

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

DAVID VICTÓRIA HOFFMANN PÁDUA

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PORTADORES DE LESÃO DEGENERATIVA  
DO OMBRO**

VITÓRIA  
2021

DAVID VICTÓRIA HOFFMANN PÁDUA

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PORTADORES DE LESÃO DEGENERATIVA  
DO OMBRO**

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 do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA

2021

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

---

P125q Pádua, David Victória Hoffman  
Qualidade de vida em idosos portadores de lesão  
degenerativa no ombro / David Victória Hoffman Pádua. - 2021.  
83 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Doenças degenerativas do ombro. 2. Lesões do ombro. 3.  
Saúde do idoso. 4. Qualidade de vida. I. Coelho, Maria Carlota de  
Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 617.572

---

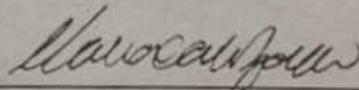
DAVID VICTÓRIA HOFFMANN PÁDUA

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PORTADORES DE LESÃO DEGENERATIVA  
DO OMBRO**

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 do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

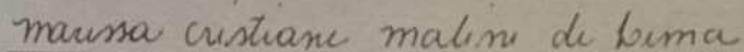
Aprovada em 15 de junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



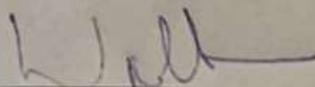
---

Profª. Drª. Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



---

Profª. Drª. Maressa Cristiane Malini de Lima  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM



---

Prof. Dr. Willian Dias Belangero  
Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP

Dedico este estudo de mestrado a todos os meus tutores, participantes desde minha formação escolar infantil em Guarapari.

A meus mestres na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

A meus tutores, durante a residência médica e a especialização, e a meus professores do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Devo, a vocês, todo o ensinamento e o engrandecimento acadêmicos, sempre crescentes e gratificantes. Sem vocês, não teria chegado até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por todas as oportunidades contempladas em minha vida.

A minha noiva Hana, pelo incentivo.

A meus pais, Magaly e Dimas, pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos, Dino e Dayse, pela parceria.

Aos meus colegas de trabalho, Anderson e João, pelos conselhos e contribuições.

A toda a equipe da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, incluindo o corpo docente, residentes e colaboradores, pelo apoio e pela oportunidade de desenvolver este estudo.

“Penso que não ter necessidade é uma coisa divina e ter as menores necessidades possíveis é o que mais se aproxima do divino”.

(Sócrates (470-399 a.C))

## RESUMO

No processo de envelhecimento, as alterações osteomusculares estão entre os problemas mais prevalentes, dentre elas as doenças degenerativas do ombro. Objetiva-se, neste estudo, avaliar se as doenças crônico-degenerativas do ombro interferem na qualidade de vida e na capacidade de desenvolver atividades de vida diária entre idosos. Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de ortopedia, com participação de 46 idosos contando mais de 60 anos, ambos sexos, portadores de doenças degenerativas do ombro. Utilizaram-se, como instrumentos, os questionários: *World Health Organization Quality of Life* e a versão brasileira do *Shoulder Pain and Disability Index*. Os resultados apontam prevalência do sexo feminino (69,56%), maioria dos pacientes entre 60 e 65 anos (47,82%), a lesões do manguito rotador do ombro, a mais comum patologia encontrada, com majoritária ocorrência das lesões no tendão supraespinhoso, em associação, ou não, com outros tendões (95,65%). A média da autoavaliação de perda da qualidade de vida foi de 36,89%. Para os domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente, a média de perda foi de 45,11%; 30,8%; 32,98%; e 38,66%, respectivamente. Quanto à avaliação funcional, para o *Shoulder Pain and Disability Index*, a média de déficit foi de 64,13%. Para as Escalas de Dor e Incapacidade, observaram-se as médias de 71,13% e 59,75%, respectivamente. Não houve associação estatisticamente significativa da qualidade de vida, escalas de avaliação funcional e gravidade da lesão. Conclui-se que as doenças crônico-degenerativas de ombro entre idosos podem impactar na qualidade de vida e na capacidade de desenvolver atividades de vida diária, embora essa perda não tenha relação direta com a gravidade da lesão, e que os idosos acabam por desenvolver mecanismos de proteção, adaptando-se às limitações para desenvolver as atividades de vida diária com baixa percepção na autoavaliação de perda da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Doenças degenerativas do ombro. Lesões do ombro. Saúde do idoso. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

In the aging process, musculoskeletal disorders are among the most prevalent problems, including degenerative shoulder diseases. The objective of this study is to evaluate if chronic-degenerative diseases of the shoulder interfere in the quality of life and in the ability to develop activities of daily living among the elderly. Descriptive study with a quantitative approach carried out in an orthopedics outpatient clinic with the participation of 46 elderly people over 60 years old, both sexes, with degenerative shoulder diseases. The following questionnaires were used: World Health Organization Quality of Life and the Brazilian version of the Shoulder Pain and Disability Index. The results show a prevalence of females (69.56%); Most patients between 60 and 65 years old (47.82%) and the rotator cuff injuries of the shoulder were the most common pathology found with the majority of injuries to the supraspinatus tendon, in association or not, with other tendons (95.65%). The average self-rated loss of quality of life was 36.89%. For the physical, psychological, social relations and environment domains the average loss was 45.11%, 30.8%, 32.98% and 38.66% respectively. As for the functional assessment, for the Shoulder Pain and Disability Index the average deficit was 64.13%, for the Pain and Disability Scales, an average of 71.13% and 59.75% was observed, respectively. There was no statistically significant association between quality of life, functional assessment scales and injury severity. It is concluded that chronic-degenerative shoulder diseases among the elderly can impact the quality of life and the ability to develop activities of daily living although this loss has no direct relationship with the severity of the injury and that the elderly end up developing protective mechanisms adapting the limitations to develop activities of daily living with low perception in the self-assessment of loss of quality of life.

**Keywords:** Degenerative shoulder diseases. Shoulder injuries. Health of the elderly. Quality of life.

## LISTA DE SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
HSCMV	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
QV	Qualidade de Vida

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes, ES, Brasil (n=46) .....	36
Tabela 2 - Características das lesões degenerativas de ombro dos participantes, ES, Brasil (n=46) .....	37
Tabela 3 - Autoavaliação da qualidade de vida (WOHQOL-Bref) dos participantes, ES, Brasil (=46) .....	38
Tabela 4 - Facetas 3,4,10,15,16,17 e 18 relacionadas ao domínio físico (WOHQOL-Bref) ES, Brasil (n=46) .....	40
Tabela 5 - Facetas 5,6,7,11,19 e 26 relacionadas ao domínio psicológico (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46) .....	42
Tabela 6 - Facetas 20, 21 e 22 relacionadas ao domínio das relações sociais (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46) .....	44
Tabela 7 – Facetas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, e 25 relacionadas ao domínio meio ambiente (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46) .....	46
Tabela 8- Avaliação funcional do ombro segundo a escala SPALDI-Brasil, ES, Brasil (n=46) .....	48
Tabela 9 - Cálculos descritivos das variáveis, ES, Brasil (n=46) .....	49
Tabela 10 - Relação estatística entre o tipo de lesão degenerativa, qualidade de vida e avaliação funcional, ES, Brasil.....	50
Tabela 11 - Tendões acometidos, Qualidade de Vida e Avaliação Funcional.....	51
Tabela 12 - Lado acometido, Qualidade de Vida e Avaliação Funcional.....	52
Tabela 13 - Correlação estatística das variáveis quantitativas.....	53

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	17
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	18
3.5	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	18
3.6	COLETA DOS DADOS.....	20
3.7	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	21
3.8	QUESTÕES ÉTICAS.....	22
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
4.1	SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	23
4.2	LESÃO DEGENERATIVA DE OMBRO E O IDOSO.....	27
4.3	QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.....	31
4.4	ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA.....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES.....	36
5.2	CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES DEGENERATIVAS DE OMBRO DOS PARTICIPANTES.....	36
5.3	AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WOHQOL-BREF) DOS PARTICIPANTES.....	37
5.4	AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO FÍSICO.....	38
5.5	AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO PSICOLÓGICO CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES.....	41
5.6	AVALIAÇÃO DAS FACETAS DAS RELAÇÕES SOCIAIS CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES.....	43
5.7	AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO MEIO AMBIENTE CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES.....	45
5.8	AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO SEGUNDO A ESCALA SPAD.....	47

5.9	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS: MÉDIA, MEDIANA, VALOR MÁXIMO, VALOR MÍNIMO, DESVIO PADRÃO E COEFICIENTE DE VARIAÇÃO.....	49
5.10	RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS TIPOS DE LESÃO, QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	50
5.11	RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS TENDÕES ACOMETIDOS, QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	50
5.12	RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE O LADO ACOMETIDO, A QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	52
5.13	CORRELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE AS VARIÁVEIS.....	53
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – Carta de Anuência.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE B – Questionário de Dados Demográficos dos Pacientes.....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>72</b>
	<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO B – WHOQOL – Bref.....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO C – SPADI-Brasil.....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado está vinculada à área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Discute quais as implicações biopsicossociais das doenças degenerativas do ombro na população idosa, visto que se trata de um problema com alta prevalência e com conhecida sintomatologia de dor e comprometimento da função, levando a uma esperada queda da qualidade de vida (QV) dessa população.

Justifico o presente estudo pelo fato de ter-me tornado ortopedista e, com quase dez anos de atuação na área de cirurgia do ombro, vir convivendo não somente com a dor dos meus pacientes em tratamento, mas também constatando o sentimento, extremamente desconfortável, de muitos de eles virem-se considerando um fardo no contexto social, pois uma grande quantidade se pronuncia em função de sua incapacidade, posição essa agravada por problemas socioeconômicos, o que, a meu ver, em conjunto, leva à ansiedade à depressão.

No âmbito social, justifica-se o objeto do presente estudo pela prevalência elevada da doença e seus altos custos sociais e previdenciário, visando contribuir, então, para a construção de conhecimento necessário à elaboração de políticas públicas direcionadas ao tratamento precoce e à prevenção dessas doenças.

O envelhecer é um processo natural, progressivo, que se dá paulatinamente e sofre interferências de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. A população de idosos vem aumentando exponencialmente nos países em desenvolvimento (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Com isso, novos desafios surgem para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois idosos portadores de doenças crônicas sem controle e tratamento adequado estão mais susceptíveis a sequelas e incapacidades relacionadas às doenças (SANTOS; SILVA, 2013).

O envelhecimento populacional é uma questão social de significativa relevância, e as

Ciências Sociais, em geral, e o Serviço Social, em particular, apresentam distintas formas para o enfrentamento da questão do envelhecimento da velhice (FERREIRA, 2015).

O marco inicial dos debates sobre envelhecimento, no âmbito da elaboração de políticas sociais de assistência à saúde, ocorreu em 1982 em Viena com a Primeira I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), onde foi elaborado o Plano de Ação para o Envelhecimento, documento este de relevância para as estratégias e recomendações prioritárias nos mais diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento. Participaram do evento 124 nações incluindo o Brasil (ROCHA; ALVES, 2019).

O aumento da longevidade humana vem acontecendo devido aos avanços em diversas áreas da medicina, dentre elas o diagnóstico precoce e a prevenção. Em consequência, há um esperado aumento da população de idosos, aumentando também a incidência das doenças osteomusculares ligadas ao envelhecimento. (FERREIRA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde declara o processo do envelhecer como sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, que ocorre com todos os membros de uma espécie. Apesar do envelhecimento não ser sinônimo de doença, com o ultrapassar da idade aumentam as chances do comprometimento funcional, provocando alterações fisiológicas no indivíduo em seus diversos sistemas corpóreos (DIAS *et al.*, 2019, p. 123).

No processo de 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, o que pode levar ao aparecimento de algumas doenças relacionadas a essas perdas, tais como as doenças degenerativas do ombro (BARDUZZI *et al.*, 2013).

As doenças degenerativas do ombro são frequentes em idosos, levam à dor e à diminuição da função, e podem surgir precocemente. A maioria dos pacientes se veem confrontados com as dificuldades quando realizam atividades do cotidiano, como os hábitos de higiene, cuidados pessoais, tarefas domésticas, sono, desempenho sexual

e atividades profissionais e sociais (MAESTRONI *et al.*, 2020; MONRAD *et al.*, 2018; VICENT; LEBOEUF-YDE; GAGEY, 2017).

A sensação de dor é basilar para a sobrevivência, mesmo sendo delineada como uma experiência sensorial e emocional subjetiva desagradável. Em regra, a dor pode variar quanto a intensidade, o tipo, a duração, a hora do dia, a resposta à fármacos e aos fatores de atenuação ou piora entre uma variedade de aspectos objetivos e subjetivos que fazem parte dessa experiência (MANFROI *et al.*, 2019).

Disfunção e dor em indivíduos acima dos 60 anos de idade são prevalentes, devido a uma série de insuficiências fisiológicas e mudanças na atividade celular, tecidual e sistêmica. A dor, e apesar de não ser um fator para dependência e morte, poder interferir em uma série de fatores da vida e relaciona-se fortemente com limitações funcionais. O idoso, de forma geral, possui a saúde mais vulnerável e está mais suscetível ao adoecimento, isso pode implicar na redução da capacidade de autodeterminação, com déficit de poder, força e atributos de ordem psicológica. Entende-se por vulnerabilidade como a associação de diversos fatores individuais que aumentam a susceptibilidade ao adoecimento e à morte (MASSON; DALLACOSTA, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2017).

A dor crônica na população idosa é um problema de significativo impacto na saúde pública pois “[...] interfere em situações como segurança e independência, limitando muitas vezes a execução das atividades de vida diária, prejudicando sua capacidade de interação e convívio social, circunstâncias que comprometem sua qualidade de vida [...]” (DIAS *et al.*, 2019, p. 123).

A prevalência de dor no ombro na população adulta é relativamente comum, estima-se que, durante a vida, pelo menos 67% das pessoas experimentarão, ao menos uma vez, tal sintoma, que pode causar considerável desconforto, redução da capacidade de trabalho e QV, além de gerar comprometimento dos domínios funcionais do idoso que, não raramente, necessita de tratamento específico. A causa mais frequente de dor no ombro está relacionada à doença degenerativa do manguito rotador (VICENT; LEBOEUF-YDE; GAGEY, 2017). A incidência dessas doenças aumenta com a idade, com 4% de assintomáticos com idade abaixo dos 40 anos e 54% com idade igual ou

superior a 60 anos. As rupturas degenerativas do manguito rotador são uma evolução natural da doença e tendem a acontecer em pacientes com idade superior a 50 anos, comumente sem história de trauma, evoluindo com dor progressiva e disfunção (CLEMENT; NIE; MCBIRNIE, 2012).

Diversos outros fatores de riscos têm sido identificados em associação às doenças degenerativas do ombro, como tabagismo, hipercolesterolemia e fatores familiares, porém têm papel adicional, pois a idade avançada ainda é o principal fator de risco (TASHJIAN, 2012). Nos últimos anos houve um expressivo aumento nos casos de pacientes portadores de doenças degenerativas do ombro, o que representa um custo social e ocupacional importante. Mensurar e mapear esse custo pode direcionar políticas públicas de prevenção e tratamento dessas doenças (MONRAD *et al.*, 2018).

Graus variados de ansiedade, depressão, alterações do sono e do sexo são fortemente associados às doenças degenerativas do ombro, evidenciando o relevante impacto dessas alterações na QV dessa população (MAESTRONI *et al.*, 2020). Nesse sentido, o problema de pesquisa a ser investigado é: as doenças degenerativas de ombro em idosos interferem na QV e na capacidade de desenvolver atividades de vida diária?

## 2 OBJETIVOS

Seguem abaixo os objetivos geral e específicos do estudo.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se as doenças crônico-degenerativas do ombro interferem na qualidade de vida dos idosos assistidos no ambulatório de ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) e em suas capacidades de desenvolverem atividades de vida diária.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os participantes quanto a sexo, à idade e ao tipo de lesão degenerativa de ombro;
2. Identificar a qualidade de vida dos participantes no que se refere aos aspectos físicos, psicológicos, meio ambientais e de relações sociais;
3. Identificar a habilidade de os participantes realizarem as atividades da vida diária.

### 3 METODOLOGIA

Seguem abaixo a caracterização do tipo do estudo e sua estratégia metodológica.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa.

#### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil. Foram selecionados idosos, com sessenta anos ou mais, que apresentam doenças degenerativas do ombro, de ambos sexos e que frequentam o Ambulatório de Ortopedia do HSCMV, ES, Brasil, no período determinado entre janeiro a dezembro de 2020.

A pandemia de COVID-19, como emergência de saúde pública mais grave que a comunidade internacional já enfrentou nos últimos cem anos (LOBE; MORGAN; HJOFFMAN, 2020), implicou diretamente a condução da presente pesquisa, dificultando uma maior abrangência da pesquisa para selecionar e quantificar os idosos já que, com o propósito de evitar o rápido aumento na quantidade de infecções e o colapso dos serviços de saúde, fez-se necessária a adoção de rígidas medidas de distanciamento social, o que ocasionou evasão da população vulnerável a serviços eletivos.

#### 3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Incluíram-se idosos (60 anos ou mais) de ambos sexos, portadores de doenças degenerativas do ombro diagnosticadas clinicamente e por exame de ressonância magnética e classificadas pelo Código Internacional de Doença (CID-10) por: M75 – Lesões do ombro; M75.1 – Síndrome do Manguito Rotador; M75.4 – Síndrome de colisão do ombro; M75.5 – Bursite do ombro; M75.8 – Outras lesões do ombro; M75.9 – Lesão não específica do ombro.

### 3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos idosos com CID indefinido, ou seja, aqueles com diagnóstico não finalizado por ausência de exames complementares; aqueles acometidos por múltiplas comorbidades ou doenças sistêmicas que acometem o ombro e não são de caráter crônico degenerativo; pacientes portadores de sequelas decorrentes de traumas do ombro; aqueles com doenças inflamatórias específicas como vasculites, autoimunes ou que estavam fora das doenças degenerativas do ombro ligadas ao envelhecimento, além dos idosos incapazes por processos demenciais.

### 3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os pacientes selecionados foram avaliados pela aplicação dos questionários: demográficos (APÊNDICE B); pela versão brasileira do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) de QV da Organização Mundial da Saúde OMS (ANEXO B); e pela versão brasileira do *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI), o SPADI-Brasil (ANEXO C).

Para avaliação da QV, a necessidade de instrumentos curtos que demandam pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref com 26 (vinte e seis) questões, sendo duas questões gerais de QV, e as demais representando cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas que compõem o instrumento original (FLECK *et al.*, 2000; THE WORLD..., 1995). Assim, diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 (vinte) centros em 18 (dezoito) países diferentes (FLECK *et al.*, 2000).

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido, pelo Grupo de QV da OMS, que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas que compõem o

WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão.

No nível psicométrico, foi então selecionada a questão que melhor se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após essa etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham.

Dos 24 (vinte e quatro) itens selecionados, 6 (seis) foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão. Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução para quatro domínios. Assim, o WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Ao preservar cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas do instrumento original (o WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a abrangência do construto QV, incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, bem como os relativos ao meio ambiente e às relações sociais.

Para avaliação funcional, foi utilizada, como instrumento, a versão brasileira do SPADI, o SPADI-Brasil. Este devidamente traduzido com adaptação cultural e confiabilidade validada. O SPADI-Brasil pretende avaliar a dor no ombro e a habilidade de os pacientes realizarem as atividades da vida diária (AVDs). É composto por dois blocos de perguntas: a Escala de Incapacidade (com 8 perguntas) e a Escala de Dor (com 5 perguntas). Os números ao lado de cada pergunta representam a escala de dor ou incapacidade, onde o número 0 representa ausência de incapacidade ou de dor, e o 10 representa a incapacidade em realizar AVDs ou a *pior dor*. A pontuação obtida com a soma das escalas representa os índices de dor e incapacidade (em percentual), e a pontuação total do questionário o índice SPADI-Brasil. Esses índices podem variar de 0 a 100, sendo que, quanto maior a pontuação, pior a situação de dor e/ou função do paciente.

Cabe salientar que os questionários foram preenchidos após a consulta de rotina do paciente no Ambulatório do ombro do HSCMV, em sala privativa, que contava com

suporte da equipe de pesquisa, previamente treinada e habilitada a identificar qualquer sinal verbal ou não-verbal de desconforto do paciente, dando-lhe a devida assistência.

Foi realizada também a caracterização da lesão degenerativa do ombro em questão, recorrendo-se aos dados dos prontuários médicos. Dentre as lesões degenerativas do ombro, podem-se considerar a lesão degenerativa dos tendões do manguito rotador (Lesão do MR), o desgaste idiopático da articulação glenoumeral (Artrose Primária do ombro) e a artropatia do manguito rotador, sendo esta o desgaste glenoumeral decorrente da lesão crônica do manguito rotador.

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 demográficas dos pacientes (APÊNDICE B);
2. Aplicação da versão brasileira do questionário WHOQOL-Bref de QV da OMS (ANEXO B);
3. Aplicação da versão brasileira do questionário SPADI (SPADI-Brasil) como índice de dor e incapacidade no ombro (ANEXO C).

### 3.6 COLETA DOS DADOS

Após consulta de rotina no Ambulatório do ombro do HSCMV, os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, aqueles que aceitaram foram encaminhados a uma sala privativa onde os questionários foram preenchidos após aceitação e assinatura do TCLE. Os questionários aplicados foram: o questionário de identificação demográfica; o WHOQOL-Bref e o SPADI-Brasil. Os participantes da pesquisa contaram com suporte da equipe de pesquisa, previamente treinada e habilitada a identificar qualquer sinal verbal ou não-verbal de desconforto do paciente, dando-lhe a devida assistência. Dados gerais referentes ao tipo de lesão, tamanho e tendões acometidos

foram colhidos dos prontuários sendo esses resultados da anamnese, exame físico e de imagem com ressonância magnética.

### 3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados gerais foram organizados em planilhas do Excel e analisados conforme a estatística descritiva. Organizaram-se os dados qualitativos por meio de frequência simples.

Os cálculos dos escores e da estatística descritiva do WHOQOL-bref foram corrigidos de forma automatizada, tabulando-se os dados coletados na sua aplicação. Tal escore consiste no cálculo da média aritmética simples dos escores de cada domínio do instrumento. Os valores apresentados na estatística descritiva foram: média, mediana, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo e coeficiente de variação. As médias dos escores das questões (facetadas) e domínios foram convertidas em uma escala de zero a cem.

A descritiva do questionário de avaliação funcional da amostra que utilizou o SPADI-Brasil foi organizada em tabela, incluindo cálculos (em percentual) das escalas de Incapacidade, Dor e o SPADI-Brasil. Dentro de cada escala, foram somadas as pontuações obtidas no questionário e, então, dividida pela máxima pontuação possível em cada escala. O valor encontrado foi multiplicado por 100 obtendo o índice final para cada escala (Incapacidade e Dor), para cada paciente da amostra. Para a pontuação total do questionário (Índice geral SPADI-Brasil), foram somados os números marcados para todos os itens do questionário e divididos pela máxima pontuação possível (desconsiderando os itens marcados como *não se aplica*). O valor encontrado foi multiplicado por 100, obtendo-se a pontuação geral do questionário para cada paciente da amostra.

Para cruzamentos estatísticos desse estudo, foram aplicadas técnicas uni e multivariadas refinadas. De técnicas multivariadas, utilizaram-se: Teste de Hotelling e Manova. Já de técnicas univariadas, utilizaram-se o Teste t, Anova e teste de análise de correlação de Pearson. Para tal, o software estatístico Statistica 12 foi utilizado como ferramenta.

Foram utilizados, para panorama estatístico geral, os resultados univariados dos testes t para cada uma das variáveis (contendo médias, desvio padrão e graus de liberdade). Utilizaram-se dois testes multivariados para comparar os escores de avaliação funcional e QV para diferentes lados, tipo de lesão e tendões afetados. Para avaliar associação do tipo de lesão degenerativa e o lado acometido foi utilizado o teste multivariado H de Hotteling, pois havia apenas dois grupos tanto para lado (direito vs esquerdo) quanto para lesões (existem só duas lesões nos pacientes: Lesão do MR e Artropatia do MR, já que não houve a ocorrência de pacientes com Artrose Primária do ombro). Já para avaliação da relação tendão(ões) afetado(s) com os índices de QV e função, foi utilizado o teste de Manova (teste multivariado para comparação de médias). Para as demais associações simples de variáveis, foram utilizados teste t, Anova e testes de análise de correlação de Pearson (univariadas).

### 3.8 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi inserida na plataforma Brasil para análise do comitê de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, e aprovada sob o parecer número: 3.600.009, em anuência com a instituição cenário do estudo (APÊNDICE A). Os participantes convidados a participar do estudo, uma vez concordando, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

Quanto as questões do envelhecimento, as lesões do ombro relacionadas a idade e a QV em idosos, segue uma breve revisão da literatura.

### 4.1 SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional, também chamado de *transição demográfica*, é um processo dinâmico que se inicia com uma população com elevada taxa de fertilidade e mortalidade concentrada nos segmentos mais jovens. Progride com decréscimo no número de nascimentos e mortalidade juvenil, culminando em aumento proporcional da população mais idosa, em relação à jovem (KALACHE, 1987). Envelhecimento é um processo irreversível e idiossincrásico; é um processo individual, acumulativo, universal, sociovital multifacetado ao longo de todo o curso de vida humana; é marcado por mudanças sociais e tecnológicas (MENDES, 2020; NOLÊTO *et al.*, 2020).

A terminologia *velhice* denota o estado de *ser velho*, condição resultante do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos políticos, sociais e individuais diversificados. Na gerontologia, envelhecimento é um evento progressivo e multifatorial. Velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, mas heterogênea e vivenciada com maior ou menor QV (MENDES, 2020; DAWALIBI *et al.*, 2013).

Segundo Kalache (1987), houve no Brasil uma redução substancial na mortalidade da população jovem, sobretudo devido à melhoria no tratamento de doenças. Porém essa queda não foi acompanhada por maior acesso a melhores condições de nutrição, habitação e apoio socioeconômico como um todo. Quando as taxas de fertilidade diminuem, proporcionalmente, os grupos populacionais de mais idade aumentam em relação aos mais jovens; e, quando as taxas de fertilidade e de mortalidade se mantêm baixas, há uma progressiva elevação na proporção de adultos na população, incluindo, os mais idosos.

No século XX, houve um expressivo envelhecimento populacional em âmbito mundial, fato que também aconteceu no Brasil. Foi nesse século que houve um aumento no número de idosos, bem como da longevidade média. O fenômeno denominado *transição demográfica* pode ser responsabilizado pelas significativas alterações nas pirâmides etárias e que, se não chega a ser alarmante no Brasil, ao menos é apresentado como evento preocupante para os anos subsequentes (ALVES JUNIOR., 2009a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

As projeções revelam que o Brasil terá, em 2025, mais de 30 milhões de idosos, correspondendo a 14% da população total. Em 2030, a população idosa deve atingir 41,5 milhões. Em 2060, 73,5 milhões. Essa é uma consequência da rápida e contínua redução da fecundidade no país e da queda da mortalidade em todas as idades. Para os próximos dez anos, espera-se o incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. Os fatores demográficos que denotam a incidência do, cada vez maior, contingente idoso no país elucidam esse avanço registrado na área do saneamento e da saúde e, por outro lado, na redução dos índices de natalidade e de fecundidade nos últimos vinte anos (NOLÊTO *et al.*, 2020; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019; GOLDMAN, 2009).

Diante desse panorama de *transição demográfica*, faz-se necessário que seja realizado um diagnóstico realista da saúde dos idosos brasileiros, para que sejam elaboradas propostas coerentes de intervenção, que garantam acesso a condições de vida satisfatórias a essa população. O indivíduo pode ser definido como idoso pela sua faixa etária (cronologia) superior a 60 anos, pelas alterações fisiológicas e anatômicas que ocorrem em seu organismo (biologia), pelo seu comportamento e papel na sociedade (social) e pelas suas habilidades psicológicas (psicologia) (SCHNEIDER; IRIGARY, 2008). Em todas essas definições, no entanto, a experiência é individual e envolve não só a pessoa, mas também todo contexto histórico, cultural e social no qual está inserida.

Em sociedades como a brasileira, em que não há valorização do idoso, o envelhecimento tende a ser visto de forma negativa, relacionado ao declínio físico, psíquico e social. Um fato que comprova tal preconceito é a criação de diversos termos para substituir a palavra *velhice*, como terceira idade, maturidade, melhor idade,

dentre outros. Acredita-se que, com o envelhecimento populacional, esse estereótipo seja revisto (SCHNEIDER; IRIGARY, 2008).

Apesar do envelhecimento não ser um processo patológico por si, ele vem acompanhado de diversas mudanças fisiológicas, que culminam com o declínio de funções. Essas alterações são bem evidenciadas no sistema musculoesquelético, no qual ocorre perda de massa óssea, redução na viscosidade articular, com maior risco de dano à cartilagem e sarcopenia. Consequentemente, há menor força e coordenação motora, e o risco de acidentes é maior (JANSSEN; HEYMSFIELD; ROSS, 2002)

Bezerra, Almeida e Nóbrega-Therrien (2012), em uma revisão bibliográfica sobre os estudos que abordavam o tema *Envelhecimento*, constataram um aumento no número de artigos relacionados ao tema nos últimos anos, o que atribui não só ao aumento do número de idosos, mas também ao maior número de cursos de especialização na área, como a gerontologia. Dentre os temas mais abordados, o estado de saúde foi o mais frequente, sobretudo a prática de atividades físicas.

O efeito benéfico da prática de exercícios tem sido avaliado não só na prevenção de doenças, mas também como fator auxiliar no tratamento de depressão (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012). O aspecto também curativo é abordado por Mc Cardle, Katch e Katch, em 1996, ao argumentarem que um programa de exercícios físicos, voltados para a prevenção e reabilitação, será mais eficiente se for individualizado, devendo ser realizado pelo menos três vezes por semana, com duração de 20 a 40 minutos por sessão (ALVES JUNIOR, 2009b).

O ideal é a maior participação de idosos em programas de exercícios físicos voltados para componentes de boa condição física, em termos de alguns atributos, como *endurance* cardiorrespiratória, *endurance* muscular, força muscular, composição corporal, flexibilidade e saúde aparente. A prática de atividade física pode retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. É também considerada primordial para manter a mobilidade motora, sendo defendida pelo caráter profilático observado naqueles que praticam exercícios e esportes (ALVES JUNIOR, 2009b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL

DA SAÚDE, 2005). A prática de atividade física entre a população idosa, entre os mais variados benefícios, pode reduzir o uso de medicações bem como o risco de doenças e institucionalizações, além de contribuir para a conservação da independência funcional (DIAS *et al.*, 2019).

A partir da 4ª década de vida um decréscimo de 10% a 16% da massa muscular pode ocorrer, o mesmo também pode ocorrer com a massa óssea. Essa perda associada as também comuns alterações tendinosas, nos tecidos cartilagosos bem como alterações ligamentares, levam a rigidez articular, desequilíbrio muscular e dor. A força muscular também pode ser reduzida em 15% por década, após os 40 anos. Como consequência dessas alterações temos diminuição da coordenação motora e da capacidade de realizar AVDs comprometendo a QV dessa população (ARAÚJO; BERTOLINI; MARTINS JUNIOR, 2014).

Entretanto, de acordo com Araújo, Bertolini e Martins Junior (2014), a prática regular de atividade física e uma alimentação balanceada podem ajudar na manutenção do tecido muscular e ósseo a fim de reduzir essas perdas fisiológicas e contribuindo para a manutenção da saúde física dos idosos.

Corroboram Oliveira *et al.* (2020) que, ao considerarem os fatores etiológicos da perda progressiva de força e massa muscular esquelética, em recente revisão sistemática e metanálise, reafirmam que a prática regular de atividade física pode influenciar na melhora da força física, volume muscular e aptidão física; e que o sedentarismo, pode agravar a sarcopenia, essa predispõe ao desequilíbrio muscular, a rigidez e a dor além de expor as articulações tornando-as mais vulneráveis.

A Sociedade Brasileira de Medicina Esportiva e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia apontam que um programa de exercícios físicos diários, com duração de 30 a 90 min, que compreenda fortalecimento, aeróbica, flexibilidade e equilíbrio consegue evitar incapacidades. Além disso, dados seus efeitos benéficos no organismo, atua na prevenção de diversas doenças, aprimorando a qualidade e a expectativa de vida do idoso (NOBREGA *et al.*, 1999).

Outras alterações também acontecem no envelhecimento, como diminuição da

excitabilidade vestibular, diminuição da percepção visual e diminuição da propriocepção. Cerca de 65% dos indivíduos com mais de 60 anos frequentemente sentem alguma sensação de tontura ou perda de equilíbrio. Tais questões são pertinentes à avaliação da QV, pois o equilíbrio e a mobilidade funcional são fatores importantes relacionados à execução de atividades de vida diária e à propensão a quedas (ALFIERI *et al.*, 2015).

#### 4.2 LESÃO DEGENERATIVA DE OMBRO E O IDOSO

As lesões do ombro podem acometer significativa parcela da população e representa um alto custo social e ocupacional. A lesão degenerativa do ombro é motivo frequente de consulta e pode causar significativas limitações à mobilidade funcional dos membros superiores. Sua incidência está em franco aumento, e o mapeamento das áreas de maior incidência é o primeiro passo na elaboração das políticas de prevenção (MALHEIRO *et al.*, 2020; MONRAD *et al.*, 2018). Um aumento significativo no número de casos foi observado entre os anos de 1996 e 2013, e foi mais comumente constatado na população rural, provavelmente associado ao tipo de trabalho (MONRAD *et al.*, 2018).

A prevalência de dor no ombro na população adulta é relativamente comum, sendo reportada em até 67% na população geral. Padrões do humor, sono e capacidade de concentração também podem ser alterados em decorrência da dor e disfunção do ombro comprometendo a QV. A principal causa de dor no ombro são as alterações degenerativas do manguito rotador, as quais causam considerável desconforto e perda funcional, sendo necessária intervenção cirúrgica muitas vezes. A causa da dor nessas lesões degenerativas ainda não está bem elucidada (VINCENT; LEBOEUF-YDE; GAGEY, 2017; PAGLIOTO, 2017).

Há também ocorrência das lesões do manguito rotador assintomática, entretanto essas lesões tendem estar associadas à ocorrência de dor e à disfunção progressiva. Sua prevalência aumenta com a idade, podendo estar presente em 4% dos indivíduos com até 40 anos e em até 54% daqueles com idade superior a 60 anos (CLEMENT; NIE; MCBIRNIE, 2012).

Teorias reforçam que a dor decorrente da doença degenerativa do ombro é multifatorial. Causas orgânicas semelhantes podem levar a diferentes níveis de disfunção, em associação e ou potencializadas por ansiedade, depressão e privação de sono (MAESTRONI *et al.*, 2019). A ansiedade e a depressão podem frequentemente estar presentes nos pacientes com dor crônica, resultando na queda do desempenho laboral e das demais AVDs, o que contribui ainda mais para a queda da QV desses indivíduos (TROCOLI; BOTELHO, 2016).

A dor crônica é um problema de saúde pública que acarreta prejuízos pessoais e sociais. Entende-se por dor como uma experiência desagradável de ordem sensorial e emocional como manifestação de lesões teciduais reais ou potenciais. Apresenta como regra caráter subjetivo, podendo ter sua percepção variada em cada indivíduo, a partir dos diferentes contextos biopsicossociais. Sintomas como alterações do apetite e da libido, mudanças nos padrões de sono, irritabilidade, alterações de energia, redução da capacidade de concentração e mudança de padrões sociais são comumente encontradas nos indivíduos com dor crônica (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

A permanência de dor não oncológica por 6 meses ou mais, de acordo com a *International Association for Study Pain (IASP)*, é um dos critérios diagnósticos para a dor crônica e é considerada como um grave problema de saúde pública pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006). Quanto a dor no ombro, sua persistência por 6 meses ou mais, quando não responde a tratamentos convencionais, como medicamentos, fisioterapia, reabilitação e infiltrações locais, é também considerada dor crônica não oncológica e sua prevalência, um sério problema de saúde pública com repercussões médicas, sociais e econômicas (MALHEIRO *et al.*, 2020).

Diversos fatores de risco foram associados às doenças degenerativas do ombro. A idade ainda figura como o principal deles, além de outros como tabagismo, hipercolesterolemia e história familiar. Cada um desses fatores pode ter uma influência adicional, porém a idade ainda participa como principal desenvolvedor da doença na história natural (TASHJIAN, 2012).

Com o envelhecimento da população, há também uma preocupação com o aumento da demanda dos serviços de saúde e o seu fardo financeiro. Estima-se que, em termos gerais, o aumento da demanda é de 1,2% por ano, gerando um déficit de 2,5 bilhões de dólares por ano. Nos últimos 15 anos, o aumento do número de cirurgias para tratamento de doenças degenerativas do ombro foi significativo (NARVANI *et al.*, 2019).

O crescimento da população de idosos resulta em diversos problemas de ordem social, política e econômica. Essa mudança no perfil demográfico demanda políticas públicas e programas sociais que abordem essa questão (WILLIG; LENART; MÉIER, 2012). Para a pessoa idosa, as políticas públicas vêm sendo tema para discussão, em nível global, com o intuito de proporcionar uma condição social ao idoso com dignidade e justiça (GRECHI, 2019).

Os direitos básicos de saúde, educação, habitação, alimentação, entre outros devem ser deliberadas por políticas sociais pelo estado. Cabe aqui elucidar que políticas sociais são resultantes debates e expressões de classes no âmbito estatal, civil e acadêmico. (PONTES, 2019).

Willig, Lenart e Méier (2012) descreveram a trajetória das políticas públicas em relação à saúde do idoso no Brasil. A preocupação da atenção pública com os idosos iniciou-se tardiamente, em 1975, com a criação em o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que tomou para a pasta a responsabilidade das questões relacionadas à saúde, à renda, e à prevenção do asilamento. Em 1982, em Viena, durante a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, foi proposta a adoção do conceito de envelhecimento saudável. Tal conceito foi incorporado como política no Brasil somente em 1988, durante a constituinte.

Com a crescente demanda, outros programas relacionados surgiram, como a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei n.º 8.842 estabelecida em 1994; a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), anunciada em 1999, a qual foi um importante dispositivo para o reconhecimento dos direitos sociais já preconizados na PNI, que somente alcançou seus objetivos, com sua adequação, reformulação e promulgação em 2006; e o Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, destinado a regular os direitos

dos idosos; todos focados na população acima de 60 anos (WILLIG; LENART; MÉIER, 2012), com o objetivo de “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 1).

A Constituição Federal de 1988 criou uma política específica para a população idosa<sup>1</sup> no intuito de viabilizar a inclusão e o acesso aos direitos sociais desse público. Entretanto, as políticas públicas voltadas para o idoso implicam no aumento dos gastos públicos, em especial, nas áreas de saúde e previdência, já que o avançar da idade traz questões patológicas inerentes a idade e demandas previdenciárias tem forte impacto na economia do país (PONTES, 2019).

Para a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (SDH) “Uma das conquistas mais atenuantes no âmbito cultural de um povo, em seu processo de humanização, é o envelhecimento de sua população” (PONTES, 2019, p. 185). Entende-se que essa tendência é resultado da melhoria das condições e consequente aumento da expectativa de vida. Porém, essa mudança no padrão demográfico, acompanha-se de grandes desafios às políticas públicas, já que há também mudanças nas políticas de saúde, educação, previdência e assistência social (PONTES, 2019).

O estudo realizado por Cupertino, Rosa e Ribeiro (2017) objetivou examinar a definição de envelhecimento saudável em uma amostra envolvendo 501 idosos da comunidade, visando identificar as multidimensões percebidas pelos mesmos. A perspectiva era encontrar três indicadores de envelhecimento saudável entre os idosos, são eles: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais,

---

<sup>1</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição;

[...]

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida. O estudo identificou 29 categorias. As mais citadas foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação/ exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%). Confirmaram-se os pressupostos de heterogeneidades e multidimensionalidade atribuídos ao envelhecimento, ao ser observada a variabilidade nas definições dos idosos bem como a importância da promoção da saúde no envelhecimento, [...] com destaque para a participação e integração, dignidade, auto-realização, autonomia, ambientes seguros e proteção e suporte nas situações de doença e incapacidade, em contexto familiar e comunitário.” (PINTO; FERNADES; BOTELHO, 2007, p. 49, grifo do autor). além da inserção de atividades físicas, questões fundamentais para minimizar os impactos biológicos do envelhecimento e a consequente melhora da QV.

#### 4.3 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

O filósofo alemão Hans-Magnus Enzensberger considerava que o tempo, o espaço, a atenção, o sossego, o meio ambiente e a segurança eram condições basilares para a QV. Contudo, o conceito de QV é pouco consensual devido a sua multidimensionalidade e subjetividade (MENDES, 2020). Para a Organização Mundial da Saúde, QV é a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, considerando suas metas, expectativas, preocupações e padrões (MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019). No entendimento de Mendes (2020, p. 135):

A qualidade de vida [...] é uma área do conhecimento ainda em processo de definição, um universo de conhecimento que se expressa de forma multidisciplinar envolvendo a ciência, o conhecimento popular e as inúmeras percepções e experiências subjetivas do indivíduo sobre a vida. Perante tais controvérsias, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade da qualidade de vida são aceitos pela grande maioria dos investigadores.

Decerto que, por ser um conceito subjetivo e polissêmico, a QV é uma percepção humana que traduz o grau de satisfação identificado nas diferentes frentes da vida como questões familiares, amorosa, social, ambiental e na própria experiência previa de cada indivíduo. Varia individualmente pela capacidade de sintetizar os elementos culturais bem como os conceitos pessoais de padrão de bem-estar e conforto

(MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019; DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014). Para Dawalibi *et al.* (2013), QV está associada à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores éticos, culturais e religiosidade, estilo de vida diária e o ambiente em que se vive.

Encarar novos desafios e sentir-se com mais disposição para delinear novos rumos e vivenciar novas experiências, é possível para os indivíduos que têm a consciência e compreensão do próprio processo de envelhecimento, aqueles com capacidade de se autoatualizarem. Experiências subjetivas individuais a respeito da vida, conhecimento popular e científico, definem a QV (MENDES, 2020).

No caso dos idosos, a avaliação da QV depende da preservação do *self* e da manutenção do objetivo no curso de vida. Valores pessoais, independência, autonomia, atividades diárias, preservação da saúde, relações sociais, viver em casa e ser adaptável a mudanças envolve a experiência e percepção de QV (DAWALIBI *et al.*, 2013). Para o envelhecimento, a QV é complexa e desafiante e varia em conformidade com a cultura e a autopercepção da mesma (MENDES, 2020).

Ainda são escassos os estudos envolvendo a aparente contradição entre velhice e bem-estar, bem como sua relação com a dor crônica (CUNHA; MAYRINK, 2011). O processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, ou seja, os sistemas orgânicos envelhecem em ritmos diferenciados e diversificados, as alterações fisiológicas não comprometem a QV se percebidas como parte do processo do envelhecimento. Considerando que a QV da pessoa idosa é uma condição multifatorial e com influências subjetivas, surge a necessidade de o indivíduo compreender e aceitar o processo de envelhecimento como algo natural e que não ocorre rapidamente (MENDES, 2020; MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019).

#### 4.4 ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

O termo QV, abordado no capítulo anterior, ainda em processo de conceituação, pode

ser definido como a percepção de bem-estar de uma pessoa, e é resultado da autoavaliação quantitativa e subjetiva das realizações que considera importante para uma boa vida e seu grau de contentamento com essas realizações. Acrescenta-se para o idoso, sua capacidade e disposição para manter a autonomia e a independência bem como controle das possíveis doenças crônicas, questões determinantes para a QV (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Para o envelhecimento seguir com bem-estar físico e psíquico, a autonomia e a independência são de extrema relevância. Autonomia é a habilidade de lidar, controlar e tomar decisões pessoais, seguir suas próprias regras e preferências; é a capacidade de comandar suas próprias ações; já a independência, é a capacidade tomar ações pelos próprios meios. A execução das Atividades Básicas de AVDs, ligada ao autocuidado e à participação social, são preditivos para a independência. As AVDs abrangem as atividades como banhar-se, alimentar-se, vestir-se, mobilizar-se, ir ao banheiro, controlar suas necessidades fisiológicas e deambular (SÁ; SANTOS; NOLÊTO, 2020; SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016).

Explicam Nunes *et al.* (2018, p. 2) que:

A capacidade funcional ou funcionalidade pode ser definida como um conjunto de competências comportamentais relacionadas à administração e ao manejo da vida diária e envolve a integridade física, o status cognitivo, as atitudes em relação a si mesmo, o estado emocional e o funcionamento da vida cotidiana, no exercício de atividades e papéis sociais.

Comprometimentos na independência também pode predispor a quedas, sendo esta um importante fator para morte. Por isso, a manutenção da independência funcional do idoso tem também grande relevância, para o envelhecimento ativo e diminuição da mortalidade (SÁ; SANTOS; NOLÊTO, 2020).

Na avaliação da capacidade funcional, têm-se as necessidades biopsicossociais, que são aquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e do autocuidado, cognominadas Atividades de Vida Diária (AVD), que podem ser: básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) ou avançadas (AAVD), como ilustra o Quadro 1.

Quadro 1 - Atividades de vida diária

ABVD	Tarefas relacionadas ao autocuidado, como tomar banho sozinho, vestir-se sem ajuda, usar o banheiro, deitar-se e sair da cama sozinho (transferência), controle de esfíncter (urina e fezes) e alimentar-se sozinho.
AIVD	Tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas, como o preparo das refeições, controle do dinheiro e do pagamento de contas, tomar os remédios na dose e horário correto, lavar e passar a roupa, uso do telefone, arrumar a casa e fazer pequenos trabalhos domésticos, fazer compras e sair de casa sozinho para lugares distantes.
AAVD	Atividades mais complexas, relacionadas à integração social, como as atividades produtivas, recreativas e de participação social.

Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019, p. 13).

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AAVD: atividades avançadas de vida diária. Essa capacidade funcional da pessoa idosa para realização das AVDs está relacionada à sua autonomia e à sua independência – conceitos complementares, mas associados a domínios funcionais diferentes.

A capacidade funcional da pessoa idosa para realização das AVDs está relacionada à sua autonomia e à sua independência<sup>2</sup> e é fundamental para o bem-estar do indivíduo. Como parte integrante da natureza humana a autonomia, quando deteriorada, afeta negativamente o indivíduo nos âmbitos físico, social e psicológico (CAMACHO *et al.*, 2015), e depende da cognição e do humor/comportamento, enquanto a independência depende da mobilidade e da comunicação, como ilustrado no Quadro 2.

<sup>2</sup> Conceitos complementares, mas que estão relacionados a domínios funcionais diferentes.

Quadro 2 - Domínios funcionais na avaliação do idoso

Autonomia	Capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções. Depende dos domínios funcionais da cognição e humor/comportamento.	
	Cognição	Capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano. As principais alterações da cognição são as síndromes demenciais, como a demência de Alzheimer
	Humor/comportamento	Motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento, definido como a expressão individual diante da interpretação da realidade. É a manifestação do pensamento, que é a capacidade de elaborar conceitos (características essenciais dos objetos e fenômenos da natureza), juízos (estabelecer relações entre os objetos) e raciocínio (estabelecer relação entre os juízos). A principal alteração do humor é a depressão, enquanto o comportamento é profundamente afetado pela esquizofrenia e pelas demais síndromes psicóticas
Independência	Capacidade de executar a decisão com os próprios meios. Depende dos domínios funcionais da mobilidade e comunicação.	
	Mobilidade	Capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbia e muscular (transporte e captação de oxigênio pelos músculos), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfinteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois sua ausência (incontinência esfinteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo
	Comunicação	Capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esse último é representado pela voz, pela fala e pela mastigação/deglutição.

Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019, p. 13).

O comprometimento desses domínios funcionais impede o indivíduo de gerir sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade, interferindo diretamente no desempenho das AVDs (MASSON; DALLACOSTA, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2017).

## 5 RESULTADOS

Os resultados apresentados nas tabelas a seguir referem-se às características demográficas dos participantes, às lesões de ombro, à autoavaliação de QV, às facetas dos domínios físico, psicológico, social, ambiental na aplicação do WHOQOL-Bref e à avaliação funcional com a aplicação da SPADI-Brasil.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 46 pacientes idosos, o sexo feminino representou 69,56% da amostra, enquanto o masculino, 30,43%. A idade de maior prevalência foi entre 60 e 65 anos com 47,82%, seguida das idades compreendidas entre 66 e 70 anos com 30,43%; 71 a 75 anos totalizaram 19,56%; e 2,17%, as idades de 76 a 80.

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes, ES, Brasil (n=46)

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Masculino	14	30,43
Feminino	32	69,56
Idade		
60-65	22	47,82
66-70	14	30,43
71-75	9	19,56
76-80	1	2,17

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

### 5.2 CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES DEGENERATIVAS DE OMBRO DOS PARTICIPANTES

Dentre as lesões degenerativas do ombro, podem-se considerar a lesão degenerativa dos tendões do manguito rotador (Lesão do MR), o desgaste idiopático da articulação glenoumeral (Artrose Primária do ombro) e a artropatia do manguito rotador, sendo esta o desgaste glenoumeral decorrente da lesão crônica do manguito rotador.

Acordando com os dados expostos na tabela 2, todos os pacientes incluídos no estudo eram portadores de lesão do manguito rotador sendo 4,34% deles com artrose em decorrência dessa. Não foi observado, na amostra estudada, a ocorrência de artrose primária do ombro. Para o lado, foi observado a maior prevalência no lado direito (73,91), já para os tendões acometidos houve majoritária ocorrência das lesões no tendão supraespinhoso, em associação ou não com os demais tendões, totalizando 95,65%. A lesão do tendão subescapular vem em seguida com 30,43% em associação com os demais tendões ou isoladamente. Já quanto à lesão do tendão infraespinhoso, não foi observada sua ocorrência isoladamente, sendo sua incidência na amostra de 26%

Tabela 2 - Características das lesões degenerativas de ombro dos participantes, ES, Brasil (n=46)

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Lado acometido</b>		
Direito	34	73,91
Esquerdo	12	26,08
<b>Lesão Degenerativa</b>		
Artrose Primária	0	0
Lesão do MR	44	95,65
Artropatia do MR	2	4,34
<b>Tendões Acometidos</b>		
Nenhum	0	0
Supraespinhoso isolado	23	50
Infraespinhoso isolado	0	0
Subescapular isolado	2	4,34
Supra e Infraespinhoso	9	19,56
Supra e subescapular	9	19,56
Supra, Infra e Subescapular	3	6,52

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

### 5.3 AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WOHQOL-BREF) DOS PARTICIPANTES

A autoavaliação da QV é utilizada como um significativo preditor de funcionalidade e morbimortalidade em idosos.

Em relação à pergunta *Como você avalia a sua QV?* 47,82% dos participantes avaliam como boa; 39,13% avaliam como *nem ruim nem boa*; 10,86% consideram *muito boa*; 2,17%, *ruim*; e nenhum respondeu *muito ruim*.

Para a segunda pergunta *Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?* as respostas obtidas foram: 47,82% responderam que estão *satisfeitos*; 26,08%, *insatisfeitos*; 21,73%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 4,34%, *muito satisfeitos*; e nenhum está *muito insatisfeito*.

Entre os 46 participantes da pesquisa, a média de autoavaliação da QV foi de 63,11%, ou seja, uma perda de 36,89% do que poderia ser considerado máxima qualidade de vida, e a mediana, de 63,3%, sendo a mínima pontuação 36,57%, e a máxima 84,71%.

Tabela 3 - Autoavaliação da qualidade de vida (WOHQOL-Bref) dos participantes, ES, Brasil (=46)

AUTOAVALIAÇÃO	Nº	%
Como avaliaria sua QV?		
1	0	0
2	1	2,17
3	18	39,13
4	22	47,82
5	5	10,86
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?		
1	0	0
2	12	26,08
3	10	21,73
4	22	47,82
5	2	4,34

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

#### 5.4 AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO FÍSICO CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES

Na Tabela 4, avaliam-se as facetas do domínio físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

Quanto à pergunta 3, *Em que média você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?* as respostas obtidas foram: 32,6% responderam *bastante*; 30,43%, *muito pouco*; 19,56%, *mais ou menos*; 8,69%, *extremamente*; e 8,69% consideraram *nada* como resposta.

Quanto à pergunta 4, *O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?* as respostas obtidas foram: 43,47% responderam *bastante*; 26,08%, *mais ou menos*; 17,39%, *muito pouco*; 13,04%, *extremamente*; e nenhum considerou *nada* como resposta.

Para a pergunta 10, *Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?* as respostas obtidas foram: 39,13%, responderam que estão *muito*; 26,08% estão *médio*; 23,91% consideram *muito pouco* como resposta; 10,86% *completamente*; e nenhum paciente respondeu *nada*.

Para a pergunta de número 15, *Quão bem você é capaz de se locomover?* 32,6% responderam *bom*; 32,6% consideram *muito bom* como resposta; 17,39% responderam *nem ruim nem bom*; 10,86%, *ruim*; e 6,53%, *muito ruim*.

Com relação à pergunta 16, *quão satisfeito(a) você está com seu sono?* 30,43% disseram-se *insatisfeitos*; 30,43% *estão satisfeitos*; 19,56% consideram-se *muito satisfeitos*; 13,04% responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*; e 6,52%, *muito insatisfeito*.

Para a pergunta 17, *Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?* 41,3% responderam que estão *satisfeitos*; 26,08%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 17,39%, *insatisfeitos*; 10,86% consideram-se *muito satisfeitos*; e 4,34%, *muito insatisfeitos*.

A pergunta 18, *Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?* 41,3% *estão satisfeitos*; 32,6%, *insatisfeitos*; 21,73% responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*; 4,34% consideram-se *muito satisfeitos*; e nenhum paciente está *muito insatisfeito*.

Portanto, para o Domínio Físico, entre a amostra estudada, a média foi de 54,89%, ou seja, uma perda de 45,11% do que poderia ser considerado ausência de dor ou desconforto, de normalidade com relação à energia/fadiga, ao sono/repouso, à capacidade de trabalho, à mobilidade e às atividades da vida cotidiana, além da não dependência de medicação ou tratamentos; e a mediana, de 57,14%, sendo a mínima pontuação 17,85%, e a máxima, 85,71%.

Tabela 4 - Facetas 3,4,10,15,16,17 e 18 relacionadas ao domínio físico (WOHQOL-Bref) ES, Brasil (n=46)

(Continua)

DOMÍNIO FÍSICO	Nº	%
Em que média você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		
1	4	8,69
2	14	30,43
3	9	19,56
4	15	32,6
5	4	8,69
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		
1	0	0
2	8	17,39
3	12	26,08
4	20	43,47
5	6	13,04
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?		
1	0	0
2	11	23,91
3	12	26,08
4	18	39,13
5	5	10,86
Quão bem você é capaz de se locomover?		
1	3	6,52
2	5	10,86
3	8	17,39
4	15	32,6
5	15	32,6
Quão satisfeito (a) você está com seu sono?		
1	3	6,52
2	14	30,43
3	6	13,04
4	14	30,43
5	9	19,56

Tabela 4 - Facetas 3,4,10,15,16,17 e 18 relacionadas ao domínio físico (WOHQOL-Bref) ES, Brasil (n=46)

DOMÍNIO FÍSICO	Nº	(Conclusão)
		%
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		
1	2	4,34
2	8	17,39
3	12	26,08
4	19	41,3
5	5	10,86
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?		
1	0	0
2	15	32,6
3	10	21,73
4	19	41,3
5	2	4,34

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.5 AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO PSICOLÓGICO CONFORME O WO HQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES

As facetas relacionadas ao domínio psicológico são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais.

À pergunta 5, *O quanto você aproveita a vida?* as respostas obtidas foram: 36,95% responderam *mais ou menos*; 30,43%, *bastante*; 28,26%, *muito pouco*; 4,34%, *extremamente*; e nenhum considerou *nada* como resposta.

À pergunta 6, *Em que medida você acha que sua vida tem sentido?* as respostas obtidas foram: 47,82% responderam *extremamente*; 39,13%, *bastante*; 8,69%, *mais ou menos*; 4,34%, *muito pouco*; e nenhum paciente considerou *nada* como resposta.

Para a pergunta 7, *O quanto você consegue se concentrar?* as respostas obtidas foram: 36,95% responderam *mais ou menos*; 32,6%, *bastante*; 15,21%, *extremamente*; 10,86%, *muito pouco*; e 4,34%, *nada*.

Referente à pergunta de número 11, *Você é capaz de aceitar sua aparência física?* 19,56% responderam *médio*; 52,17%,  *muito*; 4,34%,  *muito pouco*; 21,73%,  *completamente*; e 2,17%,  *nada*.

Com relação à pergunta 19, *Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?* 60,86%, responderam que  *estão satisfeitos*; 19,56%,  *muito satisfeitos*; 15,21%,  *insatisfeitos*; 4,34% responderam  *nem satisfeito nem insatisfeito*; e nenhum está  *muito insatisfeito*.

Para a pergunta 26, *Com que frequência você tem pensamentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?* 47,82% responderam  *nunca*; 28,26%,  *algumas vezes*; 10,86%,  *muito frequentemente*; 8,69% responderam  *frequentemente*; 4,34% consideraram  *sempre* como resposta.

Quanto ao Domínio Psicológico, entre a amostra estudada, a média foi de 69,2%, ou seja, uma perda de 30,8% do que poderia ser considerado ausência de sentimentos negativos, normalidade das capacidades de pensar, aprender e se concentrar, satisfação com autoestima, imagem corporal e aparência, abrangendo também espiritualidade, religião e crenças, e a mediana de 70,83%, sendo a mínima pontuação 29,16%, e a máxima, 95,83%.

Tabela 5 - Facetas 5,6,7,11,19 e 26 relacionadas ao domínio psicológico (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46)

(Continua)		
DOMÍNIO PSICOLÓGICO	Nº	%
O quanto você aproveita a vida?		
1	0	0
2	13	28,26
3	17	36,95
4	14	30,43
5	2	4,34
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?		
1	0	0
2	2	4,34
3	4	8,69
4	18	39,13
5	22	47,82

Tabela 5 - Facetas 5,6,7,11,19 e 26 relacionadas ao domínio psicológico (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46)

DOMÍNIO PSICOLÓGICO		Nº	(Conclusão) %
O quanto você consegue se concentrar?			
1	2	4,34	
2	5	10,86	
3	17	36,95	
4	15	32,6	
5	7	15,21	
Você é capaz de aceitar sua aparência física?			
1	1	2,17	
2	2	4,34	
3	9	19,56	
4	24	52,17	
5	10	21,73	
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?			
1	0	0	
2	7	15,21	
3	2	4,34	
4	28	60,86	
5	9	19,56	
Com que frequência você tem pensamentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			
1	22	47,82	
2	13	28,26	
3	4	8,69	
4	5	10,86	
5	2	4,34	

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.6 AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES

As facetas relacionadas ao domínio das relações sociais são: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

À pergunta 20, *Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?* as respostas obtidas foram: 47,82% responderam *satisfeito*; 34,78%, *muito satisfeito*; 10,86%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 4,34% consideraram *muito insatisfeito* como resposta; 2,17%, *insatisfeito*.

Quanto à pergunta 21, *Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?* as respostas obtidas foram: 52,17% responderam *satisfeito*; 21,73%, *muito insatisfeito*; 13,04%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 8,69%, *insatisfeito*; 4,34%, *muito satisfeito*.

Para a pergunta 22, *Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?* as respostas obtidas foram: 39,13% responderam *satisfeito*; 34,78%, *muito satisfeito*; 10,86%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 10,86%, *insatisfeito*; e 4,34% consideraram *muito insatisfeito* como resposta.

Então, em relação ao Domínio Relações Sociais, entre os 46 pacientes, a média foi de 67,02%, ou seja, uma perda de 32,98% do que poderia ser considerado ideal (boas relações pessoais, suporte/apoio social e vida sexual ativa), e a mediana de 70,83%, sendo a mínima pontuação nula, e a máxima, 91,66%.

Tabela 6 - Facetas 20, 21 e 22 relacionadas ao domínio das relações sociais (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46)

RELAÇÕES SOCIAIS		Nº	%
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?			
1		2	4,34
2		1	2,17
3		5	10,86
4		22	47,82
5		16	34,78
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?			
1		10	21,73
2		4	8,69
3		6	13,04
4		24	52,17
5		2	4,34
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?			
1		2	4,34
2		5	10,86
3		5	10,86
4		18	39,13
5		16	34,78

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.7 AVALIAÇÃO DAS FACETAS DE DOMÍNIO MEIO AMBIENTE CONFORME O WOHQOL-BREF ENTRE OS PARTICIPANTES

As facetas do domínio meio ambiente são: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais.

À pergunta 8, *O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?* as respostas obtidas foram: 34,78% responderam *bastante*; 28,26%, *mais ou menos*; 21,73%, *extremamente*; 13,04%, *muito pouco*; e 2,17% consideraram *nada* como resposta.

À pergunta 9, *Quão saudável é o seu ambiente físico?* as respostas obtidas foram: 41,3% responderam *extremamente*; 30,43%, *bastante*; 13,04%, *mais ou menos*; 13,04%, *muito pouco*; e 2,17% consideraram *nada* como resposta.

Para a pergunta 12, *Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?* as respostas obtidas foram: 39,13% responderam *médio*; 19,56%, *muito*; 36,95%, *muito pouco* como resposta; 2,17%, *completamente*; e 2,17%, *nada*.

Para a pergunta de número 13, *Quão disponível para você estão as informações de que precisa no seu dia a dia?* 26,08% responderam *médio*; 32,6%, *muito*; 19,56%, *completamente* como resposta; 15,21%, *muito pouco*; e 6,52%, *nada*.

Com relação à pergunta 14, *Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?* 34,78% responderam *muito pouco*; 23,91%, *médio*; 21,73%, *muito*; 6,52%, *completamente* como resposta; e 13,04%, *nada*.

Para a pergunta 23, *Quão satisfeito(a) você está com as condições do lugar onde mora?* 52,17% responderam que estão *satisfeitos*; 30,43% consideram-se “*muito satisfeitos*”; 8,69%, *insatisfeitos*; 6,53% responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*; e 2,17%, *muito insatisfeito*.

À pergunta 24, *Quão satisfeito (a) você está com seu acesso a serviços de saúde?* 52,17% responderam que estão *satisfeitos*; 23,91%, *nem satisfeito nem insatisfeito*;

13,04%, *insatisfeitos*; 8,69%, *muito insatisfeito*; e 2,17% consideram-se *muito satisfeitos*.

Para a pergunta 25, *Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?* 63,04% responderam que estão *satisfeitos*; 17,39%, *nem satisfeito nem insatisfeito*; 13,04% consideram-se “muito satisfeitos”; 4,34%, *insatisfeitos*; e 2,17%, *muito insatisfeitos*.

Em relação ao Domínio Meio Ambiente da amostra estudada, a média foi de 61,34%, ou seja, uma perda de 38,66% do que poderia ser considerado ideal no que se refere à segurança física e proteção, ao ambiente no lar, aos recursos financeiros, aos cuidados de saúde e sociais, e a mediana de 62,5%, sendo a mínima pontuação 25%, e a máxima, 87,5%.

Tabela 7 - Facetas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, e 25 relacionadas ao domínio meio ambiente (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46)

(Continua)

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	Nº	%
O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?		
1	1	2,17
2	6	13,04
3	13	28,26
4	16	34,78
5	10	21,73
Quão saudável é o seu ambiente físico?		
1	1	2,17
2	6	13,04
3	6	13,04
4	14	30,43
5	19	41,30
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		
1	1	2,17
2	17	36,95
3	18	39,13
4	9	19,56
5	1	2,17
Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?		
1	3	6,52
2	7	15,21
3	12	26,08
4	15	32,6
5	9	19,56
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		
1	6	13,04
2	16	34,78
3	11	23,91
4	10	21,73
5	3	6,5

Tabela 7 – Facetas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, e 25 relacionadas ao domínio meio ambiente (WOHQOL-Bref), ES, Brasil (n=46)

(Conclusão)

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	Nº	%
Quão satisfeito (a) você está com as condições do lugar onde mora?		
1	1	2,17
2	4	8,69
3	3	6,52
4	24	52,17
5	14	30,43
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso a serviços de saúde?		
1	4	8,69
2	6	13,04
3	11	23,91
4	24	52,17
5	1	2,17
Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?		
1	1	2,17
2	2	4,34
3	8	17,39
4	29	63,04
5	6	13,04

Fonte: Elaborada pelo autor (20121).

## 5.8 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO SEGUNDO A ESCALA SPADI

Entre os participantes entrevistados, a média de déficit funcional foi de 59,75%, e a mediana, de 61,25%, sendo a mínima pontuação 23,75%, e a máxima, 87,5%. Para a Escala de Dor, observou-se média de 71,13%, e mediana de 74%, sendo a mínima pontuação 22%, e a máxima, 94%. Para o SPADI-Brasil, a média dos entrevistados foi 64,13%, e a mediana, de 68,07%, sendo a mínima pontuação 33,07%, e a máxima, 86,92%.

Na versão numérica, é um instrumento composto por 13 itens distribuídos no domínio de dor (cinco itens) e de função (oito itens), sendo cada item pontuado em uma EN de 0 a 10 pontos. A pontuação final do questionário e a obtida separadamente por cada domínio são convertidas em percentagem, com a maior pontuação indicando pior condição de disfunção do ombro.

Tabela 8 - Avaliação funcional do ombro segundo a escala SPALDI-Brasil, ES, Brasil (n=46)

(Continua)

Participante	Incapacidade (%)	Dor (%)	SPADI-Brasil
1	63,75	78	69,23
2	30	58	40,76
3	71,25	62	67,69
4	81,25	82	81,53
5	27,5	56	38,46
6	47,5	78	59,23
7	42,5	52	46,15
8	56,25	88	68,46
9	57,5	62	59,23
10	32,5	40	35,38
11	23,75	48	33,07
12	80	90	83,84
13	81,25	74	78,46
14	58,75	58	58,46
15	80	86	82,3
16	58,75	64	60,76
17	85	90	86,92
18	37,5	54	43,84
19	55	74	62,3
20	50	70	57,69
21	76,25	88	80,76
22	72,5	92	80
23	41,25	70	52,3
24	50	70	57,69
25	27,5	48	35,38
26	80	90	83,84
27	80	90	83,84
28	73,75	92	80,76
29	73,75	78	75,38
30	63,75	22	47,69
31	77,5	94	83,84
32	32,5	44	36,92
33	38,75	62	47,69
34	46,25	50	47,69
35	27,5	48	35,38
36	76,25	84	79,23
37	82,5	88	84,61

Tabela 8 - Avaliação funcional do ombro segundo a escala SPALDI-Brasil, ES, Brasil (n=46)

Participante	Incapacidade (%)	Dor (%)	(Conclusão)
			SPADI-Brasil
38	70	80	73,94
39	86,25	88	86,92
40	67,5	74	70
41	50	58	53,07
42	75	66	71,53
43	87,5	82	85,38
44	73,75	94	81,53
45	58,75	92	71,53
46	40	64	49,23

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

### 5.9 ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS: MÉDIA, MEDIANA, VALOR MÁXIMO, VALOR MÍNIMO, DESVIO PADRÃO E COEFICIENTE DE VARIAÇÃO

Todas as variáveis avaliadas seguem na tabela abaixo com média, mediana, valor mínimo, valor máximo, variância e desvio padrão.

Tabela 9 - Cálculos descritivos das variáveis, ES, Brasil (n=46)

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Variância	DP
Escala de Incapacidade (%)	46	59,755	61,250	23,750	87,500	372,82	19,309
Escala de Dor (%)	46	71,130	74,000	22,000	94,000	305,36	17,475
SPADI SCORE	46	64,130	68,077	33,077	86,923	303,52	17,422
Qualidade de Vida	46	63,117	63,300	36,570	84,710	152,31	12,341
DOM.FISICO	46	54,891	57,143	17,857	85,714	251,90	15,871
DOM.PSICO	46	69,203	70,833	29,167	95,833	243,42	15,602
DOM.SOCIAL	46	67,029	70,833	0,000	91,667	401,10	20,027
DOM.AMBIE NTE	46	61,345	62,500	25,000	87,500	191,13	13,825

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.10 RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS TIPOS DE LESÃO, QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A descrição dos cálculos de correlação estatística das variáveis tipo de lesão, QV e de avaliação funcional estão apresentadas na Tabela 10.

Não houve, com relação ao tipo de lesão degenerativa estudada (Lesão do MR ou Artropatia do MR), diferenças estatísticas significativas quando se avaliaram os índices de QV e de avaliação funcional do ombro ( $P=0,602$ ) para a amostra estudada. Nenhum dos valores de P para cada comparação de cada variável foi significativo, portanto, não há de se levar o T ao quadrado em consideração.

Tabela 10 - Relação estatística entre o tipo de lesão degenerativa, qualidade de vida e avaliação funcional, ES, Brasil

Variável	Média L. Manguito	Média Artropatia do MR	t-value	df	p	DP L. Mang uito	DP Artropatia do MR
Escala de Incapac. (%)	59,60	63,13	-0,250	44	0,804	19,66	11,49
Escala de Dor (%)	71,27	68,00	0,256	44	0,799	17,82	8,49
SPADI SCORE	64,09	65,00	-0,071	44	0,943	17,81	3,81
Qualidade de Vida	62,70	72,28	-1,076	44	0,288	12,28	13,78
DOM.FISICO	54,14	71,43	-1,529	44	0,133	15,80	5,05
DOM.PSICO	68,56	83,33	-1,320	44	0,194	15,55	11,79
DOM.SOCIAL	67,23	62,50	0,324	44	0,748	19,96	29,46
DOM.AMBIENTE	62,13	59,11	0,65	44	0,522	13,16	15,96

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.11 RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS TENDÕES ACOMETIDOS, QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A descrição dos cálculos de correlação estatística das variáveis inerentes aos tendões acometidos, QV e de avaliação funcional estudadas estão apresentadas na Tabela 11.

Não houve também, na amostra avaliada, diferenças estatísticas significativas ao se compararem os diferentes tendões acometidos pela doença degenerativa para todas as variáveis utilizadas ( $P=0,167$ ).

Tabela 11 - Tendões acometidos, Qualidade de Vida e Avaliação Funcional  
(Continua)

<b>Manova - Wilks Lambda= 0,46, F=1132, P= 0,167.</b>					
	Tendões	Média	Erro Padrão	LI IC 95%	LS IC 95%
Escala de Incapacidade	SS	65,11	3,88	57,28	72,94
	SS/SB	51,53	6,20	39,01	64,05
	SB/SS/IS	71,25	10,74	49,56	92,94
	SS/IS	54,58	6,20	42,06	67,11
	SB	41,25	13,15	14,69	67,81
Escala de Dor	SS	79,39	3,29	72,74	86,04
	SS/SB	61,78	5,26	51,15	72,41
	SB/SS/IS	72,67	9,12	54,25	91,08
	SS/IS	62,00	5,26	51,37	72,63
	SB	57,00	11,17	34,45	79,55
Spadi Score	SS	70,60	3,40	63,74	77,46
	SS/SB	55,47	5,43	44,51	66,43
	SB/SS/IS	71,79	9,40	52,81	90,78
	SS/IS	57,44	5,43	46,47	68,40
	SB	47,31	11,52	24,05	70,56
Qualidade de Vida	SS	62,62	2,59	57,39	67,86
	SS/SB	67,94	4,14	59,58	76,31
	SB/SS/IS	66,95	7,17	52,47	81,44
	SS/IS	57,78	4,14	49,42	66,15
	SB	65,31	8,79	47,57	83,05
Dom. Físico	SS	55,43	3,44	48,50	62,37
	SS/SB	57,54	5,49	46,45	68,63
	SB/SS/IS	53,57	9,51	34,36	72,78
	SS/IS	52,78	5,49	41,69	63,87
	SB	48,21	11,65	24,68	71,74
Dom. Psico	SS	68,30	3,09	62,05	74,54
	SS/SB	77,31	4,94	67,33	87,30
	SB/SS/IS	76,39	8,56	59,10	93,68
	SS/IS	58,80	4,94	48,81	68,78
	SB	79,17	10,49	57,99	100,34
Dom. Social	SS	65,22	4,28	56,57	73,87
	SS/SB	74,07	6,85	60,25	87,90
	SB/SS/IS	72,22	11,86	48,27	96,17
	SS/IS	62,96	6,85	49,14	76,79
	SB	66,67	14,52	37,34	96,00

Tabela 11. Tendões acometidos, Qualidade de Vida e Avaliação Funcional  
(Conclusão)

<b>Manova - Wilks Lambda= 0,46, F=1132, P= 0,167.</b>							
	Tendões	Média	Erro Padrão	LI 95%	IC 95%	LS 95%	IC 95%
Dom. Ambiente	SS	61,55	2,96	55,57	67,52		
	SS/SB	62,85	4,73	53,30	72,40		
	SB/SS/IS	65,63	8,19	49,08	82,17		
	SS/IS	56,60	4,73	47,05	66,15		
	SB	67,19	10,03	46,93	87,45		

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 5.12 RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE O LADO ACOMETIDO, A QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A descrição dos cálculos de correlação estatística das variáveis Lado Acometido, QV e de avaliação funcional das variáveis estudadas estão apresentadas na Tabela 12.

Não houve, após cruzamento estatístico entre o lado acometido e os índices estudados, diferenças estatísticas significativas, nem para qualquer domínio da avaliação funcional nem para QV ( $p=0,695$ ). Nenhum dos valores de P para cada comparação de cada variável foi significativo. Portanto, não há de se levar o T ao quadrado em consideração. Já o F (Fisher), razão entre variâncias entre grupos e dentro de grupos, demonstra também que não houve diferenças entre a variável Lado Acometido e os índices de QV e de avaliação funcional do ombro.

Tabela 12 - Lado acometido, Qualidade de Vida e Avaliação Funcional

VARIÁVEL	MÉDIA DIREITO	MÉDIA ESQUERDO	T- VALUE	DF	P	DP DIREITO	DP ESQUERDO
Escala de Incapacidade (%)	61,29	55,42	0,90	44	0,371	18,05	22,80
Escala de Dor (%)	72,53	67,17	0,91	44	0,367	17,38	17,88
SPADI SCORE	65,61	59,94	0,97	44	0,338	16,29	20,48
Qualidade de Vida	64,12	60,29	0,92	44	0,362	12,32	12,49
DOM.FISICO	55,36	53,57	0,33	44	0,742	16,76	13,62
DOM.PSICO	68,87	70,14	-0,24	44	0,812	16,39	13,74
DOM.SOCIAL	70,10	58,33	1,79	44	0,080	17,30	25,13
DOM.AMBIENTE	62,13	59,11	0,65	44	0,522	13,16	15,96

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

\* Hotelling  $T^2=6,588$   $F(8,37)=0,692$   $p=0,695$

### 5.13 DAS CORRELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE AS VARIÁVEIS

A matriz de correlação das variáveis quantitativas está representada na Tabela 13. Utilizando o coeficiente de correlação de Pearson para as diversas variáveis, estão assinaladas, na Tabela 13, aquelas correlações estatisticamente significativas. O coeficiente de correlação de Pearson varia de -1 a 1, sendo -1 o máximo de correlação negativa, +1 o máximo de correlação positiva, e 0, ausência de correlação. Observou-se, dentre as correlações estatisticamente significativas, correlação positiva para as escalas de incapacidade (EI), de dor (ED) e o SPADI-Brasil (S-B), entre si. Houve também, entre si, correlação positiva para os domínios físico (DF), psicológico (DP), social (DS), meio ambiente (DA) e a Qualidade de Vida (QV). Além da correlação negativa entre a Escala de Incapacidade (EI) e o Domínio Físico (DF).

Algumas correlações foram esperadas, como a relação entre EI, ED e S-B (uma vez que esse último é calculado a partir delas), bem como a relação negativa entre as EI e o DF. Porém, não houve correlações estatisticamente significativas entre a QV e as escalas de incapacidade e de dor.

Tabela 13 - Correlação estatística das variáveis quantitativas

Variável	EI	ED	S-B	QV	DF	DP	DS	DA
EI	1,000	0,734	0,965	-0,256	-0,300	-0,228	-0,160	-0,083
ED	0,734	1,000	0,886	-0,050	-0,148	-0,119	0,085	0,004
S-B	0,965	0,886	1,000	-0,194	-0,262	-0,201	-0,076	-0,055
QV	-0,256	-0,050	-0,194	1,000	0,779	0,779	0,706	0,775
DF	-0,300	-0,148	-0,262	0,779	1,000	0,578	0,277	0,579
DP	-0,228	-0,119	-0,201	0,779	0,578	1,000	0,338	0,501
DS	-0,160	0,085	-0,076	0,706	0,277	0,338	1,000	0,371
DA	-0,083	0,004	-0,055	0,775	0,579	0,501	0,371	1,000

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

\* Legenda: Escala de Incapacidade (EI); Escala de Dor (ED); Spadi-Brasil (S-B); Qualidade de Vida (QV); Domínio Físico (DF); Domínio Psicológico (DP); Domínio Social (DS) e Domínio Ambiente (DA).

## 6 DISCUSSÃO

Dentre os 46 participantes da pesquisa, o sexo feminino foi maioria, representando 69,56% da amostra. A idade de maior prevalência foi entre 60 e 65 anos (47,82%), seguida das idades compreendidas entre 66 e 70 anos (30,43%); 71 a 75 anos totalizaram 19,56%; e 2,17%, as idades de 76 a 80. Quanto às lesões, todos os pacientes da amostra apresentavam lesões do manguito rotador do ombro e repercussões delas. Houve majoritária ocorrência das lesões no tendão supraespinhoso, em associação ou não com os demais tendões, totalizando 95,65%. A lesão do tendão subescapular vem em seguida com 30,43% em associação com os demais tendões ou isoladamente. Já quanto à lesão do tendão infraespinhoso, não foi observada sua ocorrência isoladamente, sendo sua incidência na amostra de 26%.

Entre os 46 participantes da pesquisa, a média de autoavaliação da QV representou uma perda de 36,89% do que poderia ser considerado máxima QV. Para o Domínio Físico, a perda foi de 45,11% do que poderia ser considerado ausência de dor ou desconforto, normalidade com relação à energia/fadiga, ao sono/repouso, à capacidade de trabalho, à mobilidade e às atividades da vida cotidiana, além da não dependência de medicação ou tratamentos. Para o Domínio Psicológico, entre a amostra estudada, a média foi de 69,2%, ou seja, uma perda de 30,8% do que poderia ser considerado ausência de sentimentos negativos, normalidade das capacidades de pensar, aprender e se concentrar, satisfação com autoestima, imagem corporal e aparência, abordando também espiritualidade, religião e crenças. Com relação ao Domínio Relações Sociais, a perda de 32,98% do que poderia ser considerado ideal (boas relações pessoais, suporte/apoio social e vida sexual ativa). Para o Domínio Meio Ambiente, dentre a amostra, a média de perda foi de 38,66% do que poderia ser considerado ideal no que se refere à segurança física e à proteção, ao ambiente no lar, aos recursos financeiros, aos cuidados de saúde e sociais.

Quanto à avaliação funcional (SPADI-Brasil), a média de déficit funcional foi de 64,13%, sendo a mínima pontuação 33,07%, e a máxima, 86,92%. Para as Escalas de Dor e Incapacidade, observaram-se médias de 71,13% e 59,75%, respectivamente.

Quanto ao sexo dos participantes, a pesquisa revelou que o sexo feminino representou 69,56%. Buscando sustentar esses resultados com a literatura, identificou-se, no estudo de Colombo *et al.* (2010), prevalência no sexo feminino, pontuando que as mulheres são mais susceptíveis por questões hormonais e de densidade mineral óssea. Coelho *et al.* (2010) citam que as lesões de ombro identificadas no estudo foram compatíveis aos relatos prévios em pesquisas que também demonstraram que as mulheres são mais suscetíveis a esse tipo de lesão, devido a fatores como menor massa muscular em membro superior e menopausa.

Em relação à idade, observou-se a prevalência entre 60 e 65 anos (47,82%). Diferentes estudos apontam o envelhecimento como fator determinante nas lesões de ombro. Os estudos de Dang e Davies (2018), Gomide *et al.* (2017), Ryösä *et al.* (2017) e Milioli (2010) identificaram que processos degenerativos intrínsecos do ombro podem estar associados com o avançar da idade. Ressalvam Rashid *et al.* (2017) que as lesões no ombro são muito comuns em pessoas com idade acima dos 60 anos (15-20%).

Quanto ao tipo de lesão degenerativa, todos os pacientes deste estudo apresentavam lesão do manguito rotador do ombro, não havendo, na amostra estudada, a ocorrência de artrose primária do ombro, esse resultado atribuímos ao fato do nosso ambulatório ser voltado para os pacientes com lesão do manguito rotador encaminhados pela rede de saúde, sendo esporádica a ocorrência de pacientes com artrose primária do ombro e portanto não correspondendo com a real proporção na população geral. Foi encontrado majoritária presença das lesões do tendão supraespinhoso, associado ou não aos demais tendões, acordando com os dados identificados o estudo realizado por Lara *et al.* (2020) cita a maior prevalência de acometimento do tendão do supraespinhoso e que este acometimento é uma condição que pode afetar entre 26% e 34% da população adulta, e é comumente diagnosticado como quadro de ombro doloroso, que abrange prevalência de até 40%. É uma condição que afeta as AVDs dos pacientes, principalmente as atividades que precisam de manobras acima da cabeça.

Em relação aos resultados da autoavaliação da QV dos pesquisados, a maioria deles a avaliou como boa e estão satisfeitos, sendo a média do escore de 63,11%, ou seja,

uma perda de 36,89% do que poderia ser considerado o máximo em QV. O estudo de Nascimento *et al.* (2018), com relação a percepção sobre a própria saúde, 71,80% das idosas avaliadas se dizem satisfeitas. Resultados similares foram identificados na pesquisa realizada por Ferreira, Cunha e Menut (2010), na qual a maioria dos idosos que participaram da pesquisa (70,4%) afirmaram que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Manso, Maresti e Oliveira (2019) citam que a satisfação com a saúde está relacionada à boa percepção da QV global. Resultado esse que evidencia que grande parte dos idosos pesquisados têm uma percepção positiva de sua QV e de sua condição de saúde.

Na avaliação das facetas do domínio físico, a maioria dos idosos alegaram que a dor (física) os impede bastante de fazerem o que precisam. Manso, Maresti e Oliveira (2019) explicam que esse achado pode ser devido às condições que a lesão degenerativa do ombro alcançou, podendo dificultar-lhes a realização de determinadas AVDs, impactando a QV. Moraes (2012) esclarece que as AVDs são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do idoso e se referem às tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com corpo.

Em relação ao domínio físico, as facetas referentes à *necessidade de tratamento médico para levar a vida diária*, a maioria respondeu *bastante*; e para *se tem energia suficiente para o dia a dia, o quão bem é capaz de se locomover, desempenhar as atividades do dia a dia e para o trabalho*, grande parte das respostas foram *muito satisfeitos*. Esses dados podem ser explicados pelo estudo realizado por Colombo *et al.* (2010), ao contextualizar que as lesões de ombro comumente induzem a uma maior limitação das AVDs, principalmente quando o tratamento utilizado é o conservador. Com isso, comumente se utilizam medicamentos.

Acrescentam Monrad *et al.* (2018) que as lesões do ombro são recorrentes e comumente debilitantes, portanto, representam um alto custo social e ocupacional. Cita Tashjian (2012) que, entre os fatores de risco para a doença degenerativa do ombro, estão o tabagismo e a hipercolesterolemia, por serem fatores preditivos de mau prognóstico e que podem estar associados à piora na QV.

Ryösä *et al.* (2017) citam que o tratamento cirúrgico no ombro tem evidência limitada

ao ser comparado ao tratamento conservador no primeiro ano. Com relação à sintomatologia, contudo, revela que é eficiente, em longo prazo, com o objetivo de evitar a progressão da lesão. Nesse caso, é relevante pontuar a importância de Políticas Públicas referentes à acessibilidade ao serviço de diagnóstico e tratamento.

Por sua vez, o estudo realizado por Rashid *et al.* (2017) concluiu que a idade e a gravidade da lesão são acatadas como fatores de risco para o mau prognóstico, até mesmo em pacientes submetidos à cirurgia. Contudo, em analogia aos resultados apurados no presente estudo, não foram fatores que interferiram negativamente na percepção da QV e sintomatologia.

Em relação à dor, entende-se a sua subjetividade e que cada indivíduo aprende e utiliza esse termo a partir de suas experiências. Ela é considerada um fator de relevância para mensurar a QV do idoso, quanto mais intensa, pior a QV (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Acrescenta-se ainda que, entre as doenças que afetam o idoso, a dor se configura como uma das maiores queixas, por interferir diretamente nas AVD e na mobilidade. Entre os tipos de dor, geralmente predomina a crônica, que é aquela dor persistente por mais de três meses e que se manifesta de modo contínuo ou recorrente (FERRETTI *et al.*, 2019). Considerando tais condições, considera-se que a diminuição da dor faz com que o indivíduo apresente melhor disposição/energia para as atividades a serem realizadas no decorrer do dia (TOLDRÁ *et al.*, 2014; COLOMBO *et al.*, 2010).

Contudo, o sono foi um dos quesitos apontados para quase um terço da amostra como *insatisfatório*. Explicam Cunha e Mayrink (2011) que a influência negativa da dor na QV no domínio físico e nas relações sociais dos idosos pode estar associada à fadiga, a distúrbios do sono, à dependência de tratamentos ou ao uso de medicamentos. Por sua vez, Ferretti *et al.* (2018) destaca que o sono é fundamental para o bem-estar físico e emocional; a desordem desse pode interferir negativamente nas condições de vida e de saúde de idosos, predispor quedas, declínio cognitivo bem como potencializar outras desordens como os quadros algícos.

A pesquisa desenvolvida por Longo *et al.* (2019) revelou que a maioria dos pacientes com lesões do manguito rotador apresenta algum distúrbio de sono, uma melhora da qualidade do sono pode ser observada após a cirurgia para reparo. Castricini *et al.* (2013) também encontrou melhora do sono e outros fatores relacionados a qualidade de vida nos pacientes submetidos à artroplastia reversa para tratamento dos casos graves de doenças degenerativas do ombro.

A qualidade do sono está correlacionada com a dor e com comorbidades, além de uso de narcóticos e medicações psiquiátricas. Por sua vez, o estudo realizado por Cho *et al.* (2013) revelou alta prevalência com relação a quadros de depressão, ansiedade e distúrbios do sono em pacientes com dor no ombro por três meses ou mais. Ansiedade e depressão também são encontradas comumente em pacientes com outras doenças degenerativas articulares, como demonstrou Ferreira *et al.* (2015) em seu estudo em pacientes com osteoartrite de joelho e considerou tratamento com fármacos, abordagem psicológica e apoio familiar. Diversos autores também sugerem a relevância da abordagem psicológica para tratamento desses pacientes.

Nos resultados relacionados ao domínio psicológico, *o quanto você aproveita a vida e concentração* foram itens identificados pela maioria que respondeu *mais ou menos*. Contudo, nas facetas *se a vida tem sentido, aceitabilidade da aparência física, satisfação consigo mesmo, frequência de pensamentos negativos*, a maioria das respostas foram *nunca, satisfeito*. Na velhice, a QV relaciona-se com a manutenção da autonomia, que pode ser notada no desempenho das AVDs, para os idosos que mantêm a capacidade funcional. Os valores descritivos da QV inerentes ao domínio psicológico e das facetas relacionadas ao domínio das relações sociais foram representativos, sugerindo, assim, que a QV dos sujeitos pesquisados se apresenta em um bom nível (TOLDRÁ *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado no interior de São Paulo, o qual teve a participação de 365 idosos, com o intuito de investigar o conceito de QV, verificou-se a existência de três grupos de respostas. Uma delas associou a QV com a questão afetiva e relações familiares (VECCHIA *et al.*, 2005). Diversos autores revelaram que as relações sociais e o estado de saúde são considerados os componentes mais relevantes para a boa

QV de idosos (IRIGUARAY; TRENTINI, 2009). Iriguay e Trentini (2009) evidenciaram que essas duas variáveis são interdependentes.

Os resultados referentes às oito facetas referentes ao domínio meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais) foram significativos, tendo positivismo na maioria das respostas. O estudo de Andrade *et al.* (2013) cita que, quando o idoso é compreendido e amado, independentemente de suas limitações provenientes da idade e desgastes biológicos, tende a ter mais motivação, resiliência e plasticidade diante do enfrentamento de problemas, doenças e situações que influenciam no ambiente onde vive.

Na relação entre escala de dor, incapacidade e SPADI com a QV, não houve representatividade significativa. Como também não houve diferenças estatísticas significativas ao se avaliarem os índices de QV dos idosos pesquisados em relação ao tipo de lesão degenerativa de ombro (artropatia do manguito rotador e lesão do manguito rotador). No estudo de Ferreira Neto *et al.* (2017), os pacientes com Artropatia do manguito rotador apresentaram piores avaliação de qualidade de vida em relação ao grupo controle. Com relação aos tendões acometidos, QV e avaliação funcional também não houve diferenças estatisticamente significantes bem como na relação entre a QV e as escalas de incapacidade e de dor.

Nas relações estatísticas entre a idade, QV, avaliação funcional e lesão degenerativa, não foram observadas diferenças significativas entre as médias de idade ao se compararem os tipos de lesão. O estudo realizado por Dang e Davies (2018) evidencia que os diferentes tipos de lesão são importantes para definir a terapêutica e as técnicas cirúrgicas que podem ser indicadas (morfologia, tamanho, tendões acometidos).

Nesse sentido, de acordo com os dados identificados no presente estudo, o tipo de lesão não interfere na QV. O estudo de Dunn *et al.* (2014) concluiu que não há correlação entre a gravidade da lesão degenerativa e os sintomas, no entanto, na QV idem, ou seja, uma lesão pequena de apenas um tendão pode gerar mais sintomas e, conseqüentemente, pode reduzir a QV, ao ser comparada a uma maciça lesão com artropatia do manguito. Tal fenômeno pode ser explicado porque muitas lesões

crônicas já estão estabilizadas, com processos inflamatórios brandos e pacientes adaptados. O contrário seria uma lesão aguda ou crônica agudizada, com o processo inflamatório intenso e a percepção de queda severa da QV para esses indivíduos. Assim não há tal correlação.

## 7 CONCLUSÃO

Acredito que o caminho metodológico traçado foi, em parte, suficiente para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa. A coleta dos dados, em função da pandemia da Covid-19, por orientações das autoridades sanitárias, que nos impuseram o distanciamento social, foi, em parte, prejudicada, uma vez que alterei a coleta dos dados. A pandemia de COVID-19, como emergência de saúde pública mais grave que a comunidade internacional já enfrentou nos últimos cem anos, modificou a condução da presente pesquisa, pois dificultou uma maior abrangência dela, visto que houve uma natural evasão dos pacientes idosos dos consultórios, além da paralisação das atividades eletivas, que causaram o represamento da demanda de pacientes portadores de lesão no ombro.

Prestando assistência como médico o ambulatório de Ortopedia do HSCM de Vitória há oito anos, percebi não somente a dor dos meus pacientes, mas também a posição de fardo no contexto social em que eles se colocavam em função de sua incapacidade, posição essa agravada por problemas socioeconômicos, o que, a meu ver, estava levando alguns deles à depressão e à ansiedade. Nesta pesquisa, esperava identificar um severo impacto na QV daqueles pacientes com lesões sintomáticas do ombro, sendo não somente a dor e a incapacidade de causa orgânica, mas as entrevistas constataram, também, expressivamente, as implicações negativas de todo contexto social desses idosos. Por esse motivo, julgo o resultado da pesquisa um sério problema de saúde pública, que deve ser enfrentado com políticas direcionadas.

Concluo, com esta pesquisa, que as doenças crônico-degenerativas do ombro em idosos podem impactar na QV e na capacidade de desenvolver atividades de vida diária, embora essa perda na de QV da não tenha relação direta com a gravidade da lesão.

Acredita-se que os idosos com doenças crônico-degenerativas do ombro vão se adaptando às limitações provocadas por elas, de maneira que estas não sejam fatores determinantes para impactar a QV deles, pois, conforme identificado, o tipo de lesão não interferiu na QV. Esse fato sustenta a afirmação da capacidade de adaptação do idoso ao agravo.

Da mesma forma, observou-se a capacidade de adaptação à dor sem, portanto, comprometimento na QV, uma vez que não se observou associação estatisticamente significativa entre a QV e as escalas de dor e função.

Pontua-se, como limitações do estudo, o reduzido número de participantes que se deu, em função do esvaziamento do ambulatório durante o ano de 2020, período em que se observou essa evasão em todos os serviços eletivos, devido à pandemia da Covid-19. Assim sendo, novas pesquisas devem ser realizadas, buscando sustentar, ou não, os achados deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALFIERI, Fabio Marcon *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. 151-63, 2015.

ANDRADE, Luana Machado *et al.* Políticas Públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-52, 2013.

ARAÚJO, Ana Paula Serra; BERTOLINI, Sonia Maria Marques Gomes; MARTINS JUNIOR, Joaquim. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. **Perspectiva: Biologia & Saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 12, n. 4, p. 22-34, 2014.

ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. Aspectos sociodemográficos de um país que envelhece: o exemplo brasileiro. *In.* ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond (Org.). **Envelhecimento e vida saudável 2**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009a, p.13-26.

ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. Exercitando o corpo para a saúde e bom envelhecimento. *In.* ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond (Org.). **Envelhecimento e vida saudável 2**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009b, p.119-40.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes *et al.* Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e2700015, 2017.

BARDUZZI, Glauber de Oliveira *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.

BEZERRA, Fernanda Carvalho; ALMEIDA, Maria Irismar de; NÓBREGA-TERRIEN, Sílvia Maria. 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 (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988.

BRASIL. Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal *et al.* Estudo comparativo sobre a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1954-66, jan./mar. 2015.

CASTRICINI, Roberto *et al.* Health-related quality of life and functionality after reverse shoulder arthroplasty. **Journal of shoulder and elbow surgery**, St. Louis, v. 22, n. 12, p. 1639-49, Dez. 2013.

CHO, Chul-Hyun *et al.* Is shoulder pain for three months or longer correlated with depression, anxiety, and sleep disturbance? **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, St. Louis, v. 22, n. 2, p. 222-8, Feb. 2013.

CLEMENT, Nicholas D.; NIE, Yuan X.; MCBIRNIE, Julie M. Management of degenerative rotator cuff tears: a review and treatment strategy. **Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology**, London, v. 4, n. 1, p.1-5, 2012.

COELHO, Carol Teixeira *et al.* Prevalência da síndrome do ombro doloroso (SOD) e sua influência na qualidade de vida em professores de uma instituição privada de nível superior na cidade de Lauro de Freitas, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Lauro de Freitas, v. 34, supl. 1, p. 19-29, jul./dez. 2010.

COLOMBO, Guilherme *et al.* Qualidade de vida e capacidade funcional do ombro em idosos portadores de fratura do terço proximal do úmero. **Ensaios e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 117-35, 2010.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 120-4, abr./jun. 2011.

CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas; ROSA, Fernanda Heringer Moreira Rosa; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa Ribeiro. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 81-6, 2017.

DANG, Alexis; DAVIES, Michael. Rotator Cuff Disease: Treatment Options and Considerations. **Sports Medicine Arthrosc Review**, New York, v. 26, n. 3, p. 129-33, Sep. 2018.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; Prearo, Leandro Campi. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 3505-12, 2014.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

DIAS, Vanessa da Nóbrega *et al.* Fatores associados à dor em membros inferiores de idosos da comunidade. *In.* ROCHA, Sheila Marta Carregosa (Org.). **Políticas de envelhecimento populacional 4**. Ponta Grossa: Atena, 2019. p. 121-32.

DUNN, Warren R. *et al.* Symptoms of Pain Do Not Correlate with Rotator Cuff Tear Severity: A Cross-Sectional Study of 393 Patients with a Symptomatic Atraumatic Full-Thickness Rotator Cuff Tear. **The Journal of Bone Joint Surgery American**, Boston, v. 96, n. 10, p. 793-80, May, 2014.

FERREIRA, Alyne Hevellen *et al.* Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 55, n. 5, p. 434-8, 2015.

FERREIRA, Maria de Fátima de Jesus Agostinho. A participação dos idosos na efetivação dos direitos humanos. SEMANA DE GERONTOLOGIA, 15.; SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA SOCIAL, 2., 2015. São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP, 2015a.

FERREIRA, Janaina Madeiros; CUNHA, Neila Conceição Viana da; MENUT, Anaximandro Zylene Casimiro. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo de caso do Sesc Alagoas. **GESTÃO.Org**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 118-35, jan./abr. 2010.

FERREIRA NETO, Arnaldo Amado *et al.* Qualidade de vida nos pacientes com artropatia do manguito rotador. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 275-8, nov./dez. 2017.

FERRETTI, Fatima *et al.* Chronic pain in the elderly, associated factors and relation with the level and volume of physical activity. **Brazilian Journal Pain**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-7, jan./mar. 2019.

FERRETTI, Fatima *et al.* Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. **Brazilian Journal Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-6, abr./jun. 2018.

FLECK, Marcelo PA *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

GRECHI, Maria Sonia. **Aplicativo móvel para avaliação da qualidade de vida em idoso**. 2019. 72 f. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia) – Universidade Brasil, São Paulo, 2019.

GOLDMAN, S.N. Envelhecimento e exclusão digital: uma questão de política pública. *In.* ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond (Org.). **Envelhecimento e vida saudável 2**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. p. 297-314.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 297-304, jul./set. 2009.

JANSSEN, Ian; HEYMSFIELD, Steven B; ROSS, Robert. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment

and physical disability. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 50, n. 5, p. 889-96, May, 2002.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-20, jan./jul. 1987.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 509-13, jul./ago. 2006.

LARA, Paulo Henrique Schmidt *et al.* Panorama da infiltração para ombro doloroso entre especialistas em ombro. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 95-9, 2020.

LOBE, Bojana; MORGAN, David; HOFFMAN, Kim A. Qualitative data collection in an era of social distancing. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 19, p. 1-8, 2020.

LONGO, Umili Giuseppe *et al.* Sleep disturbance and rotator cuff tears: a systematic review. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, Basel, v. 55, n. 8, p. 453-63, Aug. 2019.

MAESTRONI, Luca *et al.* Is rotator cuff related shoulder pain a multidimensional disorder? An exploratory study. **Scandinavian Journal of Pain**, Berlin, v. 20, n. 2, p. 297-305, 2020.

MALHEIRO, Nuno Sá. *et al.* Eficácia do bloqueio do nervo supraescapular guiado por ultrassom em pacientes com dor crônica no ombro: estudo observacional retrospectivo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 70, n. 1, p.15-21, 2020.

MANFROI, Miráira Noal *et al.* Dor: o impulso na busca pela saúde por meio de práticas integrativas e complementares. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 316-20, out./dez. 2019.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; MARESTI, Leandro Tadeu Prazeres; OLIVEIRA, Henrique Souza Barros de. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e090013, 2019.

MASSON, Leticia; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Vulnerabilidade de idosos e relação com a presença de dor. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 213-6, jul./set., 2019.

MENDES, José. Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar. *In.* MATOS, Tallys Newton Fernandes de (Org.). **A psicologia em suas diversas áreas de atuação**. Ponta Grossa: Atena, 2020. p. 132-44.

MONRAD, Nina *et al.* Alarming increase in the registration of degenerative rotator cuff-related lesions a nationwide epidemiological study investigating 244,519

patients. **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy (KSSTA)**, Heidelberg v. 26, n. 1, p. 188-94, Jan. 2018.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NARVANI, A. A. *et al.* Degenerative rotator cuff tear, repair or not repair? A review of current evidence. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, London, v. 102, n. 4, p. 248-55, Apr. 2019.

NASCIMENTO, Thayse Daniela *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosas praticantes de exercícios. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. e8049, abr./jun. 2018.

NOBREGA, Antonio Claudio Lucas da *et al.* Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do esporte e da Sociedade de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 5, n. 6, p. 207-11, nov./dez. 1999.

NOLÊTO, Julyanne Santos *et al.* Reflexões acerca do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa. *In.* FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes *et al.* (Org.). **A multidimensionalidade do envelhecimento**: conhecimento para cuidar = The multidimensionality of aging: know to care. Dados Eletrônicos. Teresina: EDUFPI, 2020. p.12-22.

NUNES, Daniella Pires *et al.* Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180019, 2018.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de *et al.* A duração e a frequência da prática de atividade física interferem no indicativo de sarcopenia em idosos? **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 71-7, jan./mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma de política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAGLIOTO, Jessica *et al.* Estilo de vida e nível de atividade física de indivíduos com dor no ombro atendidos em um serviço público. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 176-85, 2017.

PINTO, Paulo Ferreira; FERNANDES, Ana Alexandre; BOTELHO, Maria Amália. Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física. **Fórum sociológico**, Lisboa, n. 17, p. 43-51, 2007.

PONTES, Lécia Soares. Dificuldades enfrentadas pelo acompanhante idoso no ambiente hospitalar: novas demandas nas pautas das políticas sociais e direitos da pessoa idosa. *In.* ROCHA, Sheila Marta Carregosa (Org.). **Políticas de envelhecimento populacional**. Ponta Grossa: Atena, 2019. p. 180- 94.

RASHID, Mustafa S. *et a.* Increasing age and tear size reduce rotator cuff repair

healing rate at 1 year. **Acta Orthopaedica**, Bethesda, v. 88, n. 6, p. 606-11, 2017.

RIBEIRO, Dafne dos Santos *et al.* Prevalência de dor crônica e análise da força de preensão manual em idosos institucionalizados. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 242-6, jul./set. 2019.

ROCHA, Diógena Bezerra da; ALVES, Roberta Machado. Saúde Pública e o processo de envelhecimento no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *In.* ROCHA, Sheila Marta Carregosa (Org.). **Políticas de envelhecimento populacional 4**. Ponta Grossa: Atena, 2019. p.158-69.

RYÖSÄ. Anssi *et al.* Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. **Disability and Rehabilitation**, London, v.39, n. 14, p.1357-63, Jul. 2017.

SÁ, Guilherme Guarino de Moura; SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; NOLÊTO, Julyanne dos Santos. Quedas e independência funcional de idosos. *In.* FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes *et al.* (Org.). **A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecimento para cuidar = The multidimensionality of aging: know to care**. Dados Eletrônicos. Teresina: EDUFPI, 2020. p. 68-84.

SANTOS, George Luiz Alves; SANTANA, Rosimere Ferreira; BROCA, Priscilla Valladares. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160064, 2016.

SANTOS, Nayane Formiga dos; SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. 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, p. 358-71, abr./jun. 2013.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-93, out./dez. 2008.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

TASHJIAN, Robert Z. Epidemiology, Natural History, and Indications for Treatment of Rotator Cuff Tears. **Clinics in Sports Medicine**, Philadelphia, v. 31, n. 4, p. 589-604, Oct. 2012.

TROCOLI, Tathiana O; BOTELHO, Ricardo V. Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação com os sintomas da lombalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 330-6, jul./ago. 2016.

TOLDRÁ, Rosé Colom *et al.* Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos

por meio de práticas corporais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 159-68, 2014.

VECCHIA, Roberta Dalla *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-52, set. 2005.

VICENT, Karl; LEBOEUF-YDE, Charlotte; GAGEY, Olivier. Are degenerative rotator cuff disorders a cause of shoulder pain? Comparison of prevalence of degenerative rotator cuff disease to prevalence of nontraumatic shoulder pain through three systematic and critical reviews. **Journal of Shoulder Elbow Surgery**, St. Louis, v. 26, n. 5, p. 766-73, May, 2017.

WILLIG, Mariluci Hautsch; LENART, Maria Helena MÉIER, Marineli Joaquim. A trajetória das políticas públicas do idoso no brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 574-7, 2012.

THE WORLD Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-09, Nov. 1995.

## APÊNDICE A – Carta de Anuência

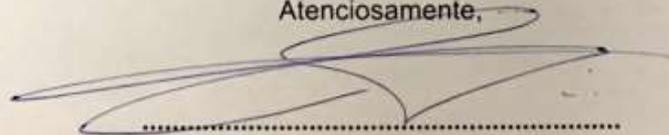
**De:** Serviço de Ortopedia e Traumatologia, David Victória Hoffmann Pádua, Mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM e Ortopedista pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

**Para:** Centro de Pesquisa Clínica do HSCMV  
Dr. Roberto Ramos Barbosa

Prezado Doutor,

Eu, David Victória Hoffmann Pádua, solicito autorização Institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado: **IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS EM IDOSOS PORTADORES DE LESÕES DEGENERATIVAS DO OMBRO** com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Avaliar pacientes idosos portadores de doenças crônico-degenerativas do ombro, buscando evidenciar os impactos na qualidade de vida do ponto de vista biológico, psicológico e social; e discutir a criação e implementação de um programa de prevenção e tratamento precoce de doenças degenerativas do ombro que possa modificar os impactos na qualidade de vida dos idosos do ponto de vista biológico, psicológico e social, com a seguinte metodologia: estudo bibliográfico, descritivo e quantitativo, realizado no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil, onde serão selecionados idosos, com sessenta anos ou mais, que apresentam doenças degenerativas do ombro, de ambos os gêneros, que frequentam tal ambulatório, em período determinado, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e feita a aplicação de questionários: sócio-demográficos; e da versão brasileira do WHOQOL- Bref de Qualidade de Vida da OMS (Organização Mundial da Saúde), necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de Ortopedia e Traumatologia da instituição. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa **NÃO ACARRETA RÁ ÔNUS PARA O HOSPITAL.**

Atenciosamente,



David Victória Hoffmann Pádua



Santa Casa  
de Vitória

(Para uso do HSCMV)

Concordamos com a solicitação    (    ) Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado no(a) Ambulatório de Cirurgia do Ombro da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

(    ) Pendência (s) para anuência:

.....  
.....

Vitória, ..05../05../12...

*Roberto Ramos Barbosa*

.....  
Dr. Roberto Ramos Barbosa

Coordenador do Centro de Pesquisa Clínica do HSCMV

**APÊNDICE B – Questionário de Dados Demográficos dos Pacientes**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Telefone (se recado avisar): (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS EM IDOSOS PORTADORES DE LESÕES DEGENERATIVAS DO OMBRO sob a responsabilidade de David Victória Hoffmann Pádua.

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 do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27) 3334-3586 ou no e-mail [comite.etica@emescam.br](mailto: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:

**Instituição:** EMESCAM telefone: (27) 3334-3586

**Pesquisador responsável:** David Victória Hoffmann Pádua

**Endereço:** Rua Dr. Antônio Basílio, 40 – Jardim da Penha – Vitória – ES – CEP 29060-390, **Telefone:** (27) 3325-0078

**Objetivos da pesquisa:** Avaliar pacientes idosos portadores de doenças degenerativas do ombro, buscando evidenciar as implicações na qualidade de vida 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 ombro que possa modificar os impactos na qualidade de vida dos idosos do ponto de vista biológico, psicológico e social.

**Procedimento da pesquisa:** Será aplicado o questionário da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre qualidade de vida na forma de entrevista onde questões como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas como independência serão tratadas.

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura do participante

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS EM IDOSOS PORTADORES DE LESÕES DEGENERATIVAS DO OMBRO

**Pesquisador:** DAVID VICTORIA HOFFMANN PADUA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20221219.6.0000.5065

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.600.009

#### Apresentação do Projeto:

Nesse estudo, serão avaliados pacientes idosos portadores de lesões degenerativas do ombro, buscando evidenciar os impactos na qualidade de vida desses do ponto de vista biológico, psicológico e social. Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo e quantitativo cujo objeto de estudo serão pacientes idosos portadores de lesões degenerativas do ombro que frequentam o Ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). Serão incluídos idosos portadores de doenças articulares classificados com os CIDs que acometem o ombro: M75 – Lesões do ombro; M75.1 – Síndrome do Manguito Rotador; M75.4 – Síndrome de colisão do ombro; M75.5 – Bursite do ombro; M75.8 – Outras lesões do ombro; M75.9 – Lesão não específica do ombro. Serão excluídos idosos com CID indefinido, aqueles com diagnóstico não finalizado por ausência de exames complementares, que apresentavam múltiplas morbidades, doenças sistêmicas que acometem o ombro e que não são de caráter crônico degenerativo, pacientes portadores de doenças traumáticas do ombro, de doenças inflamatórias específicas como vasculites, autoimunes ou estiverem fora das doenças degenerativas do ombro ligadas ao envelhecimento, além dos idosos incapazes (por exemplo, aqueles com processos demenciais)

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar pacientes idosos portadores de doenças crônico-degenerativas do ombro, buscando

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

**ANEXO B – WHOQOL – Bref**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Titular**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

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. 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	completamente
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	completamente
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	O quanto você se sente em segurança 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	freqüentemente	muito freqüentemente	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**

## ANEXO C – SPADI-Brasil

Jaqueline Martins, Barbara V. Napoles, Carla B. Hoffman, Anamaria S. Oliveira

### Anexo 1. Versão brasileira do Shoulder Pain and Disability Index – SPADI-Brasil.

ÍNDICE DE DOR E INCAPACIDADE NO OMBRO SPADI-BRASIL	
<b>Uma ferramenta para avaliar pacientes com disfunção no ombro quanto a sua dor e incapacidade para realizar atividades da vida diária.</b>	
<b>INSTRUÇÕES PARA O EXAMINADOR</b>	
O questionário SPADI-Brasil pretende avaliar a dor no ombro e a habilidade do seu paciente para realizar as atividades da vida diária (AVDs).	
Recomenda-se a aplicação do questionário SPADI-Brasil na forma de <b>ENTREVISTA</b> .	
<b>Para garantir ao paciente a máxima compreensão do questionário, pedimos a cada examinador que LEIA ATENTAMENTE as orientações a seguir:</b>	
<b>1) Orientações para o ambiente:</b>	
Antes de iniciar a entrevista, tente encontrar um local silencioso, com uma mesa e cadeiras para você e seu paciente e certifique-se de que ele não está ansioso ou com pressa.	
<b>2) Orientações para a aplicação do questionário:</b>	
a) Durante a entrevista, é importante que o paciente olhe diretamente o questionário para responder à Escala de Avaliação Numérica (EN).	
b) É recomendável certificar-se de que o paciente compreende o significado da pontuação utilizada na escala numérica. Sempre que necessário, repita que o número "0" indica "sem dificuldade" e o número "10" indica "não conseguiu fazer". Para a escala de dor, repita que "0" indica sem dor e "10" indica "pior dor".	
c) Se o paciente tem acometimento bilateral, instrua-o a responder com base no que ele observou em relação ao braço que apresenta mais dor ou disfunção.	
d) O paciente deve relatar sua incapacidade e dor durante a <b>SEMANA PASSADA</b> . Recomenda-se, sempre que necessário, repetir essa expressão antes de iniciar a pergunta de cada item, como: "Durante a semana passada, qual o grau de dificuldade que você teve para..." e "Durante a semana passada, qual foi a gravidade da sua dor?"	
e) <b>ATENÇÃO:</b> Marque o item NA somente em último caso, quando o paciente já não realizava a atividade antes da lesão, ou seja, ele já não era acostumado a realizar tal atividade no seu dia a dia.	
Siga as orientações abaixo para preencher corretamente a EN e o item de resposta NA "Não se aplica" para os domínios de incapacidade e de dor.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o paciente tentou realizar a atividade durante a semana anterior, oriente-o a pontuar sua dificuldade e dor na EN.</li> <li>• Se o paciente precisou realizar a atividade na semana anterior, mas evitou deliberadamente realizá-la por medo de piorar ou para não provocar dor, ele deve estimar uma pontuação na EN para seu nível de incapacidade e dor caso tivesse feito a atividade.</li> <li>• Se o paciente apenas não fez a atividade na semana anterior porque estava <b>imobilizado ou proibido pelo médico de realizá-la</b>, marque para o domínio de incapacidade o número 10 da EN "Não conseguiu fazer" e, para o domínio de dor, peça ao paciente para estimar um número na EN.</li> <li>• Se o paciente não precisou realizar a atividade na semana anterior ou não se lembra de ter feito, você deve perguntar a ele se a atividade é comum ao seu dia a dia. Para resposta SIM, ele deve estimar uma pontuação na EN para seu nível de incapacidade e dor durante a semana anterior. Para resposta NÃO, ou seja, o paciente não é acostumado a realizar a atividade em questão e naturalmente não a teria feito, você deve marcar a coluna NA "Não se aplica". Quando esta opção for a mais adequada ao caso do paciente, nenhum outro dos 10 números da EN deve ser assinalado.</li> <li>• O número 10 da EN deve ser marcado a) quando o paciente estima que não teria conseguido realizar a atividade na semana anterior ou b) quando está imobilizado ou proibido pelo médico de realizá-la.</li> </ul>	
f) Antes de pontuar cada item, certifique-se de que o paciente compreendeu a pergunta e indicou a melhor resposta. Se não estiver claro para você que ele pensou na atividade correta, por favor, demonstre ou esclareça a atividade, refaça a questão e tome a resposta adequada para proceder à pontuação do item.	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome completo: _____	Registro: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M
Profissão: _____	Tel: _____
Hipótese diagnóstica: _____	
Cirurgia: ( ) S ( ) N Qual: _____	Quando: _____
Dominância: ( ) D ( ) E	Braço com dor ou disfunção: ( ) D ( ) E ( ) Ambos
Pior braço: ( ) D ( ) E	Há quanto tempo tem dor ou disfunção neste braço: _____

#### INFORMAÇÕES SOBRE ALGUNS ITENS

##### Escala de Incapacidade (I)

**Itens 3, 4 e 5:** Estes itens não apresentam a expressão "braço afetado", porque as atividades a que se referem são realizadas normalmente com ambos os braços. Assim, o paciente deve relatar a atividade envolvendo a utilização de ambos os braços.

##### Escala de Dor (D)

**Item 1:** Este item pede ao paciente para indicar um número para a dor que ele teve no braço quando ela foi mais intensa. Como o questionário permite ao paciente estimar sua dor para os demais itens de dor, pode acontecer de sua pior dor na semana anterior ser menor que a dor indicada para algum item cujo nível de dor foi estimado. Recomenda-se refazer essa pergunta após pontuar os demais itens de dor.

*Exemplo: Na semana passada, a vez que meu braço mais doeu foi na terça-feira e se eu pudesse dar um número para ela, este número seria 7.*

Podem-se deduzir, então, que na semana anterior o braço do paciente não doeu mais do que 7.

**Item 6 (I) e item 3 (D):** O paciente deve pensar em qualquer objeto que ele geralmente coloca em uma prateleira alta, no trabalho ou em casa. O objeto não precisa ser pesado.

#### PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SPADI-BRASIL

##### 1. Pontuação de cada escala separadamente

a) Dentro de cada escala, some os números marcados para cada item e, então, divida o valor da soma pela máxima pontuação possível na escala. O valor encontrado deve ser multiplicado por 100, obtendo-se a pontuação final para cada escala.

b) Caso o paciente tenha marcado algum item como "Não se aplica", este item não deve ser incluído na máxima pontuação possível na escala.

*Exemplo: Suponha que o paciente marcou 2 itens como "Não se aplica" na escala de incapacidade. Então, a máxima pontuação possível dessa escala deita de ser 80 e passa a ser 60.*

##### 2. Pontuação total do questionário

Some os números marcados para todos os itens do questionário e, então, divida o valor pela máxima pontuação possível no questionário (desconsiderando os itens que foram marcados como "Não se aplica"). O valor encontrado deve ser multiplicado por 100, obtendo-se a pontuação total do questionário.

##### 3. Significado da pontuação do questionário

A pontuação total do questionário pode variar de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, pior a situação de dor e/ou função do paciente.

**ÍNDICE DE DOR E INCAPACIDADE NO OMBRO (SPADI-BRASIL)**

Nome: \_\_\_\_\_ Braço avaliado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Escala de Incapacidade**

Os números ao lado de cada item representam o grau de dificuldade que você teve ao fazer aquela atividade. O número zero representa "Sem dificuldade" e o número dez representa "Não conseguiu fazer". Por favor, indique o número que melhor descreve quanta dificuldade você teve para fazer cada uma das atividades durante a semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual número você daria para sua dificuldade.

Durante a semana passada, qual o grau de dificuldade que você teve para:		
1. Lavar seu cabelo com o braço afetado?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
2. Lavar suas costas com o braço afetado?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
3. Vestir uma camiseta ou blusa pela cabeça?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
4. Vestir uma camisa que abotoa na frente?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
5. Vestir suas calças?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
6. Colocar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
7. Carregar um objeto pesado de 5kg (saco grande de arroz) com o braço afetado?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
8. Retirar algo de seu bolso de trás com o braço afetado?	( ) NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não conseguiu fazer
<b>Total _____/possível _____ x 100 = _____</b>		

**Escala de Dor**

Os números ao lado de cada item representam quanta dor você sente em cada situação. O número zero representa "Sem dor" e o número dez representa "A pior dor". Por favor, indique o número que melhor descreve quanta dor você sentiu durante a semana passada em cada uma das seguintes situações.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual número você daria para sua dor.

1. Qual a intensidade da sua dor quando foi a pior na semana passada?		Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
Durante a semana passada, qual a gravidade da sua dor:		
2. Quando se deitou em cima do braço afetado?	( ) NA	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
3. Quando tentou pegar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	( ) NA	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
4. Quando tentou tocar a parte de trás do pescoço com o braço afetado?	( ) NA	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
5. Quando tentou empurrar algo com o braço afetado?	( ) NA	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
<b>Total _____/possível _____ x 100 = _____</b>		
<b>PONTUAÇÃO TOTAL DO QUESTIONÁRIO:</b>		