

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

JOSÉ LORENZO SOLINO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM OSTEOARTROSE DO JOELHO EM
SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

VITÓRIA
2018

JOSÉ LORENZO SOLINO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM OSTEOARTROSE DO JOELHO EM
SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Políticas Pública e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral

VITÓRIA
2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S686q Solino, José Lorenzo
Qualidade de vida de idosos com osteoartrose do joelho em
seguimento ambulatorial / José Lorenzo Solino. - 2019.
88 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Idosos – qualidade de vida. 2. Osteoartrose do joelho. 3.
Envelhecimento. 4. Saúde Pública. I. Cabral, Hebert Wilson
Santos. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 617.072

JOSÉ LORENZO SOLINO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM OSTEOARTROSE DO JOELHO EM
SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 11 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória – EMESCAM
Orientador

Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno

Prof^a. Dr^a. Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa
Universidade Vila Velha – UVV
Membro Titular Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela constante presença em minha vida.

Aos meus pais, Olcir e Orlando e Solino, pelo grande amor e perseverança.

A minha esposa, Mariléa Solino, pela dedicação, compreensão e constante incentivo.

Aos meus filhos Daniel, Isabela e Gabriel, heranças de Deus.

Ao Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral pelo apoio e dedicação na condução da orientação. Uma ajuda inestimável.

Aos Alunos da graduação em Medicina da Emescam, Arnon Salviato Mameri (5º período), Gabriela Azevedo Solino (5º período) e Victor Peyneau Poncio, (7º Período), pela inestimável colaboração e empenho.

Aos professores e funcionários do Mestrado de Políticas Públicas da Emescam, uma ajuda frequente e contínua.

Ao Prof. Dr. Nilo Fernando Rezende Vieira, pelo incentivo e apoio.

“Portanto levantai as mãos decaídas e os joelhos vacilantes, e fazei caminhos retos para os vossos pés, a fim de que não se desvie o que é manco, e sim que seja curado.”

Hebreus 12, 12-13

RESUMO

Introdução: As necessidades da população idosa passaram a ser compreendidas como uma das expressões da questão social contemporânea; pelo exposto, vê-se a necessidade de identificar os desafios ao elaborar uma proteção social que acoberte os riscos sociais e promovam um envelhecimento ativo com Qualidade de Vida (QV) da pessoa idosa, com ações e amplas tendências de diferentes políticas públicas com o objetivo de acolher as demandas dessa população. A Osteoartrose do joelho (OAJ) é uma das formas mais prevalentes dessas alterações, causando perda da independência funcional nas Atividades da Vida Diária (AVD), agravado naqueles que não dispõem de amparo social e psicológico, tornando-os fortes candidatos a apresentar perda de QV. **Objetivo:** Descrever os principais impactos biológicos, psicológicos e sociais que afetam a QV de idosos portadores de OAJ. **Método:** Foram selecionados 46 pacientes idosos com OAJ, que frequentam o Ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), utilizando-se como instrumento de avaliação de Qualidade de Vida a versão brasileira do WHOQOL-Bref da Organização Mundial de Saúde (OMS). **Resultados:** O estudo apontou que o domínio psicológico sofreu o maior impacto negativo na QV dos idosos avaliados, seguido pelo físico, social e do meio ambiente. **Conclusão:** O estudo demonstra que ocorrem impactos na QV de idosos portadores de OAJ em acompanhamento ambulatorial do ponto de vista biológico, psicológico e social. Embora o aspecto psicológico tenha sido o mais afetado, existe grande correlação entre os domínios estudados, com influências importantes entre eles. Torna-se, portanto, relevante, a promoção de ações multidisciplinares nas atenções voltadas aos idosos portadores de OAJ.

Palavras-chave: Atividades da Vida Diária, Envelhecimento, Osteoartrose do joelho, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: The needs of the elderly population are understood as one of the expressions of the contemporary social question; it is necessary to identify the challenges in elaborating a social protection that covers social risks and promotes an active aging with Quality of Life (QOL) of the elderly, with actions and wide tendencies of different public policies with the objective to meet the demands of this population. Knee Osteoarthritis (KOA) is one of the most prevalent forms of these alterations, causing loss of functional independence in the Activities of Daily Living (ADL), aggravated in those who do not have social and psychological support, making them strong candidates for loss of QOL. **Objectives:** To evaluate elderly patients with OAJ and the repercussions on the QOL of these individuals from a biological, psychological and social point of view. **Methods:** We selected 46 elderly patients with chronic-degenerative diseases of the knee, who attend the Orthopedic Outpatient Clinic of the Hospital of Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), using the Brazilian version of the WHOQOL -Bref of the World Health Organization (WHO). **Results:** The study pointed out that the psychological domain suffered the greatest negative impact on the QOL of the evaluated elderly, followed by physical, social and environmental. **Conclusion:** The study shows repercussions on the QOL of elderly patients with KOA in ambulatory follow-up from a biological, psychological and social point of view. Although the psychological aspect was the most affected, there is a great correlation between the domains studied, with important influences between them. It is therefore relevant to promote multidisciplinary actions in the care of elderly KOA patients.

Key words: Daily Life Activities, Aging, Osteoarthritis, Quality of Life.

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
AVD	Atividades da Vida Diária
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HSCMV	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
MS	Ministério da Saúde
OA	Osteoartrose
OAJ	Osteoartrose de Joelho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV	Qualidade de Vida
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SUS	Sistema Único de Saúde
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características sociais dos pacientes.....	42
Quadro 2 – Características demográficas dos pacientes.....	43
Quadro 3 – Descrição do tempo e ajuda para resposta do questionário.....	43
Quadro 4 – Descrição das perguntas de autoavaliação da QV.....	44
Quadro 5 – Resultados do domínio físico.....	45
Quadro 6 – Cálculos das facetas 3,4,10,15,16,17 e 18.....	46
Quadro 7 - Resultados do domínio psicológico.....	47
Quadro 8 – Cálculos das facetas 5,6,7,11,19 e 26.....	48
Quadro 9 - Resultados do domínio relações sociais.....	48
Quadro 10 – Cálculos das facetas 20, 21 e 22.....	49
Quadro 11 - Resultados do domínio meio ambiente.....	50
Quadro 12 – Cálculos das facetas 8,9,12,13,14,23,24 e 25.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 ENVELHECIMENTO: GENERALIDADES.....	17
3 A ARTICULAÇÃO DO JOELHO E SEU ENVELHECIMENTO.....	25
4 QUALIDADE DE VIDA E SEUS CONCEITOS.....	30
5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO IDOSO.....	33
6 OBJETIVO.....	37
6.1 OBJETIVO GERAL.....	37
7 MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
7.1 MODELO DE ESTUDO.....	38
7.2 SELEÇÃO AMOSTRAL.....	38
7.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	38
7.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	39
7.5 MÉTODO DE AVALIAÇÃO.....	39
7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
8 RESULTADOS.....	42
8.1 DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.....	42
8.2 DOS FATORES COLABORADORES E ADJUVANTES NA ENTREVISTA.....	43
8.3 DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DOMINIOS DO WHO.....	44
8.3.1 Auto Avaliação.....	44

8.3.2 Domínio Físico.....	44
8.3.3 Domínio Psicológico.....	47
8.3.4 Domínio Social.....	48
8.3.5 Domínio Meio Ambiente.....	49
8.4 DAS COMPARAÇÕES ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF.....	52
9 DISCUSSÃO.....	53
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO A - TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	73
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
ANEXO C - CÁLCULO DO WHOQOL-Bref.....	78
ANEXO D - COMPARAÇÃO ESTATÍSTICA ENTRE OS DOMÍNIOS	79
ANEXO E- DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-Bref.....	80
ANEXO F- FÓRMULAS DE CORREÇÃO DO WHOQOL-Bref.....	86
APÊNDICE - A – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES	82
APÊNDICE - B- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO.....	83
APÊNDICE - C QUESTIONÁRIO WHOQOL-Bref.....	84
APÊNDICE - D – TABELA DOS PESQUISADORES.....	88

1 INTRODUÇÃO

O envelhecer é um processo natural, progressivo, que ocorre paulatinamente e sofre interferências de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Com o processo de transição demográfica a partir do século XX, houve crescimento da população, com elevação do número de pessoas idosas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O processo de envelhecimento se iniciou nos anos 1960 nos países desenvolvidos e posteriormente vem ocorrendo nos países em desenvolvimento, onde o indivíduo com 60 anos de idade ou mais é considerado idoso, sendo responsável por modificações irreversíveis nas sociedades (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No Espírito Santo a transição demográfica¹ apresentou um efeito expressivo na elevação etária a partir do ano de 2010. O total de idosos no Espírito Santo² em 2012 correspondia a 12,5% da população, em 2017, passou a ser 14,0% e, no Estado, em 2012, havia 473 mil pessoas com 60 anos ou mais, em 2017, passou a ser 561 mil idosos, correspondendo um aumento de 18,6% em cinco anos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2017).

O processo de envelhecimento, portanto, tem sido destaque para muitos estudos em âmbito mundial, causando preocupações e questionamentos nos contextos socioeconômico, da saúde e cultural (MARENGONI et al., 2011; KÜCHEMANN, 2012; ANZOLIN; BERTOL, 2018). Até porque, os idosos apresentam particularidades inerentes à idade, ou seja, mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos financeiros e sociais, acrescentando-se ainda que, com o envelhecimento, mesmo sem apresentar doenças crônicas, podem desenvolver alguma perda funcional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

As necessidades da população idosa, passam a ser compreendidas como uma das expressões da questão social contemporânea; pelo exposto, vê-se a necessidade de identificar os desafios ao elaborar uma proteção social que acoberte os riscos sociais

¹ O termo transição demográfica, também denominado “bônus demográfico”, ou “dividendo demográfico”, consiste na passagem de uma situação de equilíbrio no crescimento populacional caracterizado por elevados níveis de fecundidade e de mortalidade para uma etapa de níveis baixos, em ambas as componentes (RIGOTTI, 2012).

² No Espírito Santo, 48% da população está na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV); dos mais de 4 milhões de habitantes, 1.960.213 vivem em Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari (MACHADO, 2017).

e promovam um envelhecimento ativo com Qualidade de Vida (QV) da pessoa idosa, com ações e amplas tendências de diferentes políticas públicas com o objetivo de acolher as demandas dessa população (SILVA, 2016).

O envelhecer é um processo novo para o Brasil e, devido à importância do tema, as políticas de saúde buscam ter como foco a atenção integral à saúde e a QV do idoso, mesmo considerando as suas limitações (MARTINS et al., 2014). As alterações observadas com o avançar da idade advindas de uma sequência de eventos, podem afetar negativamente a QV dos indivíduos acometidos, sobrecarregando ainda mais os serviços públicos de saúde e gerando impactos nas diversas formas de prestar cuidados aos idosos. Diante disso, novos desafios surgem para o sistema de saúde pois, idosos com doenças crônicas sem controle e tratamento adequado estão mais susceptíveis a sequelas e incapacidades relacionadas às doenças (SANTOS et al., 2015).

No envelhecimento, as alterações osteomusculares estão entre os problemas de saúde mais prevalentes, uma vez que se observa acentuada diminuição da massa muscular e, conseqüentemente, um aumento da sobrecarga articular podendo levar ao aparecimento de algumas doenças relacionadas a essas perdas, tais como a osteoartrose (OA) (BARDUZZI et al., 2013; SANTOS et al., 2011). A *American Rheumatic Association* (ARA) e a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) adotaram o termo “osteoartrite” em vez de doença articular degenerativa ou osteoartrose ou artrose, devido à fase inflamatória da doença. Na especialidade de Ortopedia, utiliza-se o termo osteoartrose (ANZOLIN; BERTOL, 2018).

O joelho é uma estrutura que suporta expressiva carga, além de permitir a suficiente mobilidade para exercer a locomoção; é uma articulação sinovial, em dobradiça que apresenta dois graus de liberdade e três superfícies articulares: o complexo articular tibiofemoral medial e lateral e a articulação patelofemoral, que estão inseridas na cápsula articular (OLIVEIRA et al., 2015).

Dos impactos da idade nas articulações, a OAJ se caracteriza como uma das principais, e está presente em cerca de 6,0% da população adulta acima de 30 anos de idade, aumentando a prevalência para 10,0% em pessoas com mais de 55 anos

de idade. A diminuição da força da musculatura flexora e extensora do joelho estão relacionadas à redução da capacidade funcional e a habilidade em realizar Atividades da Vida Diária (AVD) como subir escadas, levantar, sentar, tomar banho, deambular, manter controle de suas necessidades diárias e caminhar (DE POSIS; MASSABKI; KAIRALLA, 2010).

Estudos demonstram que a OA é a segunda doença crônica mais prevalente nos idosos, ficando atrás apenas da Hipertensão Arterial (HA), sendo a OAJ a mais frequente (Hootman et al. em 2000). É relevante ressaltar que, diante da transição demográfica em curso, entre 2005 e 2025, haverá um aumento de 50,0% das doenças do joelho (SANTOS et al., 2015; ANZOLIN; BERTOL, 2018).

Devido à redução da mobilidade articular e dor, que pode surgir precocemente na OA, a maioria dos pacientes se veem confrontados com dificuldades quando realizam atividades do cotidiano como os hábitos de higiene, cuidado pessoal, marcha, tarefas domésticas, sono, desempenho sexual e atividades profissionais e sociais (MATOS; ARAÚJO, 2009).

Um estudo de Gomes-Neto et al. (2016) envolveu uma pesquisa comparativa entre a capacidade funcional de idosos obesos e não obesos com OAJ. O estudo envolveu 35 idosos com a doença dividida em dois grupos: obesos e não obesos, em todos foram avaliados a capacidade funcional. Concluiu-se que a OAJ associada à obesidade impactou negativamente a capacidade funcional; os escores de QV foram baixos sem diferença significativa para obesos e não obesos.

Foi traçado por SANTOS Jr. et al., em 2015, o perfil epidemiológico dos pacientes com OAJ atendidos nos serviços de fisioterapia reumatológica em clínicas escola em Maceió/AL, quando 47 prontuários foram avaliados, havendo prevalência do sexo feminino, com idade média de 59,68%, com queixa predominante de dor. O estudo concluiu que houve uma redução quanto à idade nos pacientes portadores de OAJ, onde acredita-se que, cada vez mais cedo, os indivíduos estão sendo acometidos por essas alterações (SANTOS Jr. et al., 2015).

São vários os graus de evolução das doenças crônicas degenerativas, capazes de levar à incapacidade nos músculos dos membros inferiores, promovendo alterações da marcha, perda do equilíbrio e incapacidade funcional, que reduzem as AVD, aumentam o risco de quedas e da mortalidade, podendo então, impactar na QV dos idosos nos referidos aspectos, diminuindo sua independência e autonomia (Silva, R. A., 2016). Nesse contexto, problematiza-se: quais seriam os principais impactos biopsicossociais atribuídos às OAJ em idosos?

No Brasil, ainda é escassa a literatura com enfoque nos impactos da OAJ em idosos e sua relação com a QV, relação essa que ainda não está amplamente esclarecida. Dados envolvendo a prevalência da OAJ, o custo estimado do tratamento e as despesas previdenciárias decorrentes de complicações dessa doença ainda não são precisos no país.

Com o aumento na expectativa de vida populacional torna-se relevante levantar informações envolvendo as OAJ por ser de interesse em saúde pública. Justifica-se, assim, a elaboração de estudos que possam avaliar as influências que essas doenças podem causar na QV dos idosos, possibilitando uma melhor atenção a esses idosos que venham promover alguma compensação dessas doenças, tornando o idoso com menos dependência funcional do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Atuo na área da cirurgia ortopédica há 29 anos, especializado em cirurgia do joelho, e há 25 anos como professor de Ortopedia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Na prática diária, tenho observado que as necessidades dos pacientes idosos com OAJ vão além da assistência médica ambulatorial. As constantes queixas de sentimentos negativos, tristeza, dificuldade para chegar ao ambulatório, dificuldade para ir e vir aos serviços de fisioterapia, ausência de locais para realizar atividades físicas pertinentes à idade com acompanhamento adequado, dentre outros, demonstram a necessidade de estudos que possam avaliar a QV desses indivíduos buscando melhor evidenciar suas necessidades.

Partindo dessa premissa, o estudo objetiva avaliar pacientes idosos com OAJ, em acompanhamento ambulatorial, e as influências na QV do ponto de vista biológico,

psicológico e social. Com base nos resultados, pretende-se estimular novos estudos que possam contribuir para melhora na QV desses idosos.

A temática do estudo aborda as generalidades do envelhecimento, abrangendo a história, conceitos e mudanças epidemiológicas que ocorrem com o avançar da idade, em especial aquelas do sistema musculoesquelético, com ênfase na AOJ. Revisa sobre as influências do envelhecimento na QV dos indivíduos idosos e as políticas públicas visando a proteção a esse crescente número de indivíduos, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), dentre outros.

2 ENVELHECIMENTO: GENERALIDADES

O presente capítulo aborda a temática do envelhecimento em seus aspectos gerais, contextualizando: a história do processo do envelhecer, os conceitos atribuídos, as mudanças epidemiológicas decorrentes do avançar da idade, abrangendo os sistemas corporais, musculoesquelético e articular.

A evolução histórica da estrutura demográfica se constituiu, inicialmente, por populações de baixo crescimento vegetativo, com elevadas taxas de natalidade e de mortalidade. No Brasil, o número de pessoas idosas passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002, com perspectivas de alcançar, em 2020, 32 milhões. A guisa de exemplo, na Bélgica, a população idosa levou um século para dobrar de tamanho, e um dos resultados dessa dinâmica foi a crescente demanda por serviços de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A longevidade populacional é um fenômeno mundial, com repercussões relevantes nos aspectos social e econômico; é um processo que ocorre de maneira intensa no Brasil, sendo conhecido como transição demográfica (VERAS, 2012). Essa crescente tendência da população idosa no Brasil resultou em fins do século XIX, uma característica comum às sociedades que estavam com sua estrutura composta por jovens em sua maioria, onde os indivíduos idosos representavam uma pequena minoria (SÁ et al., 2013).

O século XX foi de grande importância para os conhecimentos acerca do envelhecimento. Estudos sobre a velhice iniciaram com Metchnikoff, em 1903, que alegou a necessidade de criação de uma nova especialidade, denominada Gerontologia, devido às modificações da vida que ocorrem com o avançar da idade. Já em 1909, Nascher estimulou estudos sociais e biológicos sobre o envelhecimento, surgindo a Geriatria. E com Marjory Warren, em 1930, foi possível à introdução do conceito e ações interdisciplinares na especialidade da Geriatria (SILVA, 2008; PRADO; SAYD, 2006).

Comenta Goldman (2009, p.32) que o drama cotidiano da velhice foi anunciado com veemência por Simone de Beauvoir, que na introdução de seu livro “A velhice”, escrito originalmente no início dos anos 1970, denuncia:

Para a sociedade, a velhice parece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar (...). Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como párias.

A citação denuncia as condições em que viviam e eram tratados os idosos na sociedade da França. O livro foi um libelo contra o preconceito e denuncia o desleixo do Estado e da sociedade civil em relação ao destino dos idosos, que causou repercussão em âmbito mundial, lançando luzes sobre o envelhecimento (GOLDMAN, 2009).

No Brasil, temas envolvendo o envelhecimento só entraram em 1988, com a agenda de pesquisa da Associação Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), durante o VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. O objetivo da ABEP é congrega estudiosos de Demografia para fomentar o intercâmbio científico na área, bem como expandir e fortalecer o conhecimento da realidade demográfica nacional. Desde então, trabalhos foram apresentados nos Encontros Nacionais e artigos foram publicados na Revista Brasileira de Estudos Populacionais, também da ABEP (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-TERRIEN, 2012).

Citam Schneider e Irigary (2008, p.487) que:

Estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal. À medida que o envelhecimento é documentado em outros povos, constata-se que ele é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura.

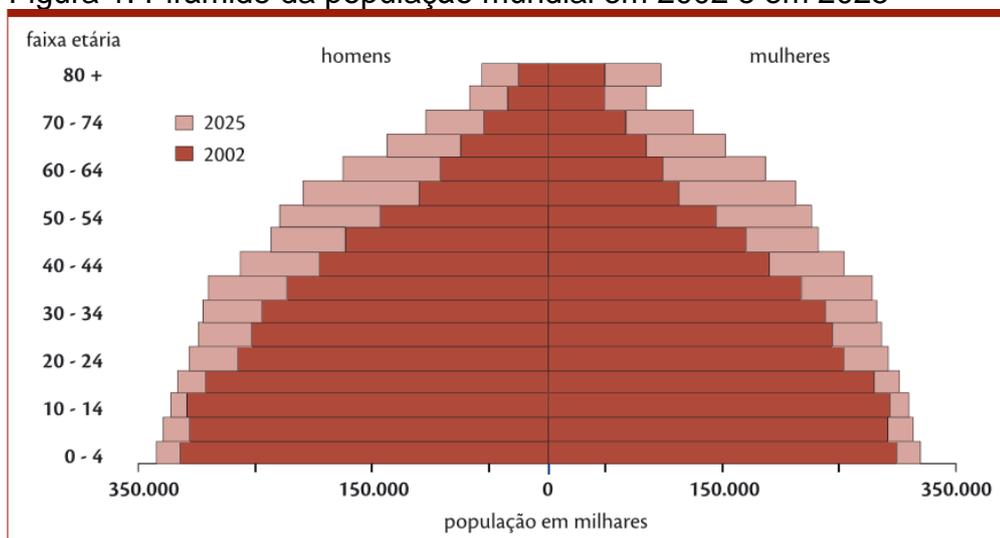
O homem, no século XX, obteve uma das maiores conquistas de sua história: o aumento da expectativa de vida (VERAS, 2012; BANCO MUNDIAL, 2011). O século passado apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. A população mundial aumentou quase quatro vezes (de cerca de 1,6 bilhão de habitantes em 1900 para 6 bilhões em 2000); sendo que a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que estava em torno de 5 filhos por mulher em meados do

século XX, começou a cair a partir de 1965 e chegou a 2,5 filhos na virada do milênio. Com isso, o ritmo de crescimento demográfico vai diminuir no século XXI, embora deva continuar positivo, pois existe uma certa estagnação da transição da fecundidade (ALVES, 2014).

A redução da fecundidade mundial foi de 31,5% nos 20 anos anteriores à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 e de 18,0% nos 20 anos posteriores. A Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU), na revisão 2012, estima uma TFT global de 2,24 filhos por mulher, no quinquênio 2045-2050, e de 2,0 filhos por mulher, no quinquênio 2095-2100. Portanto, a estabilização da população mundial só seria alcançada, eventualmente, no início do século XXII (ALVES, 2014).

O aumento na expectativa de vida ocorre continuamente graças aos significativos avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização e à queda da taxa de fecundidade (FONSECA; BITTAR, 2014). De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004), espera-se que o contingente de idosos no Brasil em 2020 atinja a magnitude de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, constituindo 14,0% da população, ocupando, então, o sexto lugar na classificação mundial. Em 2025, estima-se que a expectativa de vida dos brasileiros seja de 75,5 anos. No mundo, a proporção de pessoas idosas vem aumentando de modo acelerado, mais que qualquer outra faixa etária (Figura 1) (WHO, 2005).

Figura 1. Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025



Fonte: WHO (2005).

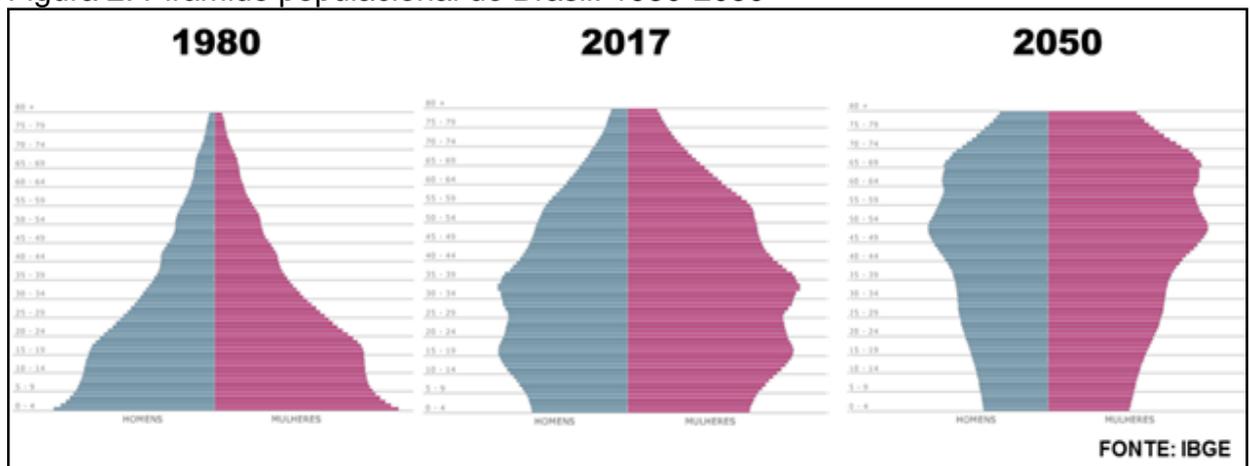
Entre 1970 e 2025, espera-se um aumento de 223,0%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas; em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos (WHO, 2005).

No século XX, mais de 15 milhões de brasileiros tinham mais de 60 anos de idade, sendo que a participação de pessoas nessa faixa etária no total da população brasileira dobrou nos últimos cinquenta anos; acrescenta-se que a população com idade acima de 80 anos também está aumentando (MATOS; ARAUJO, 2009).

As projeções em relação à população mundial de pessoas idosas indicam que houve um aumento de 8,0% em 1950, 9,0% em 1990 e continuará a crescer cerca de 21,0% até 2050 (Figura 2); com isso, serão mais de dois bilhões de pessoas acima de 60 anos (BARBOSA et al., 2017). A expectativa de vida no Brasil é de 75,5 anos e a perspectiva é de chegar aos 81 em 2050 (IBGE, 2018).

Em 2050, estima-se que haverá cerca de 66,5 milhões de idosos, 29,3% da população total, passando em muito o percentual de idosos atualmente existentes; isso ocorrerá em 80,0% dos países em desenvolvimento (WHO, 2005; BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012; IBGE, 2018).

Figura 2. Pirâmide populacional do Brasil: 1980-2050



Fonte: IBGE (2013).

A figura revela que o Brasil apresenta índices que tendem a um crescimento da população com idade superior a 60 anos (ALVES Jr., 2009).

O país manteve a tendência populacional idosa dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, excedendo a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) (IBGE, 2018).

Estimativas indicam que o número de pessoas acima dos 60 anos irá ultrapassar o de crianças abaixo dos 15 anos em 2020; atualmente, há mais pessoas acima dos 60 anos do que abaixo dos cinco anos (WHO, 2005; BARBOSA et al., 2017).

Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18,0% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. O mesmo estudo sinaliza que a população de idosos no país vai triplicar em 40 anos (IBGE, 2018).

A palavra “envelhecer” surgiu no século XVIII, deriva do idioma Latim, *vetulus*, de *vetus*, que significa “remoto, antigo, idoso, velho”; já a palavra “envelhecimento” surgiu no século XIV e é o ato ou efeito de a pessoa envelhecer-se, avançar mais na idade física ou de aparentar velhice ou antiguidade. Envelhecer e suas consequências naturais são questionamentos que intrigam desde as civilizações mais antigas (FERREIRA, 2000; FREITAS, 2002).

A separação das categorias etárias foi uma consequência da modernidade pois, na era industrial, foi necessário reagrupar as pessoas em lugares e funções, com isso, entre os séculos XIX e XX, surge a noção de velhice (SOUZA, 2018). O envelhecer é explicado por Beltrão, Camarano e Kanso (2004) como sendo um processo composto por duas fases: primeiramente, o envelhecimento se dá pela base, consistindo no estreitamento da pirâmide populacional em função da diminuição da taxa de fecundidade e, por consequência, do menor número de nascimentos; em segundo lugar, o envelhecimento se dá pelo topo da pirâmide populacional, devida à redução da mortalidade, refletindo no aumento da expectativa de vida.

Se, na primeira fase, foi marcante o aumento da expectativa de vida por causa da redução da mortalidade infantil, pode-se mencionar que no Brasil a diminuição da mortalidade do contingente de idosos pode ser considerada um dos fatores para o aumento da expectativa de vida, ou seja, os idosos, em média, estão ficando mais idosos (OLIVEIRA; VERAS, CORDEIRO, 2017).

A velhice contemporânea continua dividida entre dois polos: o primeiro representado pelo aposentado ativo, que sabe envelhecer, capaz de aproveitar a vida e ainda ser útil à sociedade; no segundo polo, a velhice é representada pela decrepitude, dependência, estado em que a solidão e o isolamento seriam as marcas que melhor representam, essa posição se mantém quando a velhice é discutida nos conceitos de terceira idade e quarta idade (ALVES Jr., 2009).

A expressão “idoso jovem” se refere a pessoas de 65 a 74 anos, normalmente ativas, cheias de vida e vigorosas. Já o termo idoso velho compreende a faixa etária de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, com maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, devido às alterações inerentes ao processo do envelhecimento, podendo ter dificuldade para desempenhar atividades de vida diária (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

É possível observar culturalmente, que existem vários termos como “idoso”, “idoso velho”, “grande idoso”, dentre outros, para se referir aos indivíduos que já viveram um maior tempo. Como o processo do envelhecimento é um conceito multidimensional, identificado como questão cronológica, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos, conceituar esses termos é importante para entender diferenças de características que existem em indivíduos expostos às mesmas variáveis ambientais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, assim, aumente a possibilidade de morte (WHO, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) compreende o envelhecimento como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, denominada senescência, que em condições normais, não provoca problemas (BRASIL, 2006; WHO, 2005). Considera-se idoso, na concepção da OMS, o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais, a exemplo do Brasil, e para o país desenvolvido, com ou acima de 65 anos. A idade definidora dos idosos é um critério cronológico para garantir a atenção à sua saúde física, psicológica e social (WHO, 2005).

O envelhecimento é um "processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo" (ERMINDA, 1999). O envelhecer é um processo natural que implica em mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e que acontece a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde ou ter um estilo de vida ativo e saudável (FREITAS, 2011). Para Dores (2009, p.163):

O envelhecimento é um processo que acompanha os seres vivos durante toda a sua trajetória de vida. É possível atingir a idade da velhice com graus variáveis de saúde. Dentre os fatores do estilo de vida, a alimentação pode influenciar positivamente o processo de envelhecimento, há que se considerar que a população idosa não é homogênea e, portanto, não se deve fazer afirmações gerais sobre ela.

Freitas (2011) explica que o envelhecer é um processo contínuo e gradual que envolve alterações naturais que se inicia na idade adulta; é a fase onde muitas funções corporais começam a declinar-se gradualmente que, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, podendo ocorrer em diferentes idades cronológicas.

A idade cronológica se baseia tão somente na passagem do tempo, e tem significado limitado em termos de saúde (NUNES, 1999), apesar disso, a probabilidade de desenvolver problemas de saúde aumenta com a idade. A idade biológica se refere às alterações no corpo que normalmente ocorrem com o passar do tempo. As diferentes aparências entre pessoas com idades cronológicas similares são causadas pelo estilo de vida, costumes, e efeitos sutis de doenças (FREITAS, 2011). Menciona Veras que (2012, p.34):

Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, [...]”.

A dimensão biológica se expressa pela alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. O envelhecimento é regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente. Porém, as alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido ao estresse fisiológico (ERMINDA, 1999).

O envelhecer é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, da redução da força, flexibilidade, velocidade, e níveis de volume de oxigênio máximo, que dificultam a realização de Atividade da Vida Diária (AVD), e a manutenção de um estilo de vida saudável (CARVALHO; SOARES, 2004).

O envelhecimento não está associado ao aspecto cronológico, contudo, sua caracterização depende da alteração de mecanismos fisiológicos (contexto sócio-econômico-cultural, doenças associadas ao envelhecimento, hábitos e estilo de vida, nível socioeconômico), inerentes ao organismo vivo (OLIVEIRA; VIEIRA, 2009), as alterações estrutural e funcional, determinam maior suscetibilidade ao aparecimento de doenças, à instalação de incapacidades físicas, mentais e funcionais, assim como a maior probabilidade de morte (ERMIDA, 1999).

No envelhecer observa-se um aumento na incidência de doenças crônicas degenerativas que podem ser acompanhadas por sequelas que limitam o desempenho funcional causando limitações e dependência (TAVARES; DIAS, 2012). As limitações impactam na saúde e na autonomia do indivíduo, contribuindo para a vulnerabilidade, redução da capacidade funcional e aumento do risco de dependência (REZENDE; CAMPOS, 2013).

3 O ENVELHECIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO

As articulações são constituídas para a realização de movimentos e sustentação mecânica e é nutrida pelo líquido sinovial, presentes nas mesmas. As articulações podem ser não sinoviais e sinoviais. As não sinoviais ou sinartrose, proporcionam integridade estrutural e movimentos mínimos; já as sinoviais possuem espaço articular que oferecem condições para realizar uma amplitude de movimento maior. Ambas articulações são fortalecidas pela cápsula fibrosa, pelos ligamentos e músculos. O revestimento sinovial dá condições para ocorrer uma rápida troca entre o sangue e o líquido sinovial (COELHO et al., 2015).

A literatura assevera que o avançar da idade é o fator de risco mais expressivo para o desenvolvimento de problemas musculoesqueléticos (MATOS; ARAUJO, 2009; MORAIS; MARINO; SANTOS, 2010; SANTOS et al., 2011; ALVES; BASSITT, 2013; VALER et al., 2015; FERREIRA et al., 2015; GOMES-NETO et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Após os 35 anos de idade há uma alteração natural da cartilagem articular que, associada às alterações biomecânicas adquiridas ao longo da vida do indivíduo ou não, provocam degenerações diversas que podem levar à diminuição da função locomotora e da flexibilidade, acarretando maior risco de lesões para o idoso (NÓBREGA et al., 1999). À medida em que a idade avança, alterações acontecem no interior de várias articulações, no caso das articulações sinoviais – joelho – implicam, na maioria dos casos, em problemas de extrema relevância, devido ao impacto negativo que causa na vida diária do idoso (SANTOS et al., 2017).

Com o envelhecimento, alterações acontecem nas articulações sinoviais, mais precisamente nas cartilagens articulares (VALER et al., 2015). Com o avançar da idade, ocorre uma redução na quantidade de condrócitos que sintetizam a matriz, que digerem enzimaticamente, diminuindo assim a quantidade de água e proteoglicanas que são responsáveis pelo turgor e elasticidade das fibras colágenas, com isso, a cartilagem afina e surgem rachaduras e fendas nas superfícies (COELHO et al., 2015).

Os músculos são formados por feixes e cada feixe recebe o nome de fascículo; estes são constituídos por miofilamentos, e por sua vez, compreendem as miofibrilas que quando se agrupam, formam as fibras dos músculos. É uma das alterações mais evidente no idoso é no sistema musculoesquelético, devido à perda de massa muscular: a sarcopenia (COELHO et al., 2015).

A perda de massa muscular inicia-se, de modo geral, em indivíduos com idades acima dos 60 anos, sendo caracterizada pela redução da capacidade de produção de força e um aumento da sobrecarga articular, como consequência. Esses *déficits* na mecânica muscular acarretam alterações que podem ser responsáveis pelo aparecimento de lesões teciduais e doenças musculoesqueléticas (HERZOG; LONGINO; CLARK, 2003).

Além da redução da funcionalidade, o idoso perde de maneira mais acentuada a capacidade de reter água e de produzir proteoglicanos, o que causa alterações degenerativas articulares como a OA (CASSETARI, 2008). A fraqueza nos quadríceps é comumente detectada em idosos com OA; nos assintomáticos, uma pequena falta de coordenação no recrutamento muscular pode resultar em falha na desaceleração do membro antes do contato inicial na marcha, causando forças de reação aumentadas na articulação do joelho (SANTOS et al., 2011).

Os fatores de risco mais preeminentes associados a biomecânica articular desfavorável são: idade avançada, sexo feminino, *déficit* de vitamina D, práticas esportivas de grande impacto, fraqueza do quadríceps, redução na densidade mineral óssea, lesões articulares prévias, fatores genéticos, tabagismo e diminuição de tecido do menisco e ligamentar, problemas na cartilagem e incongruências nas articulações, em especial no joelho valgo e varo (FERREIRA et al., 2015; REZENDE; CAMPOS, 2013).

No envelhecimento, a OAJ é uma consequência inevitável, que se caracteriza pelo desgaste articular devido ao uso e ocorre de modo gradual (REZENDE; CAMPOS, 2013). Os problemas na articulação do joelho se caracterizam pelo desgaste da cartilagem articular de sustentação de peso apresentando prevalência alta nos idosos (ALVES; BASSITT, 2013).

O principal sinal clínico da OAJ é a redução da força muscular, principalmente dos músculos quadríceps e isquiotibiais, o que pode ou não estar associado à dor e edema. A fraqueza muscular, em especial a do músculo quadríceps, é considerada uma das principais repercussões da doença (SPINOSA, 2017). A predominância é no sexo feminino, a partir dos 40 anos de idade, no período da menopausa e na condição de sobrepeso, causando limitações e afetando de modo negativo a QV dessa população (FERREIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2011).

Por isso que a OAJ é a queixa musculoesquelética mais comum nos dias atuais em idosos (ALVES; BASSITT, 2013); é uma doença articular, crônico-degenerativa, progressiva, de causa desconhecida, que afeta as articulações sinoviais; algumas consequências são: perda da cartilagem articular, remodelação do osso subcondral e formação de osteófitos (SANTOS et al., 2011). Pelo menos 10,0% dos idosos no mundo, segundo a OMS, apresenta OA, ocasionando limitação funcional e restrição de movimentos na maioria dos casos de idosos de apresentam essa doença crônico degenerativa (OLIVEIRA et al., 2015).

O local de maior prevalência da OAJ é nas articulações dos membros inferiores, o joelho, seguido das coxofemoral, metatarso falangeanas e Inter falangeanas (GUR; CAKIN, 2003). Das articulações citadas, a Osteoartrite de Joelho (OAJ) apresenta prevalência maior, 37%, por estar entre dois importantes braços de alavanca: tíbia e fêmur (HALL, 2016). A OAJ é uma das formas clínicas mais incapacitantes da doença, uma vez que esta articulação deve suportar todo o peso corporal durante atividades cotidianas (HALL, 2016).

A articulação do joelho se caracteriza como uma das principais áreas de acometimento da OA e está presente em cerca de 6,0% da população adulta acima de 30 anos, onde a sua prevalência aumenta para 10,0% em pessoas com mais de 55 anos de idade (FERREIRA et al., 2015), observando-se precocemente diminuição de força de flexores e extensores de joelho que estão relacionadas à diminuição da capacidade funcional e a habilidade em realizar atividades como subir escadas, levantar, sentar e caminhar (DE POSIS; MASSABKI; KAIRALLA, 2010).

Historicamente, a OAJ se caracterizava por ser uma doença degenerativa da cartilagem e osso subcondral, sendo a causa principal da dor. Contudo, com o surgimento de estudos, revelou-se uma ausência na concordância entre as mensurações radiográficas da degeneração articular e os sintomas do paciente, indicando que adulterações neuromusculares, podem caracterizar mais claramente o quadro clínico de OA, bem como o impacto funcional e *status* clínicos desses indivíduos (REZENDE; CAMPOS, 2013).

Estudos desenvolvidos por Leveille et al. em 1995 demonstram que em indivíduos idosos com OA a maior dificuldade no desempenho das AVD estava relacionada à fraqueza dos músculos, desenvolvida ao evitar a execução das tarefas que causam dor, como subir escadas ou andar por uma distância maior. Com isso, a dor é um sintoma clínico importante e comum nos pacientes com OAJ, podendo constituir um fator limitante da capacidade funcional (Apud SANTOS et al., 2011).

O quadríceps possui importante papel para manutenção da mobilidade, que pode ser definida como a capacidade do indivíduo em realizar atividades de locomoção, tais como: andar, levantar e sentar de uma cadeira e subir e descer escadas. O quadríceps atua para a absorção de choques e para a manutenção da estabilidade da articulação do joelho. Assim, a redução da força do quadríceps, acarreta em redução da mobilidade de indivíduos idosos. Neste sentido, a fraqueza desse músculo expõe os indivíduos à diminuição da proteção articular, aumenta o estresse e sobrecarga no joelho, além de aumentar a predisposição destes indivíduos a quedas e causar declínio funcional (ALFIERI et al., 2015).

A OAJ é a mais prevalente das doenças degenerativas articulares, afeta cerca de 1/3 dos idosos no mundo e causa significativa perda de QV, tendo em vista que é a 4ª maior causadora de incapacidade física em âmbito mundial (HAQ; DAVATCHI, 2011). O grau de severidade da doença leva ao agravamento de sintomas, tais como dor, deformidade articular e redução da função muscular, principalmente no que tange a redução da força e do equilíbrio (CARVALHO FILHO, 1996).

Ferrucci e et al. em 2005 realizaram um estudo com pacientes com OAJ e identificaram uma redução da força dos músculos quadríceps e isquiossurais como

determinantes na evolução da doença e suas incapacidades. A implementação e a elaboração de programas de tratamento dos achados são de expressiva relevância, considerando que a doença é crônico degenerativa, irreversível e prevalente em idosos (Apud SANTOS et al., 2011).

Em países desenvolvidos problemas nas articulações do joelho encontram-se presentes entre 17,0% e 30,0% dos idosos com idade acima de 65, com prevalência entre as mulheres (SANTOS et al., 2011; ALVES; BASSITT, 2013; FERREIRA et al., 2015; SANTOS Jr. et al., 2015; HALL et al., 2016; RO et al., 2017). No período da menopausa e na presença de sobrepeso, ocorrem limitações que afetam negativamente a QV da população feminina (FERREIRA et al., 2015). A presença de sobrepeso aumenta a pressão e a força sobre a articulação, ativa mecanismos de degradação da cartilagem articular, esclerose do osso subcondral e formação de osteófitos e ainda causa agravamento da OA (GOMES-NETO et al., 2016).

Ro et al. (2017) asseveram que as mulheres apresentam a pelve mais larga e interiorizada em comparação aos homens, maior incidência de deformidade em valgo do joelho, originando maior movimento superior/inferior da pelve durante a caminhada. Explica-se que a pelve mais larga aumenta o braço de movimento do centro de massa, por isso, a força de reação do solo passa a ser medial ao centro do joelho, o que leva a uma maior carga compressiva no compartimento medial dessa articulação, predispondo ao acometimento da OA. Além disso, as mulheres perdem cartilagem mais rápido do que os homens após os quarenta anos de idade, sendo a incidência da OAJ três vezes maior nas mulheres. A diferença não se mantém nas articulações do quadril e tornozelo, o que revela que os fatores biomecânicos podem ser os responsáveis pela maior prevalência da doença entre as mulheres do que os fatores hormonais (RO et al., 2017).

As alterações na articulação do joelho no envelhecimento se agravam na medida em que a doença evolui, resultando na diminuição da capacidade de realizar AVD sendo esta uma das repercussões mais expressivas da doença. A OAJ não tem cura e tem impacto direto na economia devido aos altos gastos públicos com medicamentos e cuidados em hospitais e elevado índice de cirurgias de artroplastia do joelho (OLALEKAN et al., 2013).

4 QUALIDADE DE VIDA E SEUS CONCEITOS

Na década de 1960 nos Estados Unidos surgiram os primeiros movimentos sociais e iniciativas de cunho político com o objetivo de melhorar a vida de todos os cidadãos reduzindo a desigualdade social (PASCHOAL, 2002).

Em 1964, a QV foi anunciada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao afirmar que: “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (PINTO, 2017, p.24-25). A frase se popularizou após a Segunda Grande Guerra Mundial, quando, nos anos 1960, os políticos a pronunciaram em seus discursos; posteriormente também citada na literatura médica (PINTO, 2017). Com isso, surgiu o novo termo – qualidade de vida – com o objetivo de:

[...] munir o Estado com dados que o ajudasse a formular políticas efetivas. Em seguida o conceito se ampliou para significar, além do crescimento econômico, desenvolvimento social expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual. Os indicadores também se ampliaram, tendo sido incluídos: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte e lazer, dentre outros. Muitos países estabeleceram políticas de bem estar social, o assim chamado *Welfare State* (PASCHOAL, 2002, p.80-81).

A expressão QV é muito debatida entre pesquisadores de diferentes áreas e ocupa um espaço cada vez maior nas políticas de saúde (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006). Segundo a OMS, a QV é definida como: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ARRONQUI et al., 2011, p.763).

A velhice, a espiritualidade, religião e crenças pessoais são assuntos que ficaram por longos anos distante do interesse e das discussões científicas. A velhice era considerada apenas como a etapa final da vida e da espiritualidade, religião e crenças pessoais; à busca pelo sentido da vida, e sempre foi compreendida como sendo algo contrário à racionalidade da ciência (CHAVES; GIL, 2015).

O reconhecimento da importância da espiritualidade para a QV pela OMS levou à inclusão desta nos domínios a ser considerados na avaliação e promoção de saúde em todas as fases e idades (CHAVES; GIL, 2015; NUNES et al., 2017).

O conceito da QV envolve componentes objetivos e subjetivos inter-relacionados. A percepção desse conceito varia conforme idade, sexo, raça, cultura, presença de doenças, situação financeira e a relação com a sociedade (FERREIRA et al., 2015; FERNANDES et al., 2012). A QV é um fator multidimensional que inclui elementos de avaliação tanto positivas como negativas sob os aspectos da vida. A definição citada inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A subjetividade se manifesta pela avaliação que o indivíduo faz do seu próprio estado de saúde, derivando de um conceito baseado em uma avaliação individual que se faz de si mesmo; a multidimensionalidade se refere ao fato de esta avaliação focar diversos domínios da natureza humana: físico, psíquico, emocional, social, econômico, espiritual e outro (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Diante de todos esses fatores que, de alguma maneira influenciam a QV do ser humano, com isso, pode-se destacar a relevância em manter a saúde do indivíduo mesmo sob interferências contextuais, seja de ordem social, cultural ou ambiental, por isso que na atualidade, o termo vem sendo usado em referência à percepção de um indivíduo em suas dimensões física, mental, funcional e social, influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos (OLIVEIRA et al., 2015).

Existem autores que defendem a teoria de que todas as pessoas têm um plano de vida e a QV seria a diferença entre as esperanças, expectativas do indivíduo e a realidade presente; quanto menor esta diferença, melhor a QV (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006); explicitam Amaral et al. (2015, p.799) que:

A boa qualidade de vida na idade madura deve ser vista por múltiplos aspectos, ou seja, uma velhice satisfatória não será atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da interação entre pessoas em mudança, vivendo em sociedade e de suas relações intra, extra individuais e comunitárias

A velhice traz consigo limitações de um corpo vivido e que não dispõe da mesma vitalidade, rapidez de raciocínio, percepção sensorial e motora ou cognitiva; além disso, a pessoa idosa pode ser acometida por doenças crônicas durante o processo de envelhecimento que influenciarão em sua QV (AMARAL et al., 2015).

A QV no envelhecimento é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (WHO, 2005); por esse motivo que o tema é abrangente e envolve vários fatores, dentre eles: o bem-estar físico, emocional, psicológico, social, econômico, satisfação com a própria vida, além de boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual (HAQ; DAVATCHI, 2011).

Na concepção da OMS, a QV também é medida através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países, que consideram fatores comparativos de riqueza, igualdade social, alfabetização, qualidade da educação, esperança média de vida, estresse e diversos outros fatores importantes (WESTPHAL, 2000).

Por isso, além de questões básicas influenciadas pelo estado e pelas oportunidades de vida, ter QV é também uma decisão pessoal e consciente daquele que optam por adquirir hábitos que poderão auxiliar no próprio desenvolvimento e promover o bem-estar. É um conceito amplo que abrange a sua complexidade e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1995).

5 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

As políticas públicas de atenção ao idoso tiveram um avanço significativo, principalmente a partir da mobilização de diversas organizações da sociedade civil para que os direitos dessa crescente parcela da população sejam garantidos e efetivados de forma que possam ter um envelhecimento com QV. O Brasil é pioneiro na criação de leis e políticas públicas que objetivam proteger socialmente a pessoa idosa, e dispõe de garantias constitucionais o direito à pessoa idosa é amparado por leis como a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei nº. 8.842/94) e o Estatuto do Idoso (Lei nº.10.741/03) (FERNANDES; SOARES, 2012; ROMERO et al., 2018).

A OMS aborda a nova realidade epidemiológica e demográfica do Brasil, e destaca a urgência para as mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, até porque, o envelhecimento implica necessidades próprias de saúde, com o aumento da frequência e a gravidade de problemas, principalmente os crônicos, que perduram por toda a vida do indivíduo, além das deficiências próprias da senescência. Ademais, o idoso é a população que tende a perder a autonomia de seu cuidado (OLIVEIRA et al., 2016; TORRES; LUIZA; CAMPOS, 2081).

A partir dessa contextualização, o desenvolvimento das políticas públicas para o idoso tem sido destaque nas agendas internacionais de saúde no que se refere à proposição de diretrizes para nações que precisam implantar programas sociais e assistenciais com o objetivo de atender às necessidades desse grupo populacional (FERNANDES; SOARES, 2012).

No Brasil, nos anos 1970, todo o trabalho realizado com idosos era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas e o que antes se tinha em termos de lei voltado para a pessoa idosa restringia-se a existência de alguns artigos no Código Civil (1916), no Código Penal (1940), no Código Eleitoral (1965) e de inúmeros decretos, leis, portarias, entre outros (RODRIGUES, 2001).

Segundo Santos e Silva (2013) a questão envolvendo o envelhecimento se destacou a partir da discussão e elaboração das políticas sociais de assistência e saúde. Esse

debate tem como marco inicial a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, em Viena-Áustria. Esse fórum contou com a participação de 124 países, incluindo o Brasil, onde foi elaborado o Plano de Ação para o Envelhecimento, considerado um documento importante que contemplava estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento.

Por ter sua base nos princípios democráticos universais, ampliando os direitos sociais em busca de uma sociedade mais justa, a Constituição Federal de 1988 é um importante marco histórico brasileiro (RODRIGUES, 2001). A Constituição da República de 1988, elucida, no caput do seu artigo 230 que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 2018, p.79). Nesse preceito, contextualizam Vieira e Vieira (2016, p.16) que:

[...] o direito do idoso ao status de direito fundamental, que deve ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família. Os direitos fundamentais surgem com a constitucionalização dos direitos humanos – ou seja, com sua positivação no texto constitucional dos Estados –, aplicáveis e vinculáveis de maneira imediata às entidades públicas e privadas. Já os direitos humanos se caracterizam por serem reconhecidos em documentos internacionais e considerados válidos para todos os povos. Essa validade universal dos direitos humanos deve respeitar o contexto dos lócus de seus destinatários.

A nova Constituição trouxe avanços, no campo da proteção social resultantes das lutas e reivindicações advindas dos mais diversos setores da sociedade (RODRIGUES, 2001).

Em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para os idosos; antes,

[...] as ações governamentais tinham cunho criativo de proteção, foi destaque nos anos 70 a criação de benefícios não contributivos como as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social (FERNANDES; SOARES, 2012, p.1495).

O Brasil apresentou significativo avanço na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos quando em 2004 criou-se a Política Nacional de Assistência Social; em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela

Portaria MS n. 2.528/2006, além dos direitos conquistados pela Carta Magna de 1988. A política pública é composta por atividades formais (regras estabelecidas) e informais (negociações, diálogos) adotadas em um contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem assuntos públicos (SANTOS; SILVA, 2013; ROMERO et al., 2018).

A PNSPI articula-se a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) e pela Lei nº. 8.142/90, que abrange as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o fundamento e a organização dos serviços existentes em todo território brasileiro (FERNANDES; SOARES, 2012).

Ainda nos anos 1990, foi promulgada a Lei nº. 8.142 que aborda a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Em cada esfera governamental, o SUS pode contar com o apoio da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde e que insere também às exigências para que os municípios e os Estados recebam recursos financeiros. A PNSPI é guiada pela prática assistencial proposta pela política de Estratégia de Saúde da Família, a qual objetiva estar vinculada à comunidade e a prática humanizada na perspectiva da intersetorialidade (SANTOS; SILVA, 2013).

A atual conjuntura de construção de políticas públicas para idosos no Brasil é caracterizada pela adoção de uma perspectiva neoliberal, onde o Estado encontra-se presente e o setor privado também, como corresponsáveis pela operacionalização dessas políticas e pela proteção ao público idoso (TEIXEIRA, 2013). O atual discurso das políticas públicas voltadas para os idosos, objetiva redistribuir atividades, com a participação do Estado, da sociedade e da família em conjunto, em prol da proteção e da assistência ao idoso (SANTOS; SILVA, 2013; FERNANDES; SOARES, 2012).

Sendo que o setor privado não requer apenas fins lucrativos, mas também atividades informais, domésticas e pessoais. Através dessa perspectiva, a família vem sendo colocada como um agente privado de relevância no âmbito da proteção social e é parte principal dos arranjos de proteção social (SANTOS; SILVA, 2013).

Nesse sentido, é relevante destacar que as políticas públicas devem analisar o processo de envelhecimento sob o paradigma de que todos querem viver mais e com mais QV. Faz-se importante elucidar que a velhice é um triunfo da sociedade e os novos deságios desse processo precisam ser enfrentados com o objetivo de promover a velhice com mais saúde, com dignidade, cuidados e respeito.

6 OBJETIVO

6.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os principais impactos biológicos, psicológicos e sociais que afetam a QV de idosos portadores de OAJ.

7 MATERIAIS E MÉTODO

7.1 MODELO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, transversal e observacional. Para tanto, foram selecionados 46 (quarenta e seis) pacientes idosos com OAJ, em acompanhamento ambulatorial, através da aplicação de questionários que identificaram as características sociodemográficas dos pacientes (Apêndice A) e a versão brasileira do WHOQOL-Bref de Qualidade de Vida da OMS.

7.2 SELEÇÃO AMOSTRAL

Foram selecionados 46 idosos, com 60 anos ou mais, diagnosticados com osteoartrose do joelho, de ambos os sexos e em segmento ambulatorial da Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), ES, Brasil.

Devido a rotatividade dos mesmos pacientes em tratamento em ambulatório de cirurgia de joelho no HSCMV, a dificuldade de agendamento de novos pacientes e ao curto espaço de tempo para a realização do estudo, foi decidido por uma amostra temporal, com coleta de dados nos meses de junho e julho de 2018 (61 dias), mediante aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos A e B).

7.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos idosos diagnosticados com OAJ que preencheram os critérios compreendidos na Classificação Internacional de Doenças (CID) que acometem o joelho: M17 – Gonartrose (artrose do joelho); M17.0 – Gonartrose primária bilateral; M17.1 – Outras gonartroses primárias; M17.2 – Gonartrose pós-traumáticas bilateral; M17.3 – Outras gonartroses pós-traumáticas; M17.4 – Outras gonartroses secundárias bilaterais; M17.5 – Outras gonartroses secundárias; M17.9 – Gonartroses não especificadas.

7.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Excluídos os idosos com CID indefinido que frequentavam o ambulatório de Ortopedia do HSCMV, aqueles com diagnóstico não finalizado por ausência de exames complementares, que apresentavam múltiplas morbidades, doenças sistêmicas que acometem o joelho e que não são de caráter crônico degenerativo, pacientes com doenças inflamatórias específicas como vasculites, autoimunes ou estavam fora das doenças degenerativas do joelho ligadas ao envelhecimento, além dos idosos em tratamento de quadro depressivo e aqueles incapazes (por exemplo, aqueles com processos demenciais).

7.5 MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão/exclusão foram avaliados após consulta de rotina no serviço, para preenchimento do instrumento de avaliação, a saber:

1- Questionário de identificação de características sociodemográficas dos pacientes (sexo: masculino e feminino; idade, estado civil: e categorias; município de procedência: e categorias) (Apêndice B).

2- Aplicação da versão brasileira do questionário WHOQOL-Bref de QV da OMS considerando os domínios: físico, psicológico, relação social, auto avaliação (Apêndice C).

Para avaliação da QV foi decidido pelo uso do WHOQOL-Bref, por ser o instrumento criado pela OMS e utilizado em vários estudos (FLECK; 2000; FERNANDES, 2008; DANTAS, 2003; CASSETARI, 2008; ALVES, 2013).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu um instrumento para avaliação de QV levando em consideração a necessidade de uma medida criada a partir de uma perspectiva transcultural para uso internacional (WHOQOL-Bref). Vários centros culturalmente diversos foram envolvidos em operacionalizar os domínios de QV, seleção de itens, confecção das escalas de resposta e testagem do instrumento.

O primeiro passo foi a definição do conceito de QV no qual o construto do instrumento seria baseado. Qualidade de vida foi então definido pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

É um conceito amplo, abrangendo a saúde física de um indivíduo, seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com o ambiente. Esta definição enfatiza a visão de que o conceito de QV é subjetivo e inclui aspectos positivos (por exemplo: papel na sociedade, nível de satisfação e mobilidade) e aspectos negativos (por exemplo, dependência de medicação, dor, fadiga) da vida e é multidimensional. Para que o WHOQOL-bref adquirisse os domínios realizou-se análise fatorial confirmatória, sendo composto pelos domínios: físico, psicológico, relações social e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O WHOQOL-bref (1998) é composto por 26 questões, duas de QV geral e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, na versão abreviada cada faceta é avaliada por apenas uma questão (Anexo E). Os dados que originaram esta versão foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. O WHOQOL-bref foi traduzido em vários idiomas e validado em diversos países. No Brasil, este trabalho foi realizado por Fleck et al. (2000) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cabe salientar que os questionários foram preenchidos após a consulta de rotina do paciente no Ambulatório do HSCMV, em sala privativa, que contava com suporte da equipe de pesquisa, composta de 3 acadêmicos de medicina da EMESCAM, previamente treinada e habilitada a identificar qualquer sinal verbal ou não verbal de desconforto do paciente, dando-lhe a devida assistência.

A devolutiva dos resultados foi realizada no ambulatório onde esses pacientes foram atendidos, na ocasião de uma das consultas de revisão, como compromisso do pesquisador.

7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados gerais foram organizados no Excel 2010 e analisados conforme a estatística descritiva. Os dados qualitativos foram organizados por meio de frequência simples. Os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref foram corrigidos de forma automatizada, tabulando-se os dados coletados na sua aplicação.

As células cujas respostas estavam corretas (respondidas com valores situados no intervalo compreendido entre 1 e 5) foram destacadas; nos casos onde não foram respondidas seis ou mais questões, o pesquisador foi instruído a excluir tal respondente.

O número de questões não respondidas foi informado ao pesquisador e as mesmas deixadas em destaque; nos casos de resposta preenchida com algum valor que não conste entre o intervalo de 1 a 5, o número de respostas inválidas foi notificado ao pesquisador e essas deixadas em destaque; as questões de escala invertida foram devidamente convertidas.

Em domínios compostos por até sete questões, quando duas ou mais pertenciam ao mesmo domínio e não foram preenchidas corretamente, o escore desse domínio não foi calculado. Em domínios compostos por mais de sete questões, se três ou mais não foram preenchidas corretamente, o escore não foi calculado. Nos casos onde dois ou mais domínios não tenham sido calculados, excluiu-se o respondente da amostra. Foi então calculado um escore “Total” do respondente. Tal escore consiste no cálculo da média aritmética simples dos escores das 26 questões do instrumento.

A estatística descritiva de cada questão (faceta), domínio e “Total” foi calculada conforme fórmulas sugeridas pelo WHOQOL-Bref (Anexo D). Os valores apresentados na estatística descritiva foram: média, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo, coeficiente de variação e amplitude; as médias dos escores das questões (facetadas) e domínios foram convertidas em uma escala de zero a cem e exibidas em uma tabela (Anexo F).

8 RESULTADOS

Completaram o método 46 (quarenta e seis) pacientes idosos de ambos os sexos no período de 01/06/2018 a 31/07/2018, conforme Tabela 1 (Anexo D). Conseqüentemente, após todas as fases, obteve-se como grupo final 46 pacientes, que serão descritos na seqüência.

Os resultados obtidos nas fases do projeto de pesquisa foram:

8.1 DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

A descritiva das características sociodemográficas dos pacientes selecionados estão apresentadas nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Características sociais dos pacientes

Parâmetros	Pacientes (n=46)	
	Nº	%
Gênero		
Masculino	13	28,26
Feminino	33	71,74
Idade	Nº	%
60-65	21	45,65
66-70	10	21,74
71-75	11	23,91
75-80	4	8,7
Estado civil	Nº	%
Casado	21	46,65
Divorciado	4	8,7
Solteiro	9	19,57
Viúvo	12	26,09

Fonte: Elaboração do autor

O quadro 2 corresponde às características demográficas dos pacientes:

Quadro 2 - Características demográficas dos pacientes

Parâmetro	Pacientes (n=46)	
Cidades	Nº	%
RMGV	21	45,65
OUTROS	25	54,35

Fonte: Elaboração do autor

8.2 DOS FATORES COLABORADORES E ADJUVANTES NA ENTREVISTA

A entrevista apresenta o tempo de preenchimento do questionário e se alguém o ajudou a preencher o questionário como fatores coadjuvantes.

Quadro 3 - Descrição do tempo de entrevista e se obteve ajuda

Parâmetros	Pacientes (n=46)	
Tempo de entrevista/min	Nº	%
10-15	19	41,30
16-20	18	39,13
Mais de 20	9	19,57
Obteve ajuda	Nº	%
Não	23	50,00
Filhos	7	15,22
Cônjuge	4	8,70
Irmãos	1	2,17
Netos	2	4,35
Cunhados	1	2,17
Ex-cônjuge	2	4,35
Amigos	5	10,87
Noras	1	2,17

Fonte: Elaboração do autor

8.3 DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO WHO

A análise descritiva do questionário WHOQOL-BREF consiste em avaliar as diferentes facetas sobre domínios específicos. Segue abaixo, a análise de cada uma dentro do seu domínio:

8.3.1 Auto Avaliação

A descritiva das facetas 1 e 2 estão apresentadas nos Quadros 4 e 5. As facetas apresentadas abordam sobre como o idoso avalia sua QV e quão satisfeito está com a saúde, baseando-se nas duas últimas semanas.

Quadro 4 - Descrição das perguntas de auto avaliação da qualidade de vida dos pacientes

Autoavaliação		Pacientes (n=46)			
Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
Resposta	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
Nº	4	6	22	12	2
%	8,70%	13,04%	47,83%	26,09%	4,35%
Q2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					
Resposta	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito. Nem insatisfeito.	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	4	11	15	11	5
%	8,70%	23,91%	32,61%	23,91%	10,87%

Fonte: Elaboração do autor

8.3.2 Domínio Físico

No quadro 5 são apresentados os resultados do domínio físico que avaliam sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência à medicação e tratamentos e à capacidade de trabalho.

Quadro 5 – Resultados do domínio físico

Domínio Físico

Pacientes (n=46)

Q3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nº	0	2	6	21	17
%	0,00%	4,35%	13,04%	45,65%	36,96%
Q4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nº	1	4	5	25	11
%	2,17%	8,70%	10,87%	54,35%	23,91%
Q10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Nº	6	14	9	11	6
%	13,04%	30,43%	19,57%	23,92%	13,04%
Q15. Quão bem você é capaz de se locomover?					
Resposta	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Nº	12	16	15	2	1
%	26,09%	34,78%	32,61%	4,35%	2,17%
Q16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	5	9	10	9	13
%	10,87%	19,57%	21,74%	19,57%	28,26%
Q17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	11	9	13	10	3
%	23,92%	19,57%	28,26%	21,74%	6,52%
Q18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	14	6	11	5	10
%	30,43%	13,04%	23,92%	10,87%	21,74%

Fonte: Elaboração do autor

Para 92,21% dos pacientes, o escore do domínio físico encontra-se abaixo de 3,00.

Quadro 6 – Cálculos das facetas 3,4,10,15,16,17 e 18

<i>Facetas</i>	<i>Resultados das facetas</i>
3	3,04
4	3,04
10	2,91
15	2,83
16	3,07
17	2,93
18	3,26

Fonte: Elaboração do autor

8.3.3 Domínio Psicológico

No domínio psicológico, são avaliados pensamentos positivos, pensar-aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade. Os resultados estão no Quadro 7.

Quadro 7 - Resultados do domínio psicológico

Domínio Psicológico

Pacientes (n=46)

Q5. O quanto você aproveita a vida?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nº	7	12	14	8	5
%	15,22%	26,09%	30,43%	17,39%	10,87%
Q6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nº	3	5	18	13	7
%	6,52%	10,87%	39,13%	28,26%	15,22%
Q7. O quanto você consegue se concentrar?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nº	5	12	8	13	8
%	10,87%	26,09%	17,39%	28,26%	17,39%
Q11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Nº	2	6	12	7	19
%	4,35%	13,04%	26,09%	15,22%	41,30%
Q19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Nº	2	3	14	18	9
%	4,35%	6,52%	30,43%	39,13%	19,57%
Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão?					
Resposta	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
Nº	6	18	4	12	6
%	13,04%	39,13%	8,70%	26,09%	13,04%

Fonte: Elaboração do autor

Quadro 8 – Cálculos das facetas 5,6,7,11,19 e 26

Facetas	Resultados das facetas
5	2,85
6	3,52
7	3,22
11	3,70
19	3,17
26	2,65

Fonte: Elaboração do autor

O cálculo final das facetas do domínio psicológico apresentou escore de 3,18.

8.3.4 Domínio Social

No quadro 9, observa-se os resultados do domínio das relações sociais que abrange as relações sociais, suporte e apoio social e atividade sexual.

Quadro 9 - Resultados do domínio relações sociais

Domínio Relações Sociais

Pacientes (n=46)

Q20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Nº	1	1	3	17	24
%	2,17%	2,17%	6,52%	36,96%	52,17%
Q21. Quão satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Nº	12	7	10	15	2
%	26,09%	15,22%	21,74%	32,61%	4,35%
Q22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Nº	0	1	9	17	19
%	0,00%	2,17%	19,57%	36,96%	41,30%

Fonte: Elaboração do autor

Quadro 10 – Cálculos das facetas 20, 21 e 22

<i>Facetas</i>	<i>Resultados das facetas</i>
5	3,91
6	2,54
7	3,57

Fonte: Elaboração do autor

O escore final das relações sociais foi de 3,34.

8.3.5 Domínio Meio Ambiente

No Quadro 11, são apresentados os resultados do domínio meio ambiente, que aborda a segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, novas informações e habilidades, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Quadro 11 - Resultados do domínio meio ambiente

Meio Ambiente

Pacientes (n=46)

Q8. Quão seguro você se sente na sua vida diária?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema- Mente
Nº	4	4	16	18	4
%	8,70%	8,70%	34,78%	39,13%	8,70%
Q9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema- Mente
Nº	0	7	9	17	13
%	0,00%	15,22%	19,57%	36,96%	28,26%
Q12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- Mente
Nº	3	13	16	8	6
%	6,52%	28,26%	34,78%	17,39%	13,09%
Q13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa para o seu dia-a-dia?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- Mente
Nº	2	10	16	9	9
%	4,35%	21,74%	34,78%	19,57%	19,57%
Q14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					
Resposta	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- Mente
Nº	14	13	7	3	9
%	30,43%	28,26%	15,22%	6,52%	19,57%
Q23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	3	3	5	19	16
%	6,52%	6,52%	10,87%	41,30%	34,78%
Q24. Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	4	9	12	10	11
%	8,70%	19,57%	26,09%	21,74%	23,91%

Q25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					
Resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Nº	0	3	9	23	11
%	0,00%	6,52%	19,57%	50,00%	23,91%

Fonte: Elaboração do autor

Quadro 12 – Cálculos das facetas 8,9,12,13,14,23,24 e 25

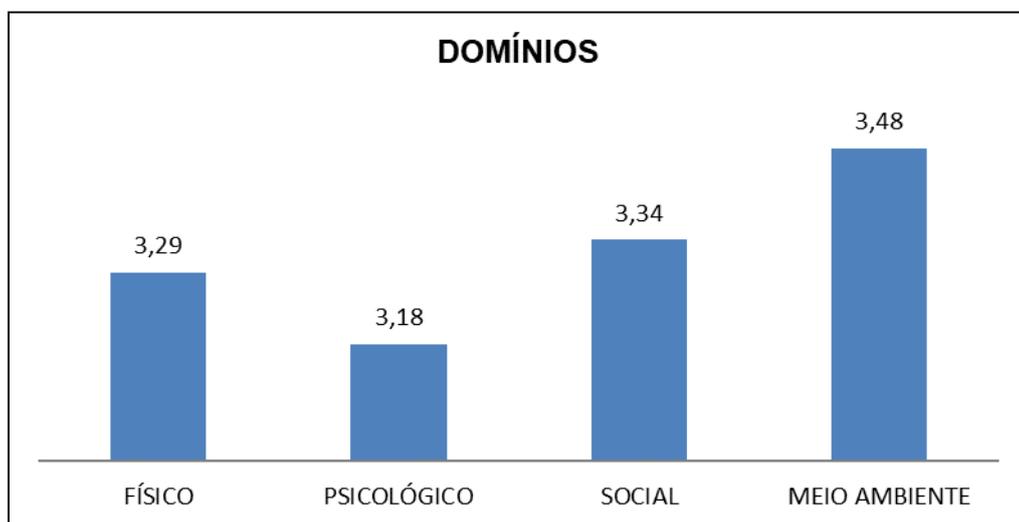
Facetas	Resultados das facetas
8	3,59
9	4,00
2	3,00
13	3,63
14	3,00
23	3,78
24	3,59
25	3,22

Fonte: Elaboração do autor

8.4 DAS COMPARAÇÕES ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

A comparação entre os diferentes domínios resultando na qualidade de vida estão expressos na tabela 2, no Apêndice I. Importante retificar que quanto maior a porcentagem, melhor a qualidade de vida. O Gráfico 1 apresenta o resultado dos Domínios do WHOQOL-Bref:

Gráfico 1 – Resultado dos Domínios do WHOQOL-BREF



Conforme gráfico, o meio ambiente apresentou o melhor resultado para QV, com 3,48; seguido do social, 3,34; físico, 3,29, e psicológico, 3,18.

9 DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes pertencem ao sexo feminino (71,74%) revelando resultado semelhante a maioria da literatura concernente ao tema. Tais achados se devem, provavelmente, à osteoporose pós-menopáusia, aos níveis de atividade física durante a vida ativa e ao fato da maior parte das mulheres apresentarem massa muscular menos desenvolvida em comparação aos homens (ROSIS; MASSABKI; KAIRALLA, 2010; PINTO, 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; ALVAREZ; SANDRI, 2018).

Os resultados apurados vão de encontro ao estudo de Rossi, Massabki e Kairalla (2010) que avaliaram clinicamente a OA em 84 pacientes institucionalizados e concluíram que a maioria eram do sexo feminino, com 70,9% dos casos pesquisados. Os dados também corroboram com o perfil demográfico brasileiro da atualidade, com a chamada feminização da velhice.

Estima-se que as mulheres vivam, aproximadamente, sete anos a mais que os homens, ou seja, possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos ocupacionais, consomem menos tabaco e álcool, em comparação aos homens e procuram por serviços de saúde e social com maior frequências (ROSIS; MASSABKI; KAIRALLA, 2010; TAVARES; DIAS, 2012; STORTI et al., 2013; ALVES; BASSITT, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; JESUS et al., 2017; ALVAREZ; SANDRI, 2018).

Ho-Phan et al. (2016) avaliaram o estado nutricional de indivíduos assintomáticos acometidos pela OAJ. Estes pesquisadores verificaram que, em homens, nem a massa gordurosa nem a massa magra foi relacionada com OAJ. Contudo, foi constatado que, em mulheres, o risco de OAJ se associou, de modo significativo, a maior massa gordurosa, e não à massa magra. Isto pode ser justificado pelo fato de que quanto maior a gordura corporal, maior o aumento na força e a sobrecarga nas articulações, podendo ocasionar degradação da cartilagem e osteoartrose.

Santos Jr. et al. (2015), Barduzzi et al. (2013), Tavares e Dias (2012); Santos et al. (2011) afirmaram um percentual maior dos pacientes com doenças do joelho entre

as idades de 60 a 65 anos. Corroborando com os achados desse estudo, Oliveira et al. (2015) apresenta dados semelhantes na pesquisa envolvendo a QV e funcionalidade de pacientes com OAJ em Cajazeiras/PB, onde a idade variou de 60 a 99 anos.

A prevalência da OA aumenta com o avançar da idade, ocorrendo com mais frequência após os 60 anos. Aos 75 anos, 85% das pessoas apresentam evidências radiológicas ou clínicas da doença, comprometendo os joelhos em 13,8% (BARDUZZI et al., 2013).

Em relação ao estado civil, 46,65% são casados enquanto 54,36% não tem companheiro(a) fixos. Nos estudos de Alves e Bassitt (2013); Tavares e Dias (2012); Santos et al. (2011) também apresentaram resultados onde a maioria dos pacientes são casados, seguidos dos viúvos.

A cidade de Vitória é a principal referência estadual das especialidades médicas, sendo o HSCMV um dos principais na área de tratamento das doenças que acometem a articulação do joelho. Associado à inexistência desses serviços fora da cidade de Vitória, justifica-se a grande procura do serviço por pacientes provenientes de outras cidades que não compõem a RMGV (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-ES, 2017).

Na auto avaliação da QV, para a maioria dos pacientes foi considerada “nem boa” e “nem ruim” (47,83%) e a satisfação com a saúde, para 32,61%, “nem satisfeito” e “nem insatisfeito”.

O domínio auto avaliação, o foco é o entendimento acerca da QV, nesse contexto, alguns autores explicitam que cada indivíduo apresenta seu conceito de QV de modo individual, é uma expressão que comporta diferentes apreciações, com base em suas

necessidades, preferencias que consideram mais importantes para si (FERNANDES et al., 2018; PINTO, 2017; FERREIRA et al., 2015; MORAES; WITTER, 2007).

A literatura elucida que o termo QV, em geral, se apresenta relacionado a três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (TEIXEIRA, 2013). O estudo da capacidade funcional se faz necessário para auxiliar a independência do indivíduo, que vem surgindo como ponto crucial para a avaliação da saúde da população idosa (SANTOS et al., 2015).

O conceito da QV é multidimensional, envolvendo componentes objetivos e subjetivos inter-relacionados. A percepção desse conceito, varia conforme idade, sexo, raça, cultura, presença de doenças, situação financeira e a relação com a sociedade (FERNANDES et al., 2012; FERREIRA et al., 2015).

No domínio físico, 45,65% dos pacientes responderam sentir dor (física) que impedem de realizar atividades cotidianas; 36,96%, responderam ser uma dor extrema. Os pacientes com OAJ, na maioria dos casos, apresentam limitação articular progressiva e dolorosa, comprometendo de algum modo a autonomia de um segmento cada vez maior da sociedade (ALVES; BASSITT, 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

Santos et al. (2011) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a correlação e desempenho da musculatura no entorno da articulação do joelho em idosos e os domínios dor, rigidez e funcionalidade. Observou-se que os idosos apresentaram força e resistência reduzidas, e desequilíbrio dos músculos no entorno do joelho, apontando a necessidade de intervenções que envolvam um trabalho de fortalecimento, resistência e equilíbrio muscular de extensores e flexores de joelho, com o objetivo de reduzir o impacto da OAJ na dor, rigidez e funcionalidade do idoso.

O estudo de Santos et al. (2011) relata que, em indivíduos com OAJ, a dor crônica é geralmente de origem musculoesquelética, podendo ser considerada a de maior impacto negativo nos fatores físicos, psicológicos e sociais dos idosos, já que normalmente está relacionada a quadros de incapacidade física, fadiga, estresse, ansiedade e/ou depressão, distúrbios do sono, sobrepeso e comportamentos antissociais, provocando uma perda significativa na QV do idoso (VIEIRA, 2012).

No domínio físico, a dor e desconforto são fenômenos multifatoriais que envolvem aspectos orgânicos e psicossociais que interferem na QV dos indivíduos com OJA. A dor faz com que o indivíduo se sinta fragilizado, por vezes, pode impedir o convívio social e realização de atividades diárias e esgotamento físico, funcional e mental (OLIVEIRA, et al., 2015). A dor faz com que os pacientes experimentem uma fase negativa que conduz a sentimentos de descontentamento e angústia, diminuindo sua energia e aumentando a fadiga (PINTO, 2017).

Estudos mostram que a OAJ causa dor, limitação funcional, redução na mobilidade, sendo uma doença considerada devastadora para quem a vivência e causando um impacto negativo na QV (PINTO, 2017). A diminuição da mobilidade do idoso, compromete de modo gradativo a autonomia e a capacidade funcional do mesmo, em suas atividades da vida cotidiana, resultando em desvantagem e piora da integração social (SANTOS et al., 2015; MATOS; ARAÚJO, 2009).

Em relação à pergunta sobre a necessidade de algum tipo de tratamento médico para levar a vida diária, 54,35% dos pacientes alegaram ser bastante a necessidade enquanto 23,91%, extremamente necessário.

No que se refere à QV, estudos revelam que a necessidade de tratamento é imprescindível para os pacientes com OAJ, no intuito de minimizar as dores, restaurar o equilíbrio e as características motoras e sensitivas necessárias para estabilizar a dinâmica da articulação, com o intuito de reduzir quedas e melhora na QV (ALVES; BASSITT, 2013; GOMES-NETO et al., 2016; FERNANDES et al., 2018), corroborando com os resultados encontrados nesse estudo que revelam que a maioria dos pacientes (78,26%) necessitam de tratamento médico, o que pode esclarecer supostas explicações para apresentar redução nas dores (físicas) e melhorias na capacidade funcional.

A dependência de medicação ou de tratamentos está relacionada a pacientes que apresentam a doença controlada, podendo apresentar maior nível de independência com significância para a faceta mobilidade e QV. Pacientes com doença ativa

apresentaram maiores escores para o domínio ambiental nas facetas de segurança física e proteção (PINTO, 2017).

Quanto a capacidade de locomoção, 34,78% dos pacientes consideram a mesma ruim; 32,61% nem ruim e nem boa. Com a redução da força extensora e flexora do joelho, ocorre uma redução da capacidade dos músculos em proteger a articulação contra sobrecargas mecânicas.

A capacidade de locomoção em atividades como levantar-se da cadeira, subir e descer escadas, deambular, ficar de pé, entre outras, acabam sendo comprometidas. Asseveram Santos et al. (2011); Ferreira et al. (2015) e Ferreira et al. (2018) que esse comprometimento aumenta o risco de quedas. A OAJ revela-se como fator de risco independente associado a quedas (FERNANDES et al., 2018).

A maioria dos pacientes relataram estar muito satisfeitos com o sono (28,26%); 21,74% nem satisfeito em nem insatisfeito. Corroboram Alves e Bassitt (2013) e Fernandes et al. (2018) que a dor noturna e o repouso são questões que impactam negativamente na qualidade do sono dos idosos. A insônia está diretamente associada à dor e a irritabilidade, pior percepção da função emocional e, conseqüentemente, pode levar a piora no estado geral de saúde.

O sono e o repouso são condições essenciais para o idoso, até porque, o sono de má qualidade, assim como os distúrbios do sono e falta de repouso resultam em dificuldade em manter a atenção; diminuição da velocidade de resposta; prejuízos da memória, concentração e desempenho; dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social; aumento da incidência de dor; tendência à má avaliação da própria saúde; capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias; aumento da utilização de serviços de saúde e redução da sobrevida (CLARES et al., 2012).

Problemas de sono podem ser a causa bem como os efeitos das situações de adoecimento, por esse motivo, as condições crônicas de saúde demandam uma variedade de limitações, que podem modificar as respostas humanas que envolvam sono/repouso como por exemplo, regime terapêutico, incômodos físicos e ameaças à vida (CLARES et al., 2012). Pesquisas envolvendo idosos dependentes não

evidenciaram relação entre o comprometimento da capacidade funcional e a QV (VALER, D.B. et al. 2015; AMARAL, T.L.M. et al. 2015; CAMPOLINA, A.G, 2011.).

Outra investigação identificou que a incapacidade funcional esteve relacionada a menores escores de QV (TAVARES; DIAS, 2012).

Pode-se observar que 28,26% dos pacientes alegaram estar “nem satisfeitos” e “nem insatisfeitos” com a capacidade de desempenho das atividades diárias; 23,91% alegaram “muito insatisfeitos” e 21,74% satisfeitos.

A OAJ se caracteriza como uma das principais causas de incapacidade laboral (FERREIRA et al., 2018; 2015), e o presente estudo identificou em seus resultados, que 30,43% dos pacientes estão muito insatisfeitos com a capacidade de trabalhar; 23,91% não estão nem satisfeitos e nem insatisfeitos.

Esse resultado pode ser relacionado com a influência da dor (física) por ser um fenômeno multifatorial, envolve aspectos orgânicos e psicossociais que intervêm sobre a QV dos indivíduos com doenças crônicas. A dor deixa o indivíduo fragilizado e vulnerável, impedindo que sejam realizadas atividades, como a laboral, de modo prazeroso (FERREIRA et al., 2018; JESUS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2015). O idoso fragilizado em situação de vulnerabilidade necessita de proteção para sua integridade moral, humana e autonomia (JESUS et al., 2017).

A capacidade de trabalho influencia diretamente no bem-estar do idoso (TEIXEIRA, 2013), essa faceta está diretamente relacionada à vitalidade do indivíduo, como ser essa uma variável de relevância para a QV, visto que a vitalidade se apresenta como a percepção subjetiva do estado de saúde e vitalidade do idoso (OLIVEIRA et al., 2015).

Quanto ao aproveitamento da vida, 30,43% dos pacientes responderam “mais ou menos” e 26,09% responderam “muito pouco”.

Observa-se uma limitação no aproveitamento da vida inerentes ao aspecto emocional. Explicam Oliveira et al. (2015) que essa limitação pode ser decorrente da mudança no estilo de vida pessoal motivado pela alteração na autonomia e autoestima do idoso.

Tavares e Dias (2012) explicam que idosos com OAJ, na maioria dos casos, sofrem impactos negativos sobre a família, limitações em seu desempenho funcional causando dependência, levando o indivíduo a perder o sentido da vida. A maioria dos pacientes relataram ter pensamentos negativos muito frequentemente (39,13%), como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Explicam Oliveira e Corradi (2018) que a fisiologia do processo de envelhecimento traz consigo uma relação direta com a incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares e respiratórias, neoplasias e diabetes *mellitus*, provocando a incapacidade funcional e alterações nos hábitos e na QV do indivíduo.

Silva et al. (2015) ressaltam sobre a associação entre as patologias crônicas e seu impacto negativo na QV em idosos. Nesse rol de impactos negativos a depressão é apontada como fator de risco para um prognóstico ruim de doenças crônicas, atingindo a capacidade funcional e a QV do indivíduo.

A existência de uma doença física pode colaborar significativamente para a piora no quadro depressivo, por meio direto na função cerebral, ou meios psicológicos e psicossociais. Sendo assim, tanto a depressão antecipa doenças crônicas, quanto essas doenças acentuam sintomas depressivos (SILVA et al., 2017).

O domínio psicológico, 71,74% dos pacientes pouco aproveitam a vida e para 56,25% a vida não faz muito sentido. 54,35% tem algum problema de concentração, mas 56,52% aceitam bem a aparência física, estando 58,70% satisfeitos consigo mesmo. 86,96% dos pacientes tem sentimentos negativos.

O psicológico abrange o aspecto emocional do idoso, e está diretamente relacionado a socialização, até porque, o convívio social desenvolve processos emocionais positivos, diminuindo a formação de danos mentais, ocorrendo uma diminuição no sentido de angústia (OLIVEIRA et al., 2015).

O constructo do domínio psicológico está associado a avaliação baseada em valores e expectativas pessoais e sociais, como também na autoestima, na imagem corporal e

aparência física. Seria uma avaliação pessoal de vivências de capacidade do idoso, das condições ambientais e da própria QV (TEIXEIRA, 2013).

Estudo envolvendo a associação entre espiritualidade, religião, crenças pessoais, saúde, QV e velhice é insipiente, e para compreender este fenômeno é necessário um olhar não apenas quantitativo de dados e aprofundar-se qualitativamente nos significados dos termos e relações para os idosos (CHAVES; GIL, 2015). Para alguns idosos, a vida espiritual os auxilia na manutenção, promoção e restauração da saúde, através de sua relação ou conexão com o Ser Superior (NUNES et al., 2017).

O domínio das relações sociais está relacionado à satisfação do idoso com suas relações pessoais (amigos e familiares), ao suporte e apoio recebido e sua atividade sexual (STIVAL et al., 2014). Uma pesquisa realizada envolvendo as relações pessoais associados ao envelhecimento, constataram que as relações sociais, envolvendo a família e os amigos, como também as condições de saúde e bem-estar percebido, influenciam positivamente nesse constructo (TEIXEIRA, 2013).

Foi baseado nesse parâmetro que a OMS substituiu a expressão “envelhecimento saudável” por “envelhecimento ativo”, definindo esse processo como sendo uma otimização às oportunidades e/ou condições de saúde, participação e segurança, com o propósito de melhorar a QV à medida que as pessoas envelhecem (TEIXEIRA, 2013).

Nos resultados obtidos, 89,13% dos pacientes estão satisfeitos com suas relações pessoais, enquanto 63,05% não estão satisfeitos de alguma forma em suas relações sexuais. Quando perguntados sobre o apoio dos amigos, 63,05% estão, de alguma forma, insatisfeitos.

O suporte e apoio pessoal e a atividade sexual são aspectos sociais de importância direta no relacionamento social do idoso e com doenças crônicas degenerativas, melhorando a sua QV e longevidade, tendo em vista que, o contato social pode afastá-lo de fatores imponentes para o convívio em sociedade e com isso eleva a QV do idoso (OLIVEIRA et al., 2015).

Para 65,22%, o ambiente em que vivem é saudável e 69,56% consideram que o dinheiro que recebem não atende bem às suas necessidades. 60,87% se queixam da falta de informações e 73,91% relatam que não tem momentos adequados de que recebem não atende bem às suas necessidades. 60,87% se queixam da falta de lazer. 76,08% consideram a moradia adequada. Quase 1/3 dos pacientes (28,27%) estão insatisfeitos com assistência a saúde enquanto 76,91% estão satisfeitos com o transporte.

No domínio meio ambiente os piores escores de QV podem ser associados ao fato dos idosos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico, principalmente se for o caso de moradia em uma região com elevados índices de violência, por apresentarem baixa renda e viver em regiões com ambientes precários, no que se refere a ruas e asfaltos e sem lazer (STIVAL et al., 2014). Geralmente idosos que moram em áreas inseguras não saem sozinhos e ficam mais suscetíveis a isolamento e depressão, o que pode influenciar na QV (SILVA; AMADEI, 2016).

O transporte se caracteriza como um fator que pode causar dificuldades vivenciadas pelos idosos em manter o tratamento e acesso ao atendimento médico. O transporte nem sempre está assegurado, por depender da distância, da região onde o idoso mora, do tempo de viagem prolongado, o acesso às medicações e tratamento, essas condições afetam a QV do idoso (SILVA; AMADEI, 2016).

Ao longo dos anos, a percepção do estado de saúde e da QV dos pacientes idosos e o impacto de sua doença e de seu respectivo tratamento, vem sendo amplamente reconhecidos como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Considerando a magnitude social e financeira da doença, a OJA revela-se como fator de risco independente associado a queda que, por sua vez, podem trazer sérias consequências físicas e psicológicas, repercutindo na QV desses indivíduos. A OAJ é uma condição que tem impacto na morbimortalidade nesta população, por ser uma doença crônica mais prevalente no idoso, e considerado fator que predispõe a quedas. As quedas podem trazer sérias repercussões na vida do idoso por incluir lesões,

hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional, institucionalização e até mesmo a morte.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QV é um conceito que deve ser observado a longo prazo, levando em consideração todos os aspectos que formam a vida de uma pessoa. Um indivíduo que possui uma boa QV é aquele que, além de conseguir manter os aspectos básicos para a sua sobrevivência e desenvolvimento humano, possui bons hábitos de saúde, relacionamentos, objetivos e trabalha em projetos próprios, sendo autônomo e capaz de construir as próprias opiniões e livre para seguir suas crenças em convivência com a comunidade.

Durante o envelhecimento o corpo humano passa por várias adaptações de níveis estrutural e funcional sendo inerente ao idoso a perda de massa muscular, redução da capacidade de produção de força e aumento na sobrecarga articular. Essas alterações na mecânica dos músculos fazem com que ocorram sobrecargas articulares que podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de doenças musculoesqueléticas com possíveis lesões articulares. O fortalecimento muscular dos membros inferiores mostra-se eficiente na proteção articular, melhorando a dor, o equilíbrio e a diminuição de quedas.

O envelhecimento populacional é resultado do desenvolvimento das sociedades, uma prova das vitórias do ser humano sobre as adversidades da natureza e também da competência de muitas políticas e programas. Entretanto, esse envelhecimento é muitas vezes visto como um problema pela maioria dos governantes e, muitas vezes, também pela população em geral. Pode ser assim encarado pois os anos a mais podem significar sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência e, para a sociedade, algumas demandas difíceis, como aposentadoria, atenção à saúde, socialização e participação social.

No Brasil, o achatamento da pirâmide demográfica causado pelo declive na taxa de mortalidade e redução na taxa de natalidade, contribui para o significativo aumento no número de pessoas idosas.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento populacional traz à tona novas demandas para a sociedade, pois não se deseja apenas viver mais, mas viver o maior número de anos, bem vividos. Sendo assim, a possibilidade de envelhecimento, traz a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevivência. A longevidade tem implicações importantes para a QV, com consequências sérias do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Contudo, por mais que existam políticas públicas voltadas para o público idoso, ainda não são suficientes, até porque, o país ainda se encontra às voltas com os desafios das doenças transmissíveis e o controle da mortalidade infantil, não sendo capaz de aplicar efetivas estratégias para a prevenção e tratamento de doenças como a OAJ que implica em alterações na QV.

Nos idosos acometidos pela OAJ a fadiga física e alterações da saúde emocional são sintomas muito comuns, acrescentando-se o fato de que, aqueles que não dispõem de amparo social e psicológico, são fortes candidatos a apresentar incapacidade funcional e perda de QV.

Os resultados demonstram que a OAJ pode alterar a QV de idosos em acompanhamento ambulatorial, do ponto de vista biológico, psicológico e social. Detalha ainda que, embora o aspecto psicológico tenha sido o mais afetado, existe grande correlação entre os domínios estudados, com influências importantes entre eles, principalmente o domínio psicológico sendo influenciado pelas alterações do domínio físico.

Dessa forma, fica evidente que a adequada atenção a esses idosos, incluindo a necessidade de elaboração e implementação de programas de assistência e políticas públicas e sociais de caráter preventivo aos idosos portadores de OAJ, estimulando o

envolvimento de uma equipe multidisciplinar que, além do médico especialista na área, possua acompanhamento psicológico, fisioterápico, assistência social e recreação, dentro de um mesmo ambiente, em busca de melhoras na QV desses indivíduos, do ponto de vista biológico, psicológico e social.

REFERÊNCIAS

AMARAL, T.L.M. et al. Qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município Senador Guimard, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.797-808, 2015.

ALFIERI, F.M. et al. Equilíbrio e mobilidade funcional em indivíduos independentes para o autocuidado de diferentes faixas etárias. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.18, n.4, p.151-163 out./dez., 2015.

ALVAREZ, A.M.; SANDRI, J.V.A. Population aging and the Nursing commitment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.71, Suppl 2, p.772-3, 2018.

ALVES, J.C.; BASSITTI, D.P. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. **Einstein**, São Paulo, v.11, n.2, p.209-15, 2013.

ALVES Jr., E.D. Aspectos epidemiológicos de um país que envelhece: o exemplo brasileiro. In. _____ (org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009, p.13-26.

ALVES, J.C.; BASSITT, D.P. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. **Einstein**, São Paulo, v.11, n.2, p.209-15, 2013.

ALVES, J.E.D. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.219-230, jan./jun. 2014.

ALVES Jr., E.D. Aspectos sociodemográficos de um país que envelhece: o exemplo brasileiro. In. _____ (org.). **Envelhecimento e vida saudável**. São Paulo: Apicuri, 2009, p.13-26.

ANZOLIN, A.P.; BERTOL, C.D. Ozone therapy as an integrating therapeutic in osteoarthrosis treatment: a systematic review. **Brazilian Journal Pain**, São Paulo, v.1, n.2, p.171-5, abr./junh., 2018.

ARRONQUI, G.V. et al. Percepção de graduandos de enfermagem sobre sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.6, p.762-5, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Populations aging: is Latin America ready?** Directions in development. Washington, DC: The World Bank, 2011.

BARDUZZI, G.O. et al. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. **Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v.26, n.2, p.349-60, abr./jun., 2013.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A.; KANSO, S. dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Texto para Discussão, n.1034. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1034.pdf>. Acesso em: 20 de agosto., 2018.

BEZERRA, F.C.; ALMEIDA, M.I.; NÓBREGA-TERRIEN, S.M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 155-67, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2018._____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2919-2925, 2011.

CAMPOS, A.C.V. et al. Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health Qual Life Outcomes**, v.12, p.166, 2014.

CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CARVALHO, J.; SOARES, J.M.C. Envelhecimento e força muscular - breve revisão. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v.4, n.3, p.79-93, ago. 2004.

CASSETARI, M.R. **Osteoartrite em joelhos como fator limitante para a qualidade de vida em idosos**. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2008.

CHAVES, L.J.; GIL, C.A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.12, p.1-8, dez., 2015.

CLARES, J.W.B. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, Número Especial 1, p.54-9, 2012.

COELHO, C.M.S. et al. **O envelhecimento do sistema músculo-esquelético e a abordagem fisioterapêutica**. 2015. Disponível em: <<http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Envelhecimentodosistemamusculosqueléticoeabordagemfisioterapeutica.pdf>> Acesso em: 20 de agosto, 2018.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, p.532-38, 2003.

DE POSIS, R.G.; MASSABK, O.S.; KAIRALLA, M. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n.2, p.101-8, 2010.

DORES, S. Nutrição e envelhecimento. In. ALVES Jr., E.FD. (org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009, p.163-74.

ERMINDA, J.G. **Os idosos**: Problemas e realidades. Editora Formasau, 1999.

FERNANDES, D.A. et al. Equilíbrio e qualidade de vida após artroplastia total de joelho. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v.10. n.6, p.1-7, 2018.

FERNANDES, M.T.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.

FERREIRA, M.C. et al. Artroplastia total do joelho e quadril: a preocupante realidade assistencial do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v.53, n.4, p.432-40, 2018.

FERREIRA, A.H. et al. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.55, n.5, p.434-38, 2015.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio século XXI escolar**: o minidicionário da Língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 790p.

FLECK Marcelo PA, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos e Vanessa Pinzon **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”** Rev. Saúde Pública, 34 (2): 178-83, 2000 www.fsp.usp.br/rsp

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FREITAS, M.C. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p. 221-6, 2002.

GOLDMAN, S.N. As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento. In. ALVES Jr., E.FD. (org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009, p.27-41.

GOMES-NETO, M. et al. Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.56, n.2, p.126-30, 2016.

GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). Faculdade de Medicina da UFRGS, 1998. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

GUR, H.; CAKIN, N. Muscle mass, isokinetic torque, and functional capacity in women with osteoarthritis of the knee. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.84, n.10, p.1534- 41, Oct. 2003.

HALL. S.J. **Biomecânica Básica**. 7.ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2016.

HAQ, S.A.; DAVATCHI, F. Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. **International Journal of Rheumatic Diseases**, v.14, p.122-9, 2011.

HERZOG, W.; LONGINO, D.; CLARK, A. The role of muscles in joint adaptation and degeneration. **Langenbecks Arch Surging**, v.388, n.5, p.305-15, oct., 2003.

HO-PHAM, L.T. et al. Body Composition in Individuals with Asymptomatic Osteoarthritis of the Knee. **Calcified Tissue International**, v.98, n.2, p.165-71, 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2018. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149>. Acesso em: 20 de agosto., 2018.

JESUS, I.T.M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.30, n.6, p.614-20, 2017.

MACHADO, V. **Espírito Santo tem 4.016.356 habitantes em 2017, estima IBGE.** 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/espírito-santo-tem-4016356-habitantes-em-2017-estima-ibge.ghtml>>. Acesso em: 1 de nov., 2018.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**, v.10, n.4, p.430-439, 2011.

MARTINS, A.B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3403-3416, 2014.

MATOS, D.; ARAUJO, T. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. **Psicologia em Estudo**, São Paulo, v.14, n.3, p.511-518, jul./set., 2009.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.54-66, 2010.

MORAES, N.A.S.; WITTER, G.P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v.127, p.215-238, 2007.

NASCIMENTO, E.F. et al. Análise da qualidade de vida e função nas gonartroses dos idosos com sobrepeso submetidos à fisioterapia aquática. **Revista Geriatria & Gerontologia**, São Paulo, v.1, n.1, p.44-47, 2012.

NÓBREGA, A.C.L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.5, n.6, p.207-11, nov./dez., 1999.

NUNES, M.G.S. et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1102-15, out./dez, 2017.

NUNES, A. **O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde.** 1999. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_21_Cap_13.pdf>. Acesso em: 20 de agosto., 2018.

OLALEKAN, A.U. et al. Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. **British Medical Journal**, v.20, p.347, 2013.

OLIVEIRA, H.S.B.; CORRADI, M.L.G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v.97, n.2, p.165-176, 2018.

OLIVEIRA, M.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.625-64, 2017.

OLIVEIRA, M.R. et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.1383-94, 2016.

OLIVEIRA, F.I.L. et al. Análise da Qualidade de Vida e funcionalidade de pacientes com osteoartrose do joelho. **Revista Fama de Ciências da Saúde**, Recife, v.1, n.1, p.6-12, 2015.

OLIVEIRA, L.F.; VIEIRA, T.M.M. O corpo em movimento e o processo do envelhecimento: quedas, equilíbrio e locomoção. In: ALVES Jr., E.FD. (org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009, p.187-203.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, jan./ jul. 2009.

PINTO, A.C.A. **Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com osteoartrose submetidos a artroplastia total do joelho**. 2017. 85p. Tese (Doutorado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Bragança, 2017.

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.491-501, 2006.

REZENDE, M.U.; CAMPOS, G.C. A osteoartrite é uma doença mecânica ou inflamatória? **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v.48, n.6, p.471-74, 2013.

RIGOTTI, J.I.R. Transição demográfica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.37, n.2, p.467-490, maio/ago. 2012.

RO, D.H. et al. Sex differences in knee joint loading: Cross-sectional study in geriatric population. **Journal of Orthopaedic Research**, v.35, n.6, p.1283-89, jun., 2017.

RODRIGUES, N.C. Política Nacional do Idoso - retrospectiva histórica Nara da Costa Rodrigues. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

ROSIS, R.G.; MASSABKI, P.S.; KAIRALLA, M. osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n.2, p.101-8, 2010.

SÁ, M.C. et al. Os riscos do mercado de saúde suplementar: uma revisão bibliográfica do impacto da transição demográfica e epidemiológica nas operadoras de planos de saúde no Brasil. **Gestão e Tecnologia para a Competitividade**, 23, 24 e 25 de outubro de 2013. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/4318522.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto., 2018.

SANTOS, G.C.P. et al. A osteoporose e seu acometimento em idosos e sua relação com as quedas. **Revista Saúde em Foco**, Ceará, Edição 9, p.364-69, 2017.

SANTOS Jr., E.C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com osteoartrose de joelho atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica em duas clínicas escolas de Maceió. **4º CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Anais, v.2, n.1, p.1-8, 2015.

SANTOS, J.P.M. et al. Análise da funcionalidade de idosos com osteoartrite. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.22, n.2, p.161-68, 2015.

SANTOS, M.F.; SILVA, M.R.F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da Qualidade De Vida ou reprivatização da velhice. **Revista da Faculdade Santos Agostinho - FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, pp. 358-371, Abr. /Jun. 2013.

SANTOS, M.L.A.D.S. et al. Desempenho muscular, dor, rigidez e funcionalidade de idosos com osteoartrite de joelho. **Acta de Ortopedia Brasileira**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p.193-7, 2011.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, p.585-593, out./dez., 2008.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, p.585-593, out.; dez., 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Planos de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Espírito Santo**. Vitória/ES: Gráfica Aquarius, 2017.

SILVA, J.P.; AMADEI, J.L. Influência da atenção médica na qualidade de vida (WHOQOL-100) de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.56, n.3, p.198-205, 2016.

SILVA, R.A. **Qualidade de Vida de idosos que participam do centro de lazer**: um espaço de cuidado para a enfermagem. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, A.R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v.66, n.1, p.45-51, 2017.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SPINOSA, D.H. **Perspectivas biomecânicas de mulheres com osteoartrite de joelho e sua relação com a funcionalidade**. 2017. 83p. Tese (Doutorado em Biociências). Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro. Universidade Estadual Paulista. Rio Claro, 2017.

STIVAL, M.M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.395-405, 2014.

STORTI, L.B. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto – Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p.452-459, 2013.

SOUZA, C.C.J. **A construção do ser velho e do ser jovem**. 2018. Disponível em: <<https://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/712/775>>. Acesso em: 2 de nov., 2018.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidade e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.1, p.112-20, jan./mar., 2012.

TEIXEIRA, J.S. **Qualidade de Vida, saúde e bem-estar**: representações sociais de idosos de um centro de convivência na cidade de Juiz de Fora. 2013. 173p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências Humanas, Juiz de Fora, 2013.

UNICOVSKY, M. A. R. Idoso com sarcopenia: uma abordagem do cuidado da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.3, p.298-302, mai./jun., 2004.

VALER, D.B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.809-819, 2015.

VALL, J.; BRAGA, V.A.B.; ALMEIDA, P.C. Estudo da Qualidade de Vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Fortaleza, v. 64, n.2, p.451-55, 2006.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1929-36, 2018.

_____. A necessária gestão qualificada na área de saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, p.1, p.33-41, 2012.

VIEIRA, R.S.; VIEIRA, R.S. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na Atenção Básica à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.17 n.1, p. 14-37, mar./jun. 2016.

WESTPHAL, M.F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.39-51, 2000.

WHO – World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma de política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, p.1403-09, 1995.

ANEXO A – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS DO JOELHO E ENVELHECIMENTO. IMPACTOS NA QUALIDADE DE

Pesquisador: JOSE LORENZO SOLINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84229517.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.618.490

Apresentação do Projeto:

As doenças degenerativas dos joelhos geram incapacidade nos músculos dos membros inferiores, promovendo alterações da marcha, perda do equilíbrio e incapacidade funcional, que reduzem a capacidade de realizar as atividades da vida diária, aumentam o risco de quedas e de mortalidade, podendo então, impactar na qualidade de vida dos idosos nos aspectos biológico, psicológico e social, diminuindo sua independência e autonomia. O projeto propõe aplicação do questionário da Organização Mundial de Saúde para avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-bref, em 200 idosos portadores de doenças que acometem o joelho, atendidos no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Além deste, será também aplicado questionário sócio-demográfico. Os questionários serão aplicados após consulta de rotina no serviço. Serão excluídos idosos incapazes por doenças como, por exemplo, processos demenciais.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

Avaliar pacientes idosos portadores de doenças crônico-degenerativas do joelho, buscando evidenciar os impactos na QV do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Objetivo Secundário:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.618.490

HSCMV.

- TCLE: Adequado. Foram devidamente especificados os riscos da pesquisa e os meios que os pesquisadores irão utilizar para minimizá-los.

- Cronograma: Adequado. Coleta de dados prevista para 01/06/2018 31/12/2018.

- Orçamento: Adequado. Valor de R\$ 1000,00, para custeio de reprodução xerográfica dos questionários, a cargo do pesquisador principal.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendado para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026562.pdf	10/04/2018 22:09:53		Aceito
Cronograma	cronograma_docx.docx	10/04/2018 22:03:51	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tese_docx.docx	10/04/2018 22:01:15	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle_docx.docx	10/04/2018 16:37:12	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.618.490

Ausência	tcle_docx.docx	10/04/2018 16:37:12	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ccharbel.docx	10/01/2018 13:44:58	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cjoel.docx	10/01/2018 13:34:56	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0167.pdf	05/12/2017 17:26:40	JOSE LORENZO SOLINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 24 de Abril de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

Informações sobre a pesquisa:

Título: Doenças do Joelho e Envelhecimento. Impactos na qualidade de vida.

Instituição: Emescam/HSCMV Telefone: (27) 3334-3586.

Pesquisador responsável: Jose Lorenzo Solino.

Endereço: Rua Hélio Marconi, 134 – Bento Ferreira – Vitória – ES – CEP 29050-690

Telefone: (27) 3200-3788 – (27) 99825-0189.

Objetivos da pesquisa: Avaliar pacientes idosos portadores de doenças crônico-degenerativas do joelho, buscando evidenciar os impactos na QV do ponto de vista biológico, psicológico e social. Com base nos resultados apresentados no objetivo geral, discutir a implementação de um programa de prevenção de doenças degenerativas do joelho que possa modificar os impactos na QV dos idosos do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Procedimentos da pesquisa: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do Participante

Riscos e desconfortos: Esta pesquisa apresenta riscos aos participantes, a saber: quebra do sigilo e confidencialidade dos dados coletados; incômodo e o tempo despendido no preenchimento dos questionários; além do constrangimento ao responder a temas sensíveis como relacionamentos pessoais e sexualidade. Neste contexto, os autores propõem as seguintes medidas para minimizar tais riscos: garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados, bem como a guarda em segurança das informações coletadas; preenchimento dos questionários pelo paciente em sala privativa, sob acompanhamento de equipe de pesquisa previamente treinada e habilitada a identificar qualquer sinal verbal ou não verbal de desconforto e/ou constrangimento do paciente, dando-lhe a devida assistência.

Benefícios: O estudo poderá proporcionar ao participante melhor compreensão dos seus hábitos e limitações, contribuir para uma melhor qualidade de vida, além de discutir a implementação de um programa de prevenção de doenças degenerativas do joelho que possa modificar os impactos na QV dos idosos do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Custo/Reembolso para o paciente: Não existe custo financeiro para o participante nem qualquer incentivo ou reembolso financeiro para o mesmo.

Confidencialidade da pesquisa: Estão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados, bem como a guarda em segurança das informações coletadas.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____
 ____, RG _____ / ____, CPF _____._____._____ - ____, abaixo assinado, autorizo a minha participação no estudo referido. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas e assinadas na página final, pelo participante e pelo pesquisador.

_____, ____ de _____ de _____.

 Assinatura do pesquisador

 Assinatura do Participante

ANEXO C – CÁLCULO DO WHOQOL-Bref

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____
RG.: _____ - _____ CPF.: _____ - _____
Genero: M () F () Outros () _____
Filiação - Pai: _____
Mãe: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____
E-mail: _____
Telefone (se recado, avisar): (____) _____ Celular: (____) _____

ANEXO D – COMPARAÇÃO ESTATÍSTICA ENTRE OS DOMÍNIOS

Tabela 2 – Comparação estatística entre os domínios

Pacientes	Domínio Físico (%)	Domínio Psicológico (%)	Domínio Relações Sociais (%)	Domínio Meio Ambiente (%)	Qualidade de Vida (%)
1	50	66,7	75	62,5	63,5
2	60,7	87,5	75	87,5	77,7
3	53,6	58,3	100	59,4	67,8
4	46,4	37,5	83,3	62,5	57,4
5	60,7	41,7	50	28,1	45,1
6	32,1	54,2	33,3	53,1	43,2
7	46,4	33,3	33,3	87,5	50,1
8	32,1	62,5	66,7	75	59,1
9	17,9	58,3	91,7	59,4	56,8
10	32,1	37,5	41,7	28,1	34,9
11	53,6	37,5	58,3	65,6	53,8
12	42,9	41,7	33,3	50	42
13	57,1	58,3	83,3	62,5	65,3
14	32,1	16,7	25	21,9	23,9
15	17,9	33,3	66,7	71,9	47,4
16	53,6	62,5	66,7	78,1	65,2
17	39,3	33,3	50	21,9	36,1
18	14,3	62,5	83,3	46,9	51,7
19	42,9	70,8	75	46,9	58,9
20	50	33,3	41,7	62,5	46,9
21	46,4	41,7	33,3	46,9	42,1
22	42,9	54,2	58,3	53,1	52,1
23	39,3	75	83,3	71,9	67,4
24	39,3	62,5	83,3	62,5	61,9
25	35,7	70,8	75	75	64,1
26	85,7	75	75	62,5	74,6
27	42,9	45,8	75	58,8	58,1
28	67,9	91,7	83,3	71,9	78,7
29	3,6	37,5	66,7	46,9	37,7
30	57,1	45,8	50	68,8	55,4
31	53,6	62,5	58,3	43,8	54,5
32	42,9	45,5	41,7	59,4	47,4
33	46,4	66,7	66,7	71,9	62,9
34	39,3	37,5	50	15,6	35,6
35	53,6	45,8	66,7	62,5	57,1
36	25,0	66,7	83,3	62,5	59,4
37	21,4	41,7	83,3	46,9	48,3
38	32,1	41,7	66,7	59,4	50
39	46,4	58,3	50	56,3	52,8
40	60,7	75	83,3	84,4	75,9
41	75	70,8	82,3	96,9	81,5
42	42,9	20,8	66,7	56,3	46,7
43	71,4	62,5	58,3	81,3	68,4
44	39,3	25	50	64,4	37,2
45	46,4	37,5	33,3	46,9	41
46	57,1	87,5	66,7	43,8	63,8

ANEXO E – DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-Bref

Nº	PERGUNTA	FOCO	DOMÍNIO
Q3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<i>Dor e desconforto</i>	FÍSICO
Q10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<i>Energia e fadiga</i>	FÍSICO
Q16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<i>Sono e repouso</i>	FÍSICO
Q15	Quão bem você é capaz de se locomover?	<i>Mobilidade</i>	FÍSICO
Q17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<i>Atividades da vida cotidiana</i>	FÍSICO
Q4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<i>Dependência de medicação ou de tratamentos</i>	FÍSICO
Q18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<i>Capacidade de trabalho</i>	FÍSICO
Q5	O quanto você aproveita a vida?	<i>Sentimentos positivos</i>	PSICOLÓGICO
Q7	O quanto você consegue se concentrar?	<i>Pensar, aprender, memória e concentração</i>	PSICOLÓGICO
Q6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<i>Auto-estima</i>	PSICOLÓGICO
Q11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<i>Imagem corporal e aparência</i>	PSICOLÓGICO
Q26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<i>Sentimentos negativos</i>	PSICOLÓGICO
Q19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<i>Espiritualidade/religião/crenças pessoais</i>	PSICOLÓGICO
Q20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<i>Relações pessoais</i>	RELAÇÕES SOCIAIS
Q22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<i>Suporte e apoio pessoal</i>	RELAÇÕES SOCIAIS
Q21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<i>Atividade sexual</i>	RELAÇÕES SOCIAIS
Q8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<i>Segurança física e proteção</i>	MEIO AMBIENTE
Q23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<i>Ambiente do lar</i>	MEIO AMBIENTE
Q12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<i>Recursos financeiros</i>	MEIO AMBIENTE
Q24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<i>Cuidados de saúde</i>	MEIO AMBIENTE
Q13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<i>Novas informações e habilidades</i>	MEIO AMBIENTE
Q14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<i>Recreação e lazer</i>	MEIO AMBIENTE
Q9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<i>Ambiente físico</i>	MEIO AMBIENTE
Q25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<i>Transporte</i>	MEIO AMBIENTE
Q1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<i>Auto-avaliação da Qualidade de Vida</i>	AUTOAVALIAÇÃO
Q2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?		AUTOAVALIAÇÃO

ANEXO F – QUADRO COM FÓRMULAS DE CORREÇÃO DO WHOQOL-Bref

1) Físico =

$$\frac{\left(\frac{(6 - Q.3) + (6 - Q.4) + Q.10 + Q.15 + Q.16 + Q.17 + Q.18}{7} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

2) Psicológico =

$$\frac{\left(\frac{Q.5 + Q.6 + Q.7 + Q.11 + Q.19 + (6 - Q.26)}{6} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

3) Relações sociais =

$$\frac{\left(\frac{Q.20 + Q.21 + Q.22}{3} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

4) Meio ambiente =

$$\frac{\left(\frac{Q.8 + Q.9 + Q.12 + Q.13 + Q.14 + Q.23 + Q.24 + Q.25}{8} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

APÊNDICE A – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES

Tabela 1 – Características demográficas dos pacientes.

Parâmetro	Pacientes (n=46)	
	Nº	%
Cidades		
Vitória	3	6,52
Vila Velha	5	10,87
Serra	5	10,87
Viana	1	2,17
Colatina	1	2,17
Castelo	1	2,17
Aracruz	4	8,70
Cariacica	4	8,70
Marataízes	3	6,52
Laranja da Terra	2	4,35
Jaguare	1	2,17
Pancas	1	2,17
Venda Nova do Imigrante	1	2,17
Guarapari	2	4,35
Alfredo Chaves	1	2,17
São Gabriel da Palha	2	4,35
São Roque do Canaã	1	2,17
Itaipava	2	4,35
Linhares	2	4,35
Itaguaçu	1	2,17
Aimorés	1	2,17
Cachoeiro de Itapemirim	1	2,17
Fundão	1	2,17

Fonte: Elaboração do autor.

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____

RG.: _____ - _____ CPF.: _____ - _____

Genero: M () F () Outros () _____

Filiação - Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone (se recado, avisar): (____) _____ Celular: (____) _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Esta pesquisa tem como objetivo realizar um estudo dos impactos na qualidade de vida dos idosos acima de sessenta anos, que apresentam doenças degenerativas dos joelhos. Será preenchido um questionário elaborado pela OMS – Organização Mundial da Saúde, versão Breve (WHOQOL–bref). As perguntas a serem respondidas serão sobre seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE D – TABELA DOS PESQUISADORES QUE REALIZARAM A AVALIAÇÃO

Tabela 1 – Pesquisadores que realizaram a avaliação

Semana 01			Semana 02		
04/jun	05/jun	08/jun	11/jun	12/jun	15/jun
Pesquisador A	Pesquisador B	Pesquisador C	Pesquisador A	Pesquisador B	Pesquisador D
4 pacientes	2 pacientes	1 paciente	2 pacientes	3 pacientes	-
Semana 03			Semana 04		
18/jun	19/jun	22/jun	25/jun	26/jun	29/jun
Pesquisador D	Poncio	Pesquisador A	Pesquisador B	Pesquisador A	Pesquisador D
4 pacientes	1 paciente	2 pacientes	3 pacientes	3 pacientes	0 pacientes
Semana 05			Semana 06		
02/jul	06/jul	03/jul	09/jul	10/jul	13/jul
Pesquisador A	Pesquisador B	Pesquisador D	Pesquisador A	Pesquisador A	Pesquisador D
-	-	2 pacientes	2 pacientes	0 pacientes	1 paciente
Semana 07			Semana 08		
16/jul	17/jul	20/jul	23/jul	24/jul	27/jul
Pesquisador B	Pesquisador B	Pesquisador B	Pesquisador A	Pesquisador D	Pesquisador D
4 pacientes	1 paciente	0 pacientes	3 pacientes	3 pacientes	2 pacientes
Semana 09					
30/jul	31/jul				
Pesquisador B	Pesquisador A				
2 pacientes	1 paciente				

