3%), enquanto que na colecistectomia laparoscópica a maioria dos participantes referiu a importância das manifestações clínicas como moderada (53,3%).

No que diz respeito à proposta cirúrgica prévia tanto em colecistectomia clássica como laparoscópica a maioria dos participantes respondeu afirmativamente.

Relativamente à patologia respiratória verificou-se que tanto em colecistectomia clássica como laparoscópica a maioria dos participantes respondeu negativamente (cerca de 85%).

Em patologia cárdio-vascular verificou-se que os participantes sujeitos a colecistectomia clássica responderam, na grande maioria, afirmativamente (63,3%), enquanto que os que foram sujeitos a colecistectomia laparoscópica responderam negativamente (61,7%).

Relativamente à patologia locomotora verificou-se um grande equilíbrio nas respostas dadas. De entre os participantes que responderam afirmativamente à patologia locomotora, em colecistectomia clássica o número de participantes que referiu gravidade “ligeira” ou “moderada” (cerca de 35% em cada grupo) é substancialmente superior aos que referiram gravidade “grave” (1,7%). Em colecistectomia laparoscópica, 30% referiu gravidade “ligeira”, 23,3% “moderada” e 13,3% “grave”.

Verifica-se através da análise estatística que a percentagem de participantes com patologia acompanhante cárdio-vascular foi significativamente superior no grupo de participantes submetidos a colecistectomia clássica. Por cada indivíduo com doença cárdio-vascular do grupo colecistectomia laparoscópica registaram-se dois no grupo dos indivíduos sujeitos a uma colecistectomia clássica.

A distribuição de participantes com antecedentes de diabetes também se revelou díspar no que diz respeito aos dois grupos de cirurgia, verificando-se uma maior percentagem de antecedentes de diabetes no grupo dos participantes operados por cirurgia clássica.

Nos restantes parâmetros clínicos não se detectaram diferenças significativas entre os participantes dos dois grupos.

Quadro 38 - Características relativas à história médica basal entre grupos de cirurgia

Parâmetros clínicos		Colecistectomia clássica	Colecistectomia laparoscópica	χ^2	Valor p
Importância clínica	ligeira	29	19	2,98	ns
	moderada	25	32		
	grave	6	7		
Proposta cirúrgica prévia	sim	30	39	2,44	ns
	não	29	21		
Patologia Respiratória	sim	5	8	0,66	ns
	não	51	50		
Cárdio-vascular	sim	38	20	9,96	0,002
	não	21	37		
Locomotora	sim	28	26	0,31	ns
	não	27	31		
Diabetes	sim	22	12	3,88	0,04
	não	38	47		
Doença hepática	sim	1	4	1,82	ns
	não	57	55		

Comparação dos resultados obtidos no SF-36 entre grupos de cirurgia

Detectaram-se diferenças intra grupo estatisticamente significativas nas pontuações obtidas em todas as escalas analisadas, exceptuando-se as escalas da função física e da saúde geral.

Nas escalas em que se demonstrou haver diferença estatística, o grupo de indivíduos sujeitos a uma colecistectomia laparoscópica apresentou pontuações médias superiores.

Quadro 39 - Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia

Escalas	Colecistectomia clássica⁺ (n=60)	Colecistectomia laparoscópica⁺ (n=60)	U	Valor p
Dor corporal	56,68(±24,16)	93,33(±9,60)	403,0	<0,001
Desempenho emocional	36,66(±42,82)	76,11(±37,87)	958,0	<0,001
Desempenho físico	35,41(±40,46)	61,66(±40,77)	1187,5	0,001
Função física	67,31(±25,23)	67,75(±25,56)	1747,5	ns
Função social	67,08(±26,23)	86,66(±14,89)	1059,5	<0,001
Saúde geral	55,58(±18,20)	55,30(±22,88)	1779,0	ns
Saúde mental	65,56(±25,08)	76,60(±26,74)	1231,5	0,003
Vitalidade	49(±27,53)	69,08(±25,70)	1070,5	<0,001

⁺média (±desvio padrão)

Na análise comparativa em participantes com patologia cardíaco-vascular, verificaram-se diferenças estatísticas entre os dois grupos de cirurgia nas escalas de desempenho emocional, dor corporal, função social e vitalidade, favoráveis ao grupo de colecistectomia laparoscópica dado que foi neste grupo que se observaram as médias mais elevadas.

Comparativamente à análise inicial, que engloba todos os participantes, a diferença existente nas pontuações obtidas no desempenho físico e na saúde mental, entre os dois grupos, deixa de ser significativa.

Quadro 40 - Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia, em participantes com patologia cardíaco-vascular

Escalas	Colecistectomia clássica ⁺ (n=38)	Colecistectomia laparoscópica ⁺ (n=20)	U	Valor p
Dor corporal	57,65(±23,96)	93,0 (±9,16)	80,0	<0,001
Desempenho emocional	38,59(±43,51)	63,33(±43,12)	269,0	0,05
Desempenho físico	39,47(±42,96)	47,50(±39,65)	345,5	ns
Função física	60,36(±24,05)	51,75(±20,14)	303,5	ns
Função social	67,43(±26,08)	85,0(±11,89)	237,5	0,01
Saúde geral	52,02(±17,43)	44,5(±21,67)	290,5	ns
Saúde mental	63,78(±24,05)	67,0(±29,24)	328,5	ns
Vitalidade	45,26(±25,78)	59,75(±26,62)	264,0	0,05

⁺média (±desvio padrão)

Para o grupo de indivíduos sem patologia cardíaco-vascular, verificaram-se diferenças significativas idênticas às referidas pela análise global. O grupo de indivíduos operados por colecistectomia laparoscópica apresentam pontuações significativamente superiores em todas as escalas excepto nas relativas à função física e saúde geral.

Quadro 41 - Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia, em participantes sem patologia cardíaco-vascular

Escalas	Colecistectomia clássica ⁺ (n=21)	Colecistectomia laparoscópica ⁺ (n=37)	U	Valor p
Dor corporal	55,66(±25,40)	93,40(±10,09)	101,0	<0,001
Desempenho emocional	30,15(±40,69)	83,78(±32,03)	138,5	<0,001
Desempenho físico	26,19(±34,88)	70,27(±39,45)	162,5	<0,001
Função física	79,52(±23,60)	78,24(±23,6)	386,0	ns
Função social	64,88(±26,69)	88,51(±14,54)	198,0	0,001
Saúde geral	60,52(±17,77)	61,83(±22,13)	371,0	ns
Saúde mental	67,5(±27,21)	82,16(±23,56)	250,5	0,03
Vitalidade	54,28(±30,05)	75,27(±23,5)	226,0	0,005

⁺média (±desvio padrão)

A distribuição de doentes com e sem antecedentes de diabetes mostrou-se desigual quando analisado por grupos de cirurgia. De forma a evitar que este parâmetro seja um potencial factor de enviesamento na análise das pontuações entre grupos de cirurgia, procedeu-se à análise das mesmas de forma isolada para cada um dos grupos de participantes: sem antecedentes de diabetes e com antecedentes de diabetes.

No grupo de participantes com antecedentes de diabetes, verificaram-se diferenças significativas e favoráveis à colecistectomia laparoscópica relativamente à dor corporal, desempenho emocional, função social, saúde mental e vitalidade. Nos restantes domínios não se detectaram diferenças significativas entre os dois tipos de cirurgia.

Quadro 42 - Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia, em participantes com antecedentes de diabetes

Escalas	Colecistectomia clássica ⁺ (n=22)	Colecistectomia laparoscópica ⁺ (n=12)	U	Valor p
Dor corporal	62,36(±25,65)	88(±11,4)	54,0	0,004
Desempenho emocional	39,39(±41,95)	66,66(±40,2)	86,0	0,08
Desempenho físico	42,04(±41,82)	56,25(±45,38)	110,5	ns
Função física	66,31(±28,16)	61,66(±26,82)	124,0	ns
Função social	67,61(±25,48)	85,41(±13,93)	78,0	0,04
Saúde geral	52,85(±16,89)	47,08(±18,19)	103,0	ns
Saúde mental	67,27(±23,53)	81(±22,76)	78,5	0,05
Vitalidade	47,04(±26,79)	71,25(±23,46)	64,0	0,01

⁺média (±desvio padrão)

No grupo de participantes sem antecedentes de diabetes, verificaram-se diferenças significativas e favoráveis à colecistectomia laparoscópica relativamente à dor corporal, desempenho emocional e físico, função social, saúde mental e vitalidade.

Em relação ao grupo analisado anteriormente, a diferença que surge é relativa ao desempenho físico que não é significativa nos participantes com antecedentes de diabetes.

Quadro 43 - Pontuações obtidas nas escalas do SF-36 por tipo de cirurgia, em participantes sem antecedentes de diabetes

Escalas	Colecistectomia clássica ⁺ (n=38)	Colecistectomia laparoscópica ⁺ (n=47)	U	Valor p
Dor corporal	53,39(±22,96)	94,55(±8,79)	136,5	<0,001
Desempenho emocional	35,08(±43,8)	78,01(±37,6)	448,5	<0,001
Desempenho físico	31,57(±39,71)	62,23(±39,99)	529,5	0,001
Função física	67,89(±23,75)	69,89(±25,2)	838,5	ns
Função social	66,77(±26,99)	86,7(±15,28)	533,0	0,001
Saúde geral	57,15(±18,95)	57,29(±23,88)	879,0	ns
Saúde mental	64,56(±26,19)	75,14(±27,94)	642,0	0,02
Vitalidade	50,13(±28,24)	68,29(±26,66)	572,5	0,005

⁺média (±desvio padrão)

Em resumo, neste estudo incluíram-se dados de 120 participantes, que se distribuíram equitativamente por cada um dos grupos de cirurgia. A idade variou entre os 22 e os 74 anos, com uma média de 59 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (78,3%) e de raça caucasiana (99,2%).

Relativamente à caracterização social do grupo de participantes em estudo, 75,8% era casada, 58,3% encontrava-se numa situação profissional activa e 51,7% dos indivíduos tinha um nível de escolaridade entre o 1º e o 6º ano.

Nos antecedentes de doença litiásica, a maioria dos participantes apresentava uma doença litiásica sintomática (86,7%), 65,8% referia cólicas biliares, 89,2% tinham síndrome dispéptica, 85% não referiu qualquer episódio de icterícia, 75% requeria acompanhamento clínico e aproximadamente metade dos indivíduos foi proposto tratamento cirúrgico.

O primeiro episódio agudo de doença caracterizou-se por vómitos (89,2%), febre (75,9%), *Murphy vesicular* (89,1%) e enfartamento (91,6%).

A patologia vesicular foi classificada como tendo uma importância clínica entre ligeira (40%) a moderada (47,5%).

As principais patologias, concomitantes à patologia vesicular, foram as patologias cárdio-vasculares (48,3%) e locomotoras (45%), tendo estas últimas sido classificadas maioritariamente entre ligeira (31,7%) a moderada (30%).

Relativamente à escala SF-36, verificaram-se as melhores pontuações nas dimensões relativas à função social, dor corporal e saúde mental. As pontuações médias mais baixas estavam relacionadas com o desempenho físico.

Os participantes do sexo masculino obtiveram pontuações significativamente superiores no desempenho emocional, saúde mental e vitalidade.

Os resultados apontaram igualmente para a existência de uma relação directa entre a idade dos participantes e a função física, saúde geral, saúde mental e vitalidade, ou seja, participantes com idades mais avançadas obtêm pontuações mais baixas nestas dimensões.

No que diz respeito à situação profissional, registaram-se melhores pontuações na função física e saúde geral do grupo dos participantes em situação profissional activa comparativamente aos participantes reformados.

Ainda nas pontuações das duas dimensões referidas anteriormente, verificou-se a existência de diferenças estatísticas entre grupos de escolaridade. Os resultados apontam para melhores pontuações em níveis de escolaridade superiores.

Da avaliação das pontuações dos dois grupos de participantes com e sem patologia cárdio-vascular, detectaram-se diferenças nas pontuações médias de todas as escalas, excepto nas relativas ao desempenho físico e à função social. As pontuações mostraram-se superiores no grupo de participantes sem patologia cárdio-vascular.

Relativamente aos participantes com e sem patologia locomotora, não se detectaram diferenças nas pontuações relativas às dimensões dor corporal e função social. Nas restantes escalas, o grupo de participantes sem patologia locomotora apresentou pontuações superiores.

Os dois grupos de participantes, diferenciados pelo tipo de colecistectomia a que foram sujeitos, mostraram-se homogéneos no que diz respeito às características sócio-demográficas referidas anteriormente. No entanto, mostrou-se existirem diferenças na distribuição de participantes com patologia acompanhante cárdio-vascular, em percentagem superior no grupo dos colecistectomizados por cirurgia clássica.

O estudo das pontuações do SF-36 entre grupos de cirurgia, permite concluir não existirem diferenças significativas na função física e saúde geral. Os dois grupos de participantes mostraram-se idênticos no que diz respeito a estas duas dimensões.

Relativamente à dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, função social, saúde mental e vitalidade, os participantes que foram sujeitos a uma colecistectomia laparoscópica apresentaram, em média, pontuações superiores e como tal melhor qualidade de vida, quando avaliada sobre estes campos.

Paralelamente e considerando apenas os participantes com patologia cárdio-vascular, verificaram-se pontuações significativamente superiores no grupo de colecistectomias laparoscópicas relativamente ao desempenho emocional, dor corporal, função social e vitalidade.

Através de uma análise similar, mas utilizando o grupo de participantes que não apresentavam qualquer tipo de patologia cárdio-vascular, obtiveram-se diferenças significativas em todas as dimensões, exceptuando-se as relativas à função física e saúde geral. Este resultado foi idêntico ao da análise global, anteriormente referida.

DISCUSSÃO

É na segunda metade do Século passado que a Qualidade de Vida começa a ser alvo de particular atenção e a merecer o estatuto de domínio científico.

Porque, como referimos, a resposta à cirurgia laparoscópica é caracterizada por uma muito melhor tolerância clínica, muito menores períodos de internamento e mais rápida retoma da actividade profissional é, na perspectiva do senso comum, pacífico afirmar-se que a cirurgia de acesso mínimo permite uma melhor Qualidade de Vida aos doentes.

Contudo, o que assistimos, e a bibliografia internacional está repleta dessas constatações, foi à investigação pontual das repercussões que a cirurgia laparoscópica manifesta sobre múltiplos e diferentes parâmetros da resposta fisiológica à agressão anestésica e cirúrgica.

É objectivo nuclear do presente estudo, a investigação da Qualidade de Vida em cirurgia laparoscópica, por comparação com a resposta à cirurgia clássica.

Entre os parâmetros a ponderar para a definição do modelo de estudo teríamos que ter em consideração a necessidade de estabelecer dois braços, um para cada tipo de cirurgia, que pudessem incluir um número de participantes suficiente para validar estatisticamente os resultados.

Esta condição que julgamos elementar, permitiu a imediata identificação da entidade nosológica a definir como modelo clínico, uma vez que, entre nós, apenas a Colecistite Aguda está em condições de responder a este objectivo.

Resulta esta afirmação do facto de para uns casos, as situações em que a cirurgia de acesso mínimo já se afirmou como *gold standard* terapêutico, não ser possível constituir-se o braço da cirurgia clássica e, ao contrário, para outras situações, como é o caso da cirurgia gástrica ou do cólon e recto, a cirurgia laparoscópica ainda não é tão largamente efectuada que permita a obtenção de um braço suficiente para validação do estudo.

A colecistectomia para tratamento das forma sintomáticas de colecistite crónica calculosa, além da intervenção princeps da cirurgia de acesso mínimo, é a intervenção modelo para credenciação e acreditação da cirurgia laparoscópica.

De acordo com o objectivo e metodologia definida para o presente estudo importa referir que, ao contrário dos inúmeros estudos pontuais anteriormente referidos na literatura médica internacional, encontrámos apenas um trabalho em que o autor se tenha preocupado com a perspectiva holística do doente.

Foi já em 2000 que Velanovich publicou um estudo preliminar em que avalia a Qualidade de Vida de doentes operados por via laparoscópica comparativamente com outros submetidos a cirurgia clássica.

São várias as diferenças metodológicas entre o trabalho de Velanovich e o nosso estudo.

Assim, sendo que Velanovich procedeu a um estudo prospectivo, condição mais adequada ao rigor da investigação científica, não é menos importante salientar que o número de doentes considerado por Velanovich, 25 doentes no *braço laparoscópico* e 5 doentes no *braço clássico*, parece-nos nitidamente insuficiente. A razão deste tão reduzido número de doentes submetidos a colecistectomia clássica deve-se à referida indisponibilidade de doentes a tratar segundo esta técnica e a considerar, apenas e basicamente, os doentes que, por diferentes motivos, foram convertidos e passaram da via laparoscópica à clássica.

Depois, Velanovich estudou apenas doentes tratados electivamente, ou seja, submetidos a colecistectomia para tratamento de formas sintomáticas de colecistite crónica. Ainda merecedor de realce, o facto de Velanovich ter procurado avaliar mais quatro intervenções cirúrgicas, a cirurgia anti-refluxo gastro-esofágico, a esplenectomia, a cardiomiectomia de Heller e a hernioplastia inguinal.

Este trabalho de Velanovich engloba, na sua totalidade, 100 doentes. Considerando que não pode deixar de contemplar 10 *braços de investigação*, fácil é concluir que o Autor age sábia e honestamente ao considerar este estudo como preliminar.

Todavia, o facto de se tratar de um trabalho prospectivo e pioneiro na identificação e avaliação de indicadores de Qualidade de Vida que validem a abordagem laparoscópica comparativamente com a cirurgia clássica não pode deixar de merecer particular atenção e realce.

Tal como nós, Velanovich utilizou como instrumento de avaliação da condição de saúde dos doentes o Questionário SF-36, largamente testado e solidamente validado.

Na perspectiva da análise crítica global dos participantes que integram o nosso estudo, e tal como era esperado nesta entidade nosológica, um predomínio de doentes do sexo feminino (78,3%) – Quadro 1. As idades variam entre os 22 e os 74 anos, apresentam um valor médio de 59 anos – Quadro 2.

104 doentes (86,7%) referiam antecedentes clínicos de doença litíásica, classificados como moderados por 47,5% dos participantes, enquanto que 40% os consideravam como ligeiros e 10,8% como graves – Quadros 6 e 11. De salientar que o episódio agudo foi revelador da doença em 13,3% dos casos, ou seja, 16 participantes – Quadro 8.

Os participantes sintomáticos eram clinicamente acompanhados em 75% dos casos, sendo que a 56,7% - Quadro 6 -, já tinha sido proposta terapêutica cirúrgica que, por diferentes ordens de razões, não tinham aceite.

Considerando que é critério de operabilidade na urgência o período de evolução clínica de doença inferior a 72 horas, importa referir que o presente episódio agudo de doença tinha uma duração média de 50 horas de evolução, sendo a primeira manifestação aguda de doença para 90% dos participantes – Quadro 7.

No referente à sintomatologia acompanhante, apenas 10,8% dos participantes referiam patologia respiratória com algum significado clínico, enquanto que 48,3% e 45,0% apresentavam, respectivamente, patologia cardio-circulatória e locomotora – Quadro 10. Sem que seja factor determinante para a opção pelo acesso cirúrgico, constatamos que a propósito da patologia cardiovascular e da diabetes, as duas séries se opõem.

Assim, tal como se pode constatar no Quadro 38, a patologia cardiovascular predomina significativamente no grupo da cirurgia clássica, ao contrário da diabetes que é mais frequente no grupo da cirurgia laparoscópica.

São factos que, não devendo ser minimizados em termos de registo, não nos parecem relevantes a propósito de qualquer outro tipo de análise ou reflexão.

Ainda na perspectiva global de análise à resposta operatória, é interessante salientar que o sexo masculino apresenta melhores resultados no referente ao desempenho emocional, saúde mental e vitalidade – Quadro 16.

Tal como seria de esperar, há uma correlação directa entre a idade e a qualidade da função física, bem como com a da saúde geral, da saúde mental e da vitalidade – Quadro 17.

De igual modo, apenas a função física e a saúde geral, apresentam indicadores significativamente superiores nos participantes que se encontram profissionalmente activos – Quadro 18 e com níveis de escolaridade superior, por comparação com os reformados e com os de mais baixos níveis de escolaridade – Quadro 19.

Passemos então à reflexão a propósito da avaliação crítica comparativa dos resultados apresentados por cada um dos Grupos em análise, cirurgia laparoscópica versus cirurgia clássica.

A caracterização dos 120 participantes, distribuídos equitativamente pelos dois Grupos de cirurgia em avaliação, não permitiu a identificação de diferenças significativas no referente

à idade, sexo, estado civil, situação profissional e escolaridade, pelo que é de fácil conclusão que os dois Grupos, são socio-demográficamente homogêneos – Quadro 37.

Os Grupos são igualmente homogêneos no referente à gravidade da sintomatologia prévia própria da patologia biliar, assim como da diabetes, patologia respiratória e locomotora. Ao contrário, a patologia cardio-circulatória era referida por 63,3% dos participantes do Grupo da colecistectomia clássica, enquanto que apenas 43,3% dos participantes do Grupo da colecistectomia laparoscópica a referiam – Quadro 38.

Particularmente relevantes são os dados referentes às diferenças de resultados obtidos em cada um dos Grupos de cirurgia em relação às patologias associadas.

Com efeito, se a cirurgia laparoscópica apresenta resultados fortemente favoráveis face ao Grupo de participantes sem patologia cardio-circulatória – Quadro 38, as diferenças perdem relevância estatística no âmbito do desempenho físico e da saúde mental quando esta patologia está presente, por razões intimamente dependentes ao perfil desta patologia.

O Quadro 40 demonstra de forma muito clara que apenas a função física e a saúde em geral não apresentam diferenças significativas entre os participantes operados por cada uma das vias de acesso à cavidade abdominal.

Como definido atrás, a função física avalia a execução de actividades físicas e saúde em geral, o conceito de percepção global de saúde. Assim sendo, são absolutamente lógicos estes resultados, porquanto o que está aqui em análise não é algo que, especificamente, dependa da agressão operatória, mas, apenas e só, da situação geral do participante à data em que foi submetido ao tratamento cirúrgico da sua situação específica de doença.

Na verdade e ao contrário do que acontece no estudo de Velanovich (2000), em que apenas o desempenho físico, a dor corporal e a vitalidade têm expressão significativa, os nossos resultados mostram que além destes indicadores, também o desempenho emocional, a função social e a saúde mental têm marcada tradução estatística.

As diferenças registadas entre os nossos resultados e os de Velanovich podem residir na natureza das entidades nosológicas, crónica e aguda, considerada em cada um dos estudos. Assim, e como foi já claramente referido, enquanto que Velanovitch avalia a resposta à cirurgia electiva, nós procuramos conhecer as diferenças do comportamento em resposta à cirurgia de urgência. A diferença do impacto sobre o indivíduo entre uma cirurgia electiva e de urgência é sobejamente conhecido e relevante. As situações de urgência têm natural e objectivamente um impacto muito maior sobre qualquer dos parâmetros avaliados que uma intervenção cirúrgica devidamente reflectida e planeada aos vários níveis (físico, psicológico, social e profissional).

Assim sendo, parece-nos legítimo aceitar que, uma vez ultrapassado o impacto bio-psicológico próprio deste tipo de agressões, os resultados sejam valorizados de forma mais ampla e profunda.

Consideramos que, por diferentes ordens de razões, estes resultados são particularmente relevantes.

Com efeito, apesar de emergentes de uma análise retrospectiva, assentam e resultam de estudos comparativos de grupos homogéneos e significativos quanto ao número de participantes.

O modelo e metodologia de investigação são claros e precisos e permitem o estudo da Qualidade de Vida, na perspectiva científica do conceito e na dimensão holística da pessoa e condição humana.

Permitimo-nos agora comentar os resultados face às nossas próprias expectativas e tentar interpretá-los relativamente às nossas experiências pessoais e profissionais.

Em primeiro lugar consideramos o nível de escolaridade da população estudada relativamente baixo, algo que é esperado numa população de doentes que acorrem aos serviços de saúde da rede hospitalar pública. Este facto poderá constituir um *bias* na

interpretação dos resultados que apenas um estudo comparativo com uma população de doentes internados numa instituição privada poderia clarificar. No entanto, este não era o objectivo principal do nosso estudo e como tal não nos parece que os resultados finais tenham sido significativamente alterados pelo nível de escolaridade da amostra.

Surpreendeu-nos a alta percentagem de patologias concomitantes o que poderá ser devido a duas ordens de factores: o grupo etário (idade média de 59 anos) onde é esperada a ocorrência de doenças nomeadamente do foro cardio-vascular (hipertensão, etc), degenerativo (osteoartrose, etc) e metabólico (diabetes, etc). Por outro lado, estando estes doentes internados num hospital central e universitário, é de supor que os cuidados de saúde prestados sejam de um nível qualitativo superior, permitindo assim o despiste e consequente diagnóstico e terapêutica de patologias eventualmente desconhecidas até esse internamento.

Mais inesperado foi o diferencial de resultados entre sexos. Sabendo nós através da literatura que as mulheres sofrem de mais patologias do que os homens, algo que tivemos oportunidade de referir atrás, é usualmente aceite que os homens recuperam mais lenta e dificilmente das situações de doença do que as mulheres. É esse o nosso entendimento corroborado pela nossa prática clínica. Com efeito, os resultados da análise da amostra demonstraram o contrário nas dimensões desempenho emocional, saúde mental e vitalidade, nos quais os homens obtiveram pontuações significativamente superiores. Como possível explicação para este achado, propomos duas opções: em primeiro lugar através da diferença significativa entre os dois sexos na amostra, facto que pode *per si* constituir um enviesamento de resultados. Em segundo lugar, num ambiente hospitalar, e reportando-nos às dimensões apontadas (desempenho emocional, saúde mental e vitalidade) poderemos especular em que medida as influências culturais no comportamento masculino em grupo poderão ou não ser o ditame destes resultados com o consequente impacto no *assessment* da Qualidade de Vida.

Os resultados em função da idade foram também eles alvo de surpresa. Para a realização deste trabalho frequentamos durante longas horas o Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria onde nos foi transmitida muita informação útil para este trabalho. Ouvimos de vários cirurgiões a constatação da mais rápida recuperação de doentes idosos do que jovens, na medida em que a agressão de uma parede abdominal com musculatura atrofiada tem conseqüentemente menores conseqüências. Apesar de ser um argumento convincente, não deixou de nos surpreender já que *a priori* é esperada uma mais rápida recuperação num jovem do que num velho. Contrariamente aos ensinamentos da equipe de cirurgia e em linha com a nossa percepção anterior, os doentes mais idosos obtiveram pontuações mais baixas na função física, saúde geral, saúde mental e vitalidade. Não sendo um item fundamental à compreensão deste trabalho, entendemos não reflectir muito mais e remeter-nos para um possível achado estatístico fruto de eventuais desequilíbrios entre os 2 braços da amostra em termos de gravidade de patologia concomitante e/ou outros factores confundentes.

A análise crítica de todos estes campos de análise permite demonstrar, de forma clara e pela primeira vez, que a colecistectomia laparoscópica é inequivocamente, em termos de Qualidade de Vida e face à excelência dos resultados obtidos, o método ideal de tratamento cirúrgico da colecistite aguda litiásica.

REFERÊNCIAS

- o Araújo Teixeira JPM (1998). Colecistite Aguda. Aspectos Clínicos e Experimentais. Dissertação de *Doutoramento* apresentada à Universidade do Porto. Porto.
- o Arregui ME, Fitzgibbons RJ, Katkhouda N et al. Principles of Laparoscopic Surgery. 1995. *New York. Springer-Verlag.*
- o Barbosa AB, Pais Ribeiro J. *Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde; ISPA; 2000: 149-156.*
- o Bicha-Castelo H (1992). *Lição de Agregação. Faculdade de Medicina de Lisboa.*
- o Bicha-Castelo H. Formação e Treino em Cirurgia Laparoscópica. Importância e interesse do “endotrainer”. *Cirurgia Laparoscópica. Monografias da SPC. 1995: 73-77.*
- o Bicha-Castelo H. Colecistectomia Laparoscópica. Doenças das Vias Biliares e Pâncreas. *Ed. Nuno Grima, Ermelinda Camilo e A. Gouveia Oliveira. 1996: 215-226*
- o Bicha-Castelo H, Saldanha C, Ruivo A et al. Haemorheological Responses to Laparoscopic Cholecystectomy. *Proceedings EuroSurgery. 2000: 61-66.*
- o Bicha-Casrelo H, et al. Colecistectomia Laparoscópica – Experiência Internacional. *Arq Port Cirurgia, 9(1), Fevereiro 2000*
- o Bowling A. The concept of quality of life in relation to health. *Medicina nei Secoli; 7 (1995): 633-645.*
- o Castro Sousa F, Bicha-Castelo H, Saraiva AC. Colecistectomia Laparoscópica. *Cirurgia Laparoscópica. Monografias da SPC. 1995.*

- o Censo da População Portuguesa - INE - 1991
- o Consensus Conference NIH – 1992.
- o Cramer J. Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*. 1994, 12; 1: 1-13.
- o Cushieri A, Bercy G, McSherry C. Editorial Opinion. *Am. J. Surg.* 1990, 159, 273.
- o Cushieri A. The laparoscopy revolution. *J. Roy. Coll. Surg. Educ.* 1990; 34; 295.
- o Cushieri A. Minimal access surgery and the future of interventional laparoscopy. *Am. J. Surg.* 1991; 161: 404-407.
- o Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy par coelioscopie. *La Presse Medicale*. 1989; 18: 980-982.
- o Enker WE, Rhaler HT, Cranor ML et al. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of rectum. *J. Am. Coll. Surg.* 1995; 181: 335-346.
- o Fallowfield L. Quality of Life – The missing measurements in health care. 1990. *Condom Book. London*.
- o Flanagan JC. Measurements of quality of life: current state of the art. *Arch. Physical Med. Rehabilitation*. 1982; 63: 56-59.
- o Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000;13(1/2):55-66.
- o Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000;13(3):119-27.

- o Font A. Cancer y calidad de vida. *Anuario de Psicologia*. 1994; 61: 41-50.
- o Goldberg D e Huxley P. 1996; Perturbações mentais comuns; Lisboa; *Climepsi*
- o Green FL. Training, credentialing and privileging for minimally invasive surgery. *Prob. Gen. Surg.* 1991; 8: 502-506.
- o Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am. J. Epidemiology*. 1983; 117; 3: 292-304.
- o Kaplan RM, Anderson JP, Wingard DL. Gender differences in Health-Related Quality of Life. *Health Psychology*. 1991; 10(2): 86-93
- o Kaplan RM, Sieber WJ, Ganiats TG. The quality of well-being scale: comparison of the interviewer-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology Health*. 1997; 12; 6: 783-791.
- o Katkhouda N, Mouiel J. A new surgical technique of treatment of chronic ulcer without laparotomy by video-surgery. *Am. J. Surg.* 1991; 161: 361-364.
- o Laparoscopic Cholecystectomy: an overview of the patient. Mayo Clinic Letter, 1994.
- o Leventhal H, Colman S. Quality of Life: a process view. *Psychology Health*; 1997; 12; 6: 753-767
- o McLeod RS. Gastrointestinal Surgery. Quality of Life Assessment of Life Assessment in Clinical Trials. *Ed. B. Spiker. Raven Press, Ltd. New York - 1990.*
- o Milles WE. Cancer of the Rectum. 1926. *London. Harrison.*

- o Morgado, M. 1997 - Auto-eficácia e Qualidade de Vida na Asma. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- o Nagy AG, Patterson EJ. Laparoscopic Surgery: Historical Perspectives. Surgical Laparoscopy. Ed. Karl A. Zucker. *Lippincott Williams & Wilkins*. 2001: 1-11.
- o National Institutes of Health. Consensus Development Conference: Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA*; 1993; 269: 1018-1024.
- o Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion*. 1986; 1: 113-127.
- o Pais Ribeiro, JL. Características psicológicas associadas à saúde em estudantes jovens da cidade do Porto. Porto 1993. *Edição do Autor*.
- o Pais Ribeiro JL. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*. 1994; 2-3 (XII): 179-191.
- o Pais Ribeiro, JL. A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia Clínica*. ISPA. Lisboa. 1997: 235-282.
- o Perissat J, Collet D, Belliard R. Gallstones: laparoscopic treatment – cholecystectomy, cholecystostomy and lithtripsy. Our own experience. *Surg. Endos*. 1990; 4; 1-5.
- o Semm K. Endoscopic Appendectomy. *Endoscopy*, 1983; 15: 59-64.
- o Shumaker S, Anderson R, Czajkowski. Psychological tests and scales. In: B. Spilker (Ed.) Quality of life assessments in clinical trials. 1990: 95-113. *New York. Raven Press*.

- o Spilker B. Introduction. In B. Spilker (Ed): Quality of life assessments in clinical trials. 1990; 3-9; *New York. Raven Press.*
- o Vam-Dam F, Sommers R, Van Beck-Couzijn A. Quality of Life: some theoretical issues: *J. Clin. Pharmacology.* 1981; 21: -suppl. 8-9; 166.
- o Velanovich V. Laparoscopic vs open surgery. *Surg. Endosc.* (2000); 14: 16-21
- o Vennes JA, Jacobson JR, Silvis SE. Endoscopic cholangiography for biliary system diagnosis. *Ann. Intern. Med.*; 1974; 80: 61-64.
- o Ware J. Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer* 1991; 67(3): 775-779.
- o WHO. Officials Records of the World Health Organization. 1948; 2; 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- o Wood-Dauphinee S, Kuchler T. Quality of life as rehabilitation outcome. Are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*; 6 (1): 3-12.
- o Woodend AK, Nair RC, Tang S-L. Definition of life quality from a patient versus health care professional perspective. *International Journal of Rehabilitation Research.* 1997. 2: 71-80.

ANEXOS

ANEXO I	Análise comparativa da segurança da abordagem laparoscópica multinacional
ANEXO II	Autorização Hospitalar
ANEXO III	Convocatória de doentes
ANEXO IV	Consentimento Informado
ANEXO V	CRF (Case Report Form)
ANEXO VI	Questionário SF-36
ANEXO VII	Matriz

ANEXO I

ANEXO I

Colecistectomia Laparoscópica – Experiência Internacional*

Conversão n = %	Morbilidade n = %	Lesão da VBP n = %	Mortalidade n = %
--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

EXPERIÊNCIA AMERICANA – N.I.H. – 1992 – 14 013 casos

698 = 5,0	827 = 5,9	42 = 0,3	23 = 0,16
-----------	-----------	----------	-----------

EXPERIÊNCIA PORTUGUESA – Lisboa – 1998 – 15 132 casos

637 = 4,21	569 = 3,76	38 = 0,25	13 = 0,09
------------	------------	-----------	-----------

EXPERIÊNCIA EUROPEIA – Bordeaux – 1992 – 21 832 casos

1578 = 7,2	1200 = 5,5	210 = 0,96	45 = 0,22
------------	------------	------------	-----------

* Bicha Castelo H et al, Arq Port Cirurgia, 9(1), Fevereiro 2000

ANEXO II

... e recebi...
Dado que vai incluir
sempre o consentimento
informado que vem
em anexo para
remir todas as condições
para ser autorizado
tão entando solicito a
parecer quanto a
D: unidade Clínica

... e recebi...
Credenciais independentes,
de confidencialidade
e de esclarecimento
do doentes, e
...
Dr. J.A. Correia da Cunha
Director Clínico

O Presidente do Conselho de Administração
Prof. Doutor F. Coelho Rosa . 0 /

Exmo. Senhor
Prof. Doutor F. Coelho Rosa
Presidente do Conselho de Administração
Hospital de Santa Maria
Av. Egas Moniz
1649-035 LISBOA

Lisboa, 2001 - 01 - 11

Exmo. Senhor Professor Coelho Rosa

Rita Antunes Varela Bicha Castelo, Psicoterapeuta a frequentar o Mestrado de Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (I. S. P.A.), escolheu, para Tese de Mestrado, o tema " *Qualidade de Vida em Doentes Operados por Via Laparoscópica* "

O objectivo nuclear do trabalho, cujo Orientador é o Prof. Doutor J. L. Pais Ribeiro (I.S.P.A.), visa a comparação de dois grupos de doentes operados por via laparoscópica e cirurgia clássica.

Assim, dirijo-me a V. Exa. no sentido de saber se :

- Permite V. Exa. que possa estudar este Tema em doentes operados no H.S.M. ? ✓
- Concorda que realize este estudo no Serviço de Cirurgia II ? ✓
- Autoriza-me que frequente o referido Serviço, tenha acesso aos Processos Clínicos de doentes envolvidos no Estudo, salvaguardando naturalmente os cuidados que V. Exa. considerar adequados ?

Esperando poder contar com a anuência de V. Exa. para todas as questões que lhe coloco, agradeço antecipadamente a atenção que possa dedicar ao assunto e

Apresento-lhe os meus melhores e mais cordiais cumprimentos

M - Direcção Clínica
Adas Nº 692/2001
12 MAR. 2001
Cristina Lopes

Rita Antunes Varela Bicha Castelo
Rita Antunes Varela Bicha Castelo

ANEXO III



Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina

Clínica Universitária de Cirurgia II

(Director: Prof. Doutor H. Bicha Castelo)

Exmo Senhor/a

Lisboa, --- / --- / ---

Estou a realizar uma investigação sobre **Qualidade de Vida em doentes colecistectomizados**.

Com esse objectivo, compararei os resultados de dois Grupos de doentes, sendo que um Grupo inclui doentes operados por via clássica e outro por via laparoscópica.

Como recorda foi operado/a neste Serviço em / ... / ... à vesícula biliar.

Tem sido por essa razão que tem vindo a ser seguida na nossa Consulta.

Apesar de normal evolução e ausência de qualquer agravamento da sua condição de saúde, gostaria que tivesse a amabilidade de vir ao Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Maria, Piso 5, às 10 horas de uma 3^a ou 4^a feira, para ser observado em Consulta de Avaliação.

Caso tenha a amabilidade de comparecer, esclarecê-lo/a-ei sobre qualquer dúvida ou questão que possa ter acerca deste estudo.

Antecipadamente grata pela sua disponibilidade e colaboração,

Apresento-lhe os meus melhores cumprimentos

Dra. Rita Antunes Varela Bicha Castelo

ANEXO IV



EGAS.MONIZ
LISBOA
805000

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que aceito participar no estudo comparativo sobre *Qualidade de Vida de doentes colecistectomizados por via laparoscópica e por via clássica*, pelo que me disponho a responder a um questionário adequado a este objectivo.

Este estudo é realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Maria (Piso 5), onde fui operado/a, e decorrerá sob a responsabilidade e orientação da Dr^a Rita Antunes Varela Bicha Castelo.

Mais declaro, que me foi dada toda a informação, necessária e suficiente, sobre a metodologia e objectivos deste trabalho de investigação e que autorizo a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos – incluindo eventuais publicações –, desde que garantida a confidencialidade e não identificação.

Fui detalhadamente esclarecido/a a propósito de todas as questões que coloquei.

Foi-me assegurado que o facto de eu não querer participar neste estudo, não teria qualquer repercussão sobre o meu acompanhamento clínico ou tratamento que, eventualmente, venha posteriormente a necessitar.

Lisboa, H.S.M., / / 2001

DOENTE .

Nome :

Assinatura :

Processo Clínico nº :

ANEXO V

**QUALIDADE DE VIDA
E
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

I- IDENTIFICAÇÃO

- a- Doente: _____
- N.º Proc.: _____
- b- Sexo : _____
- c- Idade: _____
- d- Raça: _____
- e- Estado Civil: _____
- f- Escolaridade: _____
- g- Profissão: _____

II- ANTECEDENTES DE DOENÇA LITIÁSICA

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1- Litíase Vesicular Conhecida : | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2- Sintomática | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3- Cólicas Biliares | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4- Síndrome Dispéptico | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5- Episódio de Icterícia | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6- Acompanhamento Clínico | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7- Proposta Cirúrgica | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

III- EPISÓDIO AGUDO DE DOENÇA

a- Foi este o 1º episódio de doença ?

1- Sim

2- Início dos sintomas: horas

3- Tipo de sintomas:

DOR:

Cólicas

SIM

NÃO

Moinha Intensa

SIM

NÃO

VÓMITOS:

SIM

NÃO

FEBRE:

SIM

Temp. ____ °C

NÃO

4- Murphy Vesicular

POSITIVO

NEGATIVO

5- Empastamento

SIM

NÃO

6- Reacção Peritoneal

SIM

NÃO

b- Não foi o 1º Episódio Agudo da Doença

1- Quando foi o 1º _____

2- Tratamento Hospitalar

SIM

NÃO

IV- ANTECEDENTES PESSOAIS

1- Diabetes

SIM

NÃO

• Insulino dependente

SIM

NÃO

2- Doença Respiratória

SIM

NÃO

3- Doença Cardio-Circulatória

SIM

NÃO

4- Doença Hepática

SIM

Qual: _____

NÃO

5- Outras

SIM

NÃO

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF - 36)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ótima 1</td> <td style="text-align: center;">Muito Boa 2</td> <td style="text-align: center;">Boa 3</td> <td style="text-align: center;">Razoável 4</td> <td style="text-align: center;">Fraca 5</td> </tr> </table>	Ótima 1	Muito Boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
Ótima 1	Muito Boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5	

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Muito Melhor 1</td> <td style="text-align: center;">Com algumas Melhoras 2</td> <td style="text-align: center;">Aproximadamente Igual 3</td> <td style="text-align: center;">Um pouco Pior 4</td> <td style="text-align: center;">Muito Pior 5</td> </tr> </table>	Muito Melhor 1	Com algumas Melhoras 2	Aproximadamente Igual 3	Um pouco Pior 4	Muito Pior 5
Muito Melhor 1	Com algumas Melhoras 2	Aproximadamente Igual 3	Um pouco Pior 4	Muito Pior 5	

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?			
<i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>			
	Sim, Muito Limitado/a	Sim, um Pouco Limitado/a	Não, Nada Limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i. Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

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

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

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais)	1	2	3	4	5

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

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

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2	3	4	5

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

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

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

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

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

Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5
-------------------------	------------	--------------------	---------------	-------------

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

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

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas ...	Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Bastante tempo 3	Algum tempo 4	Pouco tempo 5	Nunca 6
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/ animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

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

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

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.
 Ponha um círculo para cada linha.

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

ANEXO VII

ANEXO VII

ID	GRUPO	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	IDADE	ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA DA DOENÇA	PROPOSTA CIRÚRGICA	PATOLOGIA RESPIRATÓRIA	CÁRDIO-VASCULAR	PATOLOGIA LOCOMOTORA	GRAVIDADE
1	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	26	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
2	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	29	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
3	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	29	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
4	Laparoscópica	Feminino	nr	7 ^o -12 ^o ano	36	Casado	Activo	2	1	2	2	2	2
5	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	39	Solteiro	Activo	2	1	2	2	2	
6	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	41	Casado	Activo	2	2	1	2	2	1
7	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	45	Divorciado	Activo	2	2	2	2	2	
8	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	48	Casado	Reformado	2	1	2	1	2	2
9	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	49	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
10	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	49	Casado	Activo	2	1			1	3
11	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	52	Casado	Activo	2	1	2	2	2	1
12	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	53	Casado	Activo	2	1	2	2	2	
13	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	54	Divorciado	Activo	2	1	2	1	1	1
14	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	55	Viuvo	Activo	2	1	2	2	2	
15	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	56	Casado	Reformado	2	1	2	1		1
16	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	56	Casado	Activo	2	1	1	2	2	1
17	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	57	Casado	Activo	1	2	2	2	1	2
18	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	57	Casado	Reformado	1	1	2	2	1	2
19	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	58	Divorciado	Reformado	1	1	2	2	2	1
20	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	58	Casado	Activo	2	1	2	1	2	1
21	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	59	Casado	Activo	2	1	2	2	1	2
22	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	59	Casado	Activo	2	1	2	1		1
23	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	59	Casado	Activo	1	2	2	2	1	1
24	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	60	Casado	Reformado	2	1	2	1	1	
25	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	60	Casado	Activo	2	1	2	1	1	1
26	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	60	Casado	Activo	3	1	2	2	1	2
27	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	60	Casado	Reformado	2	1	1	2	2	2
28	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	61	Casado	Activo	1	2	2	2	1	3
29	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	61	Casado	Reformado	1	2	2	1	2	2
30	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	62	Casado	Reformado	2	2	2	1	1	2
31	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	64	Casado	Activo	1	2	2	2	1	2
32	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	64	Casado	Activo	2	1	2	2	1	1
33	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	64	Casado	Reformado	2	2	2	2	2	
34	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	64	Casado	Reformado	3	1	2	2	1	

ID	GRUPO	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	IDADE	ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA DA DOENÇA	PROPOSTA CIRÚRGICA	PATOLOGIA RESPIRATÓRIA	CÁRDIO-VASCULAR	PATOLOGIA LOCOMOTORA	GRAVIDADE
35	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	Sem escolaridade	65	Casado	Reformado	3	1		1	1	3
36	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	65	Casado	Reformado	2	1	1	1	2	3
37	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	65	Casado	Reformado	3	1	2	2	2	
38	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	65	Casado	Activo	2	1	2	2	2	1
39	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	66	Viuvo	Activo	3	1	1	2	1	1
40	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	67	Casado	Reformado	1	1	1	2	2	
41	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	67	Viuvo	Reformado	2	1	1	2	1	3
42	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	68	Casado	Reformado	3	1	1	2	2	
43	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	68	Viuvo	Activo	1	2	2	1	1	1
44	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	69	Casado	Reformado	1	2	2	2	2	
45	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	69	Casado	Reformado	3	1	2	2	2	1
46	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	70	Casado	Activo	2	1	2	2	2	
47	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	70	Viuvo	Activo	1	2	2	1	1	2
48	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	70	Casado	Activo	1	2	2	1	1	1
49	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	71	Casado	Reformado	1	2	2	2	1	2
50	Laparoscópica	nr	nr	nr	nr	nr	nr	2	1	2	1	1	
51	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	72	Casado	Reformado	2	1	2	1	2	1
52	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	72	Casado	Activo	2	1	2	2	1	2
53	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	72	Viuvo	Reformado	2	1	2	1	1	3
54	Laparoscópica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	73	Casado	Activo	2	1	2	1	2	2
55	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	74	Casado	Reformado	2	1	2	1		3
56	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	74	Casado	Reformado	2	1	2	2	1	
57	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	68	Casado	Reformado	1	2	2	1	1	1
58	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	66	Casado	Activo	2	2	2	2	2	
59	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	61	Casado	Activo	2	1	2	2	2	3
60	Laparoscópica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	47	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
61	Clássica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	22	Solteiro	Activo	1	2	2	2	2	
62	Clássica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	24	Casado	Activo	1	1	2	2	2	
63	Clássica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	30	Casado	Activo	1	1	2	2	2	
64	Clássica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	33	Casado	Activo	1	2	2	1		2
65	Clássica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	34	Casado	Activo	1	2				
66	Clássica	Masculino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	36	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
67	Clássica	Feminino	Negra	Ensino superior	44	Divorciado	Activo	2	1	2	2	2	
68	Clássica	Masculino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	46	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
69	Clássica	Feminino	Caucasiana	1 ^o -6 ^o ano	62	Casado	Activo	2	2	2	1	2	1
70	Clássica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	47	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
71	Clássica	Feminino	Caucasiana	7 ^o -12 ^o ano	49	Casado	Activo	2	1	2	2	2	
72	Clássica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	49	Casado	Activo	3	1	2	2	2	

ID	GRUPO	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	IDADE	ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA DA DOENÇA	PROPOSTA CIRÚRGICA	PATOLOGIA RESPIRATÓRIA	CÁRDIO-VASCULAR	PATOLOGIA LOCOMOTORA	GRAVIDADE
73	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	50	Casado	Activo	1	2	2	1	2	2
74	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	54	Casado	Activo	2	2	2	2	2	
75	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	55	Casado	Activo	2	1	2	2	2	
76	Clássica	Masculino	Caucasiana	Ensino superior	55	Casado	Activo	1	2	2	2	2	
77	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	55	Casado	Activo	3	1	2	2	1	2
78	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	56	Solteiro	Activo	2	1	2	1	2	2
79	Clássica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	58	Casado	Activo	2	1	2	2	2	3
80	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	58	Solteiro	Activo	2	1	2	1	2	1
81	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	58	Divorciado	Activo	2	1	2	2	2	
82	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	58	Casado	Activo	2	1	2	1	1	1
83	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	59	Casado	Activo	2	1	1	2	2	
84	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	59	Casado	Activo	1	1		1	1	2
85	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	59	Casado	Activo	3	2	2	1	1	2
86	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	59	Casado	Reformado	2	2	2	2	1	2
87	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	59	Casado	Activo	2	1	2	1	2	1
88	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	60	Casado	Activo	2	1	2	2	2	
89	Clássica	nr	nr	nr	nr	nr	nr	2	1	1	1	1	2
90	Clássica	Masculino	Caucasiana	1º-6º ano	61	Casado	Reformado	1	2	2	2	2	2
91	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	61	Casado	Activo	2	1	2	1	1	1
92	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	62	Casado	Activo	3	1	2	1	1	2
93	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	62	Viuvo	Reformado	1	1	2	1	1	2
94	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	63	Viuvo	Reformado	2	1		1		2
95	Clássica	Feminino	Caucasiana	Sem escolaridade	63	Casado	Reformado	1	1	2	1	2	1
96	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	63	Casado	Reformado	2	2	2	1	2	2
97	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	64	Viuvo	Activo	2	1	2	1		1
98	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	64	Casado	Activo	1	2	2	1	1	2
99	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	65	Casado	Activo	1	2	1	1	1	1
100	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	65	Viuvo	Reformado	1	2	2	1		2
101	Clássica	Masculino	Caucasiana	7º-12º ano	66	Casado	Reformado	1	2	2	1	2	
102	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	66	Viuvo	Reformado	2	2	2	1	1	1
103	Clássica	Masculino	Caucasiana	1º-6º ano	66	Casado	Reformado	1	2	2	2	1	2
104	Clássica	Feminino	Caucasiana	Ensino superior	67	Casado	Reformado	2	1	2	1	1	1
105	Clássica	Masculino	Caucasiana	1º-6º ano	67	Casado	Reformado	1	2	2	1	2	1
106	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	67	Viuvo	Activo	2	1	2	1	1	2
107	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	68	Casado	Reformado	2	1	2	1	1	2
108	Clássica	Feminino	Caucasiana	Sem escolaridade	68	Viuvo	Activo	1	2	2	1	1	1
109	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	69	Casado	Reformado	3	1	2	1	1	1
110	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	69	Casado	Activo	1	2	2	1	1	1

ID	GRUPO	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	IDADE	ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA DA DOENÇA	PROPOSTA CIRÚRGICA	PATOLOGIA RESPIRATÓRIA	CÁRDIO-VASCULAR	PATOLOGIA LOCOMOTORA	GRAVIDADE
111	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	70	Casado	Reformado	1	2	2	1	2	1
112	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	70	Casado	Reformado	1	2	2	1	1	1
113	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	71	Viuvo	Reformado	3	1	2	1	1	2
114	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	71	Casado	Reformado	1	2	2	1	1	2
115	Clássica	Feminino	Caucasiana	7º-12º ano	71	Casado	Reformado	2	2	2	1	1	1
116	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	71	Viuvo	Reformado	1	2	1	1	1	1
117	Clássica	Masculino	Caucasiana	1º-6º ano	72	Casado	Reformado	1	2	1	1	1	1
118	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	72	Viuvo	Activo	1	1	2	1	1	1
119	Clássica	Feminino	Caucasiana	1º-6º ano	72	Viuvo	Reformado	2	1	1	1	1	2
120	Clássica	Feminino	Caucasiana	Sem escolaridade	73	Viuvo	Reformado	1	2	2	2	1	2

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 4 5 4
2	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 3 3 4
3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 4 4 4 3
4	1	2	1	2	2	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	5	2	4	4	3	3	3	3	3 3 3 2 2 2 2
5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	6	6	6	5	6	5	5 5 5 5 4 4
6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	4	6	6	5	5	5	4	6 4 5 5 5 3 3
7	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	6	6	6	5	6	6	5 6 5 5 4 4 4 3
8	2	2	2	3	3	2	3	3	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	5	5	5	3	5	4	5	4	5	5	5 5 4 2 2 2 3 3
9	5	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 5 5 5
10	2	1	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	2	1	2	1	2	2	2	2	5	6	6	3	5	6	6	4	6	6	6 5 5 2 2 2 3 3
11	3	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	1	4	5	5	3	5	5 5 3 5 4 5 4
12	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	6	6	5	6	6	5	5	6	6	6 6 5 4 3 3 3
13	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5 5 5 5

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D		
																														5 4 4		
14	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 4 4 4	
15	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	5	2	3	4	4	3	5	4	5 4 4 2 2 2 2 3	
16	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 4 4 4 5	
17	3	1	1	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5 5 3 3 4 4 4	
18	2	2	1	3	2	2	3	3	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	5	6	6	4	6	6	5	4	6	5	6 5 5 2 2 2 2 3	
19	3	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 2 2 2 4 3	
20	2	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	5	6	6	4	6	6	5	5	5	5	6 5 5 3 3 4 3 3	
21	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	4	5	4	2	2	4	2	2	3	3	3 3 2 4 2 2 3 2	
22	3	1	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	5	6	5	5	6	5	5 5 4 4 4 4 4 3	
23	2	2	1	2	2	2	3	3	1	1	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	5	5	5	5	5	6	5	4	6	5	5 5 5 3 4 3 3
24	4	1	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	4	6	6	3	2	2	2	3	4	3	3 3 3 3 4 4 4 3	
25	2	2	1	3	2	2	3	3	1	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	4	6	6	4	6	6	5	4	6	6	6 5 4 2 2 2 4 2	
26	2	2	1	3	3	2	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	5	2	2	2	3	3	2	5	6 5 4 2 2 2 4 2	

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
																														5 2 2 4 3	
52	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	4	5	4	2	2	3	3	3	3	3	4 2 4 2 2 2	
53	1	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	4	5	5	1	1	2	2	2	3	3	4 3 4 1 1 3	
54	2	1	1	2	3	1	3	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 5 5
55	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	5	5	1	2	2	2	1	2	2	3 2 4 2 2 3	
56	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	5	6	6	2	2	4	2	2	3	3	3 3 4 2 2 3	
57	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	6	6	5	5	5	5	6 5 5 4 4 4	
58	2	1	2	3	3	1	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	6	6	5	5	6	5	6 5 5 5 3 3 4	
59	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	2	1	2	4	6	6	4	4	4	4	4	3	4	5 4 5 3 4 4	
60	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 5 5 5	
61	3	2	1	2	3	3	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	3	5	5	6	5	4	5	5	5 5 3 4 4 4	
62	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	3	4	3	2	3	2	5 1 2 4 4 4	
63	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	5	4	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 3 3 4	

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
																														4	
64	1	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	2	4	5	4	5	5	5	4	5	5	6 5 5 4 4 5
65	4	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	5	3	3	5	5	6	5	5	6	5	5	6 5 5 5 4 5
66	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	6	6	6	5	5	6	6	6 5 3 3 3 5	
67	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	2	4	4	4	6	6	6	6	2	6	5	5	5 4 3 4 4 4 4
68	4	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	6	6	6	6	5	5	5	5	6 5 3 4 4 4 4
69	3	1	1	3	3	2	3	1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	1	2	5	4	6	3	2	4	4	4	5	2	2 3 3 2 5 5
70	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	5	4	4	5	6	6	5	5	6	5	5	5 5 5 5 3 3 3
71	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	6	2	2	2	5	5	5 4 3 4 4 4 4
72	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	3	3	2	1	3	2	2	2 2 2 2 2 4
73	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	5	5	4	4	5	5	4	4 5 5 3 4 4 2
74	5	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	4	6	6	5	5	6	5	4	5	5	5	6 5 4 4 4 4 4
75	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	2	4	3	3	2	6	6	5	3	5	5	5	5 5 3 4 4 4 4
76	4	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	5	5	5	5	5	6	5	5 6 6 5

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D
																														5 5 5 4
77	2	1	1	2	2	1	2	1	2	3	2	3	2	1	1	1	2	1	2	5	4	3	2	4	6	3	2	5	4	3 4 5 4 4 5
78	3	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	2	6	2	2	4	4	5 3 3 4 4 3
79	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	5	3	1	2	5	2 2 3 2 2 3
80	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	6	6	5	5	6	6	5 6 5 5 4 4
81	2	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	3	2	3	1	3	2	3	1	2	3	2 3 2 3 4 3
82	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	2	6	2	2	2	2	4 4 4 4 4 3
83	2	2	1	2	2	1	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2 1 2 2 2 2
84	2	1	1	2	2	1	3	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	6	3	2	5	5	5 4 4 3 3 3
85	1	2	1	2	2	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	1	2	6	2	2	2	2	4 2 3 2 2 3
86	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	5	4	4	2	4	3	5	4	3	3	3 4 5 5 3 2 3
87	2	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	1	6	6	4	1	5	2	4 2 3 2 4 3
88	3	1	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	4	5	3	1	2	3	2 2 3 2 2 4

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
89	1	1	1	2	2	1	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	2	5	6	5	2	5	5	4 5 3 2 3 3 3	
90	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	6	6	4	5	5	4	4	5	4	4 5 4 3 4 4 2 3	
91	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	1	2	3	2 2 3 3 4 4 3 3	
92	3	2	2	3	3	2	3	3	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	1	4	3	4	1	3	6	2	2	6	4	5 2 3 4 4 4 3 3	
93	2	2	1	3	3	1	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2 3 3 4 4 2 2 3	
94	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1 1 2 1 1 2 1	
95	2	1	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6 6 5 4 4 4 4 4
96	1	2	2	2	3	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	5	6	5	2	6	5	5 4 4 4 2 2 2 3 3	
97	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4	1	1	5	3	2	2	2	3 2 3 2 2 2 3 3	
98	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1	3	3	4	1	2	6	5	3	5	5	4 3 3 2 2 2 3 3	
99	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	3	2	1	1	1	2	1	1	4	5	4	1	2	6	4	3	2	2	5 2 3 2 2 2 3 3	
100	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	5	5	5	5	5	5	4	4 5 5 4 4 4 4 4	
101	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1	1	5	5	4	1	3	6	4	3	4	5	6 4 3 2 3	

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
																														2 3 3	
102	2	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	5	6	5	4	6	4	5 4 4 4 4 3 3
103	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	5	4	4	6	6	6	6	5	6	6	6 5 5 5 4 4 4
104	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	4	5	5	6	5	4	6	3	5 5 5 4 4 4 4 4
105	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	4	2	3	1	3	1	6 4 3 3 1 2 2 3 3
106	2	2	1	3	3	2	3	3	1	2	3	3	2	1	1	1	2	1	1	1	4	4	4	5	5	6	4	2	5	6	5 4 4 4 4 4 4 3
107	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	4	3	4	4	5	6	4	3	5	5	5 2 5 4 3 3 3 3
108	3	4	1	2	3	1	2	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	5	3	3	4	4	3	3	4 3 3 3 3 4 4 3
109	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	6	6	5	5	5	6	5	5	5 5 5 5 4 4 4 4 4
110	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4	5	6	5	6	6	5	6	4	6 5 5 4 4 4 4 4
111	4	3	1	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	2	3	2	1	2	2	2 1 2 2 4 4 4 4
112	2	1	1	3	3	2	3	3	1	2	3	3	2	1	2	1	2	1	1	1	4	3	4	1	3	6	4	2	6	3	5 5 5 4 4 4 4 4
113	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2 2 2 2 2 2 2
114	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	5	4	4	1	6	6	5	2	6	5	2 2 2 2 2 2 2

ID	1	2	3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3J	4A	4B	4C	4D	5A	5B	5C	6	7	8	9A	9B	9C	9D	9E	9F	9G	9H 9I 10 11A 11B 11C 11D	
																															5 5 4 4 4 4
115	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	3	4	1	5	6	5	2	6	5	5 5 5 4 4 4 4	
116	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	5	4	4	4	4	4	4	3	5	3	5 3 4 4 4 4 4 3
117	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	5	3	3	3	4	6	3	2	5	4	5 2 5 5 3 4 4 2	
118	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	3	4	3	2	3	4	4	5 4 4 2 4 4 4 4	
119	2	1	1	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	4	4	3	3	3	4	2	2	4	5	4 4 4 2 5 4 4 3 3	
120	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	6	6	2	4	5	3	2	4	3	3 3 3 2 2 2 2 3	