

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL**

**IDOSOS COM OSTEOARTROSE E SEUS CUIDADORES
FAMILIARES: UM ESTUDO SOBRE O PERFIL
POPULACIONAL E A QUALIDADE DE VIDA**

Érica Patrícia Borba Lira Uchôa

**Recife
2016**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL**

**IDOSOS COM OSTEOARTROSE E SEUS CUIDADORES
FAMILIARES: UM ESTUDO SOBRE O PERFIL
POPULACIONAL E A QUALIDADE DE VIDA**

Érica Patrícia Borba Lira Uchôa

Orientadora: Prof. Dra. Albenise de Oliveira Lima

**Recife
2016**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL**

**IDOSOS COM OSTEOARTROSE E SEUS CUIDADORES
FAMILIARES: UM ESTUDO SOBRE O PERFIL
POPULACIONAL E A QUALIDADE DE VIDA**

Érica Patrícia Borba Lira Uchôa

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Família, Gênero e Interação Social

Orientadora: Prof^ª. Dra. Albenise de Oliveira Lima

Recife
2016

U17i

Uchôa, Érica Patrícia Borba L.

Idosos com osteoartrose e seus cuidadores familiares :
um estudo sobre o perfil populacional e a qualidade de vida
/ Érica Patrícia Borba L. Uchôa ; orientador Albenise de
Oliveira Lima, 2016.

182 f. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-Reitoria Acadêmica. Coordenação Geral
de Pós- Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2016.

1. Psicologia clínica. 2. Osteoartrite. 3. Qualidade de
vida. 4. Idosos - Saúde e higiene. 5. Envelhecimento.
6. Cuidadores - Aspectos psicológicos. 7. Joelhos - Doenças.
8. Idosos - Relações com a família. I. Título.

CDU 159.964.2

ÉRICA PATRÍCIA BORBA LIRA UCHÔA

**IDOSOS COM OSTEOARTROSE E SEUS CUIDADORES FAMILIARES: UM ESTUDO
SOBRE O PERFIL POPULACIONAL E A QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutora em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Prof^ª. Dra. Gisela Rocha Siqueira
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dra. Kátia Magdala Lima Barreto
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dra. Valéria Conceição Passos de Carvalho
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Prof^ª. Dra. Albenise de Oliveira Lima
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Recife, 10 de novembro de 2016

Este trabalho foi realizado nos Laboratórios Especializados de Fisioterapia e Terapia Ocupacional *Corpore Sano* da Universidade Católica de Pernambuco sob a orientação da Professora Albenise de Oliveira Lima.

“Família... Ponto de partida. Contudo, ponto de chegada. Abrigo do corpo e da alma. Laços que se estreitam. Mas que podem se romper. Tanto faz ser de sangue, ou até de consideração. É coisa de sentimento. Envolvendo coração. É amor. É cumplicidade. É lealdade. É partilha. É perdão. É união. É alegria. É tristeza! No entanto é a beleza que nós dá à certeza do seu real valor. Família é tudo... Não ter uma... É o vazio... Escuridão. Um barco sem direção. Fim de toda e qualquer estação. Porque família... É pra ser cultivada. Como uma sementinha regada... E plantada no jardim do coração.”

Ana Maria Mendonça Brito

DEDICATÓRIA

A **Deus**, pela minha vida e pela minha família, pois sem ela não poderia ter chegado até aqui. Agradeço por iluminar meu caminho. Minha vida tem sido marcada por realizações diárias, e eu sei que a graça de Deus se faz presente em todos os momentos da minha vida. Obrigada Deus por me abençoar cada dia!

A **Uchôa**, meu amado esposo, pelo amor, confiança, paciência, ajuda, tolerância e cumplicidade, não só ao longo deste trabalho, mas por toda nossa vida. Obrigada por entender todos os momentos de estresse!!!

A **Igor e Isabelle**, meus filhos, a existência de vocês é o maior presente de Deus.

Aos meus pais, **Vicente e Sonia**, que proporcionaram toda a minha trajetória de estudos, me incentivaram a não desistir e sempre a continuar lutando e me deram os ensinamentos que iluminam a minha vida, o amor e o respeito. Se não fosse por vocês, com certeza não teria chegado até aqui!

Aos meus irmãos, **Eleide e Erick**, que sempre caminhamos juntos, ajudaram e entenderam as horas de estresse.

Aos meus sogros, **Ribeiro e Moça**, que também colaboraram muito entendendo os momentos de ausência.

Aos meus cunhados, **Débora, Nadeje, Ladjane, Nadja, Leonardo e Nádia**, agradeço a força e o incentivo a concluir este trabalho.

À professora **Albenise de Oliveira Lima**, que sempre me incentivou muito e ajudou ao longo destes anos. A ela meu carinho por todo apoio recebido, pela dedicação, amizade, apoio, incentivo e colaboração. Meu muito obrigado e minha eterna gratidão a senhora.

Às minhas amigas irmãs da Universidade da Católica de Pernambuco, **Ana Karolina, Cláudia Fonseca, Cristiana Brito, Cristiana Machado, Marina Barros, Silvana Uchôa, Teresa Cristina e Valéria Passos**, que me deram forças nos momentos mais difíceis e que me ampararam nas horas de desânimo.

AGRADECIMENTOS

À coordenação e professores do Doutorado em Psicologia Clínica, pela acolhida e apoio.

À professora **Albenise de Oliveira Lima** pelo interesse e solidariedade na elaboração deste trabalho.

À **Cristiana Brito**, amiga, entramos juntas no doutorado e estamos saindo juntas. Minha companheira de trabalhos e disciplinas, obrigada pela amizade e ajuda em todos os momentos.

À **Marina**, amiga, nossa luta foi grande. Filhos para cuidar durante o doutorado, noites mal dormidas, problemas incontáveis de alergias. Pode sempre contar comigo!

Aos **pacientes e cuidadores**, agradeço a todos aqueles que participaram deste trabalho, sem vocês nada disso seria possível! O grande mérito deste trabalho é de vocês. Obrigada pela amizade, companheirismo e aprendizado que a cada dia tenho com vocês!

À **Banca Examinadora, Profª Albenise Lima, Profª Cristina Brito, Profª Graça Paiva, Profª Gisela Siqueira, Profª Kátia Magdala e Profª Valéria Passos**, obrigada por aceitarem ser minha banca e pela disponibilidade de todas. Agradeço as sugestões para o engrandecimento do meu trabalho. Muito obrigada!

A minhas alunas **Ana Elisa, Ana Lúcia, Gabriela Ângela, Genyzaelly Valéria, Giselle Buarque, Mariana Salemi, Paula Fernanda, Polliana Moraes, Roberta Raissa e Sarah Abreu**, que embarcaram comigo no mesmo sonho. Agradeço pelo incentivo, ajuda, paciência, companheirismo e amizade em todos os momentos.

Aos meus **orientandos** que colaboraram e entenderam a falta de tempo e, às vezes, a falta de paciência, obrigada pela amizade e compreensão.

A todos os meus alunos da UNICAP, obrigada por me entenderem, me ajudarem e pela compreensão nestes últimos meses.

À **Danielle Mendes, Eliene Fabrício, Nélia Lemos, Nicéas Izabel e Sérgio Wanderley**, secretários do Doutorado, pela cooperação, incentivo e boa vontade em querer sempre nos ajudar.

A todos citados ou não, mas que de alguma forma contribuíram para realização desta pesquisa, minha eterna gratidão.

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
RESUMEN	iii
LISTA DE ABREVIATURAS	iv
1 - APRESENTAÇÃO	6
2 – INTRODUÇÃO	9
3- OBJETIVOS	16
3.1 - Objetivo Geral	17
3.2 - Objetivo dos Artigos Teóricos	17
3.3 – Objetivos dos Artigos Empíricos	17
4 – MÉTODO	18
4.1 – Fase 1	19
4.2 - Fase 2	19
4.2.1 – Tipo de Estudo	20
4.2.2 - Amostra	20
4.2.2.1. Amostra Idosos	20
4.2.2.2. Amostra Cuidadores Familiares	20
4.2.3 - Critérios de Inclusão	20
4.2.3.1 - Critérios de Inclusão para o Idoso	20
4.2.3.2 - Critérios de Inclusão para o Cuidador Familiar	21
4.2.4 - Critérios de Exclusão	21
4.2.4.1 - Critérios de Exclusão para o Idoso	21
4.2.4.2 - Critérios de Exclusão para o Cuidador Familiar	21
4.2.5 – Instrumentos	21
4.2.5.1 - Questionário sociodemográfico e clínico	22
4.2.5.2 - Escala Visual Analógica (EVA)	22
4.2.5.3 - Questionário Algofuncional de Lequesne	23
4.2.5.4 - Escala <i>Zarit Burden Interview</i>	23
4.2.5.5 - <i>World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Bref</i>	23

<i>Form (WHOQOL-BREF)</i>	
4.2.5.6 - Questionário da relação idoso-cuidador	24
4.2.5.7 - Questionário da relação cuidador-idoso	24
4.2.6 - Procedimentos para coleta dos dados	25
4.2.6.1 - Para o Idoso	25
4.2.6.2 – Para o Cuidador Familiar	25
4.2.7 – Entrevista para o idoso e seu cuidador familiar	26
4.2.8 - Procedimentos Éticos	26
4.2.9 - Procedimentos para Análise dos dados	27
Análise estatística	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 Artigo 1. Perfil populacional e qualidade de vida de idosos com Osteoartrose: uma revisão de literatura	29
5.2 Artigo 2. Perfil sócioclínico, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos com osteoartrose: uma revisão de literatura	48
5.3 Artigo 3. Perfil clínico, comprometimento funcional e qualidade de vida de mulheres idosas com osteoartrose de joelho.	65
5.4 Artigo 4. Perfil sóciodemográfico, qualidade de vida e nível de sobrecarga de cuidadores de mulheres idosas com osteoartrose de joelho.	92
5.5 Artigo 5. Comparação da qualidade de vida entre mulheres idosas com osteoartrose de joelho e seus cuidadores familiares.	115
6. CONCLUSÕES	135
7. RECOMENDAÇÕES	137
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
APÊNDICES	170
APÊNDICE A1 - Questionário Sociodemográfico e clínico para o Idoso	171
APÊNDICE A2 - Questionário Sociodemográfico e clínico para o Cuidador	172
APÊNDICE B1 - Questionário Relação Idoso- Cuidador	173
APÊNDICE B2 - Questionário Relação Cuidador- Idoso	174
ANEXOS	175
ANEXO 1 – Escala Visual Análogica	176

ANEXO 2 - Escala Algo Funcional de Lequesne	177
ANEXO 3 – Questionário de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref	180
ANEXO 4 – Escala Zarit Burden Interview	181

RESUMO

Esta tese versa sobre a osteoartrose (OA) de joelho no idoso, a sobrecarga do cuidador, a qualidade de vida (QV) de ambos e a relação entre a díade idoso-cuidador familiar. Dessa forma, seu objetivo foi de estudar o perfil populacional e a QV de idosos com OA e de seus cuidadores familiares. O estudo foi realizado em duas fases; na primeira foram elaborados dois artigos de revisão de literatura. E, na segunda, foram elaborados três artigos empíricos, que foram do tipo quantitativo, observacional, descritivo e de corte transversal. A amostra foi constituída por 15 idosas diagnosticadas com OA de joelho e seus cuidadores familiares. Para as idosas foram aplicados o questionário sociodemográfico e clínico, a Escala Visual Analógica (EVA), o questionário Algofuncional de Lequesne, o *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Bref Form* (WHOQOL-Bref) e o questionário da relação idoso-cuidador. Para os cuidadores foram aplicados o questionário sociodemográfico e clínico, a escala *Zarit Burden Interview*, o WHOQOL-Bref e o questionário da relação cuidador-idoso. As idosas apresentaram média de idade de $74 \pm 6,4$ anos, com Índice de Massa Corporal (IMC) médio de $26,91 \pm 8,85$ Kg/m², das quais 53,33% (n=8) eram casadas e moravam com os maridos, 66,6% (n=10) eram aposentadas, 60% (n=8) não praticavam atividade física e 93,3% (n=14) utilizava algum tipo de medicação. Em relação aos cuidadores, 53,3% eram homens (n=8), com média de idade de $58,53 \pm 17,54$ anos, com IMC médio de $25,16 \pm 4,80$ Kg/m², dos quais 73,33% (n=11) eram casados, 60% (n=8) não praticavam atividade física e 93,3% (n=14) eram fumantes. De forma geral, observou-se que as idosas portadoras de OA de joelho, apontaram a dor como sintoma mais identificável e que a QV está diminuída, sendo o físico o pior domínio. Em relação aos cuidadores familiares, percebeu-se presença de sobrecarga e a que a QV está diminuída. Ao comparar a QV da díade idoso-cuidador, os resultados mostraram que as idosas têm a QV mais comprometida que o cuidador, exceto no domínio relações sociais. E a relação entre o par, demonstra indícios de ser harmoniosa. Com esta tese, gerou o projeto de um programa de apoio a saúde, para indivíduos com OA e seus cuidadores buscando minimizar as repercussões da OA na vida dos idosos e minimizar a sobrecarga sofrida pelos cuidadores.

Palavras-Chave: osteoartrose, osteoartrose de joelho; envelhecimento; idoso; cuidador; qualidade de vida e sobrecarga.

ABSTRACT

This thesis deals with the osteoarthritis (OA) of the knee in the elderly, the burden of the caregiver, the quality of life (QOL) and the relationship between the old-family caregiver dyad. That way, your goal was to study the population profile and the QOL of elderly people with OA and their family caregivers. The study was conducted in two phases, on the first were elaborated two articles of literature review. And on the second, three practical articles were developed, which were quantitative type, observational, descriptive and cross-sectional. The sample consisted of 15 older diagnosed with knee OA and their family caregivers. For the elderly have been applied the demographic questionnaire and clinical, the Visual analogue scale (EVA), Algofuncional survey of Lequesne, the World Health Organization Questionnaire for Quality of Life-Form Bref (WHOQOL-Bref) and the old relationship quiz-caregiver. For caregivers have been applied the demographic questionnaire and clinical, Zarit Burden Interview, scale the WHOQOL-Bref questionnaire and the relative caregiver-aged. The elderly showed an average age of 74 ± 6.4 years, with body mass index (BMI) 26.91 average ± 8.85 Kg/m², out of which 53.33% (n = 8) were married and lived with their husbands, 66.6% (n = 10) were retired, 60% (n = 8) did not practice physical activity and 93.3% (n = 14) used some type of medication. In relation to caregivers, 53.3% were men (n = 8), with an average age of 58.53 ± 17.54 years, with average BMI 25.16 ± 4.80 Kg/m², of which 73.33% (n = 11) were married, 60% (n = 8) did not practice physical activity and 93.3% (n = 14) were smokers. In general, it is observed that the elderly patients with OA of knee, point out the pain as a symptom more identifiable and the QOL is decreased, being the worst physical domain. In relation to family caregivers, realized an increase of burden and the QOL is diminished. When comparing the QOL of the elderly carer dyad, the results show that the elderly are the most committed to the caregiver QV, except in the field social relations. And, the relationship between the pair, shows signs of being harmonious. With this thesis, the design of a health support program, for individuals with OA and their caregivers seeking to minimize the impact of OA in the lives of the elderly and minimize overhead suffered by caregivers.

Keywords: osteoarthritis, knee osteoarthritis; Aging; elderly; caregiver; quality of life and burden.

RESUMEN

Esta tesis aborda la osteoartritis (OA) de rodillas en ancianos, la sobrecarga del cuidador, la calidad de vida (CV) y la relación entre díada anciano (mayor dependiente)-cuidador familiar. Así, el objetivo fue estudiar el perfil poblacional y la CV de los ancianos con OA y de ancianos con OA y de sus cuidadores familiares. El estudio se llevó a cabo en dos fases, la primera, fueron elaborados dos artículos de revisión de literatura. Y en la segunda parte, se llevaron a cabo tres artículos prácticos, que fueron cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra fue constituida por 15 ancianas diagnosticadas OA de rodilla y sus cuidadores familiares. Para las ancianas se elaboró cuestionario sociodemográfico y clínico, la Escala Visual Analógica (EVA), el cuestionario Algofuncional de Lequesne, el World Health Organization Questionnaire for Quality of Life- Bref Form (WHOQOL-Bref) y el cuestionario de la relación anciano-cuidador. Para los cuidadores fueron aplicados el cuestionario sociodemográfico y clínico, la escala Zarit Burden Interview, el WHOQOL-Bref y el cuestionario de la relación cuidador-anciano. Los ancianos presentaron una edad media de $74 \pm 6,4$ años, con cuerpo índice de masa (CIM) 26.91 promedio ± 8.85 Kg/m², de que el 53,33% (n = 8) eran casados y vivían con sus maridos, 66,6% (n = 10) fueron retirados, 60% (n = 8) no práctica de actividad física y el 93,3% (n = 14) utiliza algún tipo de medicamento. En relación con los cuidadores, 53.3% eran hombres (n = 8), con una edad media de ± 58.53 años $17,54 \pm 25.16$ IMC promedio 4.80 Kg/m², de los cuales 73.33% (n = 11) se casaron, 60% (n = 8) no práctica de actividad física y el 93,3% (n = 14) eran fumadores. En general, se observa que las ancianas portadoras de OA de rodillas, señalan el dolor como un síntoma más identificable y que la CV es la más afectada, siendo el físico el peor dominio. Acerca de los cuidadores familiares, se observó el incremento en la sobrecarga y que la hay poca CV. Comparando la CV de la díada anciano-cuidador, los resultados muestran que las ancianas tienen la CV más comprometida que el cuidador, excepto en el dominio de las relaciones sociales. Y, la relación entre el par, demuestra ser armoniosa. Con esta tesis, el diseño de una salud apoyo programa para las personas con OA y sus cuidadores, buscando minimizar las repercusiones de la OA en la vida de los ancianos y minimizar la sobrecarga sufrida por los cuidadores.

Palabras clave: osteoartritis de rodillas, envejecimiento, anciano (mayor dependiente), cuidador, calidad de vida y sobrecarga.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM – Arco de Movimento
AUSCAN - Australian/Canadian;
AVC – Acidente Vascular Cerebral;
CF – Coxo-Femural;
CNS – Conselho Nacional de Saúde;
DM- Diabetes Melitus;
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
EPM/UNIFESP – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo;
EQ- 5D - *EuroQol*;
EVA – Escala Visual Analógica;
HADS - Escala de depressão e Ansiedade hospitalar;
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;
IAMSPE - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual;
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva;
IGQV – Índice Geral de Qualidade de Vida;
IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física;
Kg/m² – Kilograma por metro quadrado
MIF - Medida de Independência Funcional;
MMSE - Mini Exame do Estado Mental.
NATIEX - Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército;
OA – Osteoartrose;
OMS – Organização Mundial de Saúde;
OP – Osteoporose;
PHQ-9 - Questionário de para a depressão do paciente;
PSF - Programa de Saúde da Família,
QV – Qualidade de Vida;
SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe;
SEIQoL - Avaliação Individual da Qualidade de Vida;
SF-36 - *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*;
SMEL – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.
SRB - Escala Autoavaliação de Sobrecarga;

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida;

UNESP - Universidade Estadual Paulista;

WHOQOL-Bref - *World Health Organization Quality of Life- Bref- Form;*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-OLD - *World Health Organization Quality of Life –Old;*

WOMAC - *Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index;*

ZBI - *Zarit Burden Interview.*

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Esta tese foi idealizada a partir da minha prática clínica como fisioterapeuta, no atendimento a pacientes portadores de doenças reumatológicas, por vários anos. Nesse tempo tenho observado um aumento da frequência dessas disfunções, principalmente da osteoartrose, associado à deterioração das capacidades funcionais desses indivíduos.

Atrelado a isso, por ser uma doença que acomete indivíduos a partir dos 50 anos, tem-se observado um aumento da frequência desta disfunção devido ao envelhecimento populacional pelo qual o Brasil e o mundo estão passando.

O aumento da expectativa de vida decorre da descoberta de novos recursos tecnológicos para diminuir as sequelas e a descoberta precoce das doenças, fazendo com que a população aumente cada vez mais, provocando repercussões na saúde pública, devido à necessidade de maiores cuidados com bem-estar físico e mental desse idoso.

Chama atenção, as alterações frequentes nesses indivíduos, como a dor, o sofrimento, a perda de produtividade e da vontade de ser produtivo, a diminuição do estado geral de saúde, o afastamento social, as perdas físicas associadas à diminuição do equilíbrio e da coordenação provocando alterações na marcha, o medo da queda, tudo isso repercutindo na capacidade funcional diretamente, mas, também, na sua autoconfiança, independência e na sua capacidade de autoeficácia.

Adicionalmente, é notável a inquietação das pessoas que acompanham seu familiar nessas condições e vão observando que, a cada dia, as atividades vão sendo limitadas e comprometendo a vida do indivíduo e dos familiares que vivem ao seu lado.

Através de vários trabalhos realizados com alunos da graduação, comecei a me interessar pelo estudo do envelhecimento, correlacionando-o com as várias doenças. E ao mesmo tempo, meu interesse também se voltou para a visão contemporânea no que diz respeito à qualidade de vida, uma vez que esta deixa de ser apenas a ausência de doença para se tornar um conceito muito mais amplo, e relacionado ao bem-estar físico, emocional e social; e, com isso mostrando uma ligação bastante estreita entre saúde – ou ausência dela – com a qualidade de vida.

A idealização desta tese surgiu da verificação da necessidade de unir a clínica da Fisioterapia ao estudar, mais profundamente, a qualidade de vida de idosos e dos seus familiares, numa interface com a Psicologia. Em busca de suprir essa necessidade, busquei o Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, me enquadrando na linha de pesquisa Família, Gênero e Interação Social.

Minha integração à linha de pesquisa anteriormente citada, aguçou minha preocupação com às alterações funcionais do idoso. Comecei a me questionar em relação a saúde das pessoas que ajudam esse indivíduo, e observei que a literatura especializada tem se debruçado apenas no que diz respeito à qualidade de vida individualizada, com enfoque ora no idoso, ora no cuidador. Porém, até o momento, são escassos os estudos que se dediquem a analisar e correlacionar a qualidade de vida do idoso com alguma deficiência física e do seu cuidador. A partir desse dado, foi visto a necessidade de se investigar as possíveis alterações na qualidade de vida e na relação entre o idoso com osteoartrose de joelho e seu cuidador familiar.

Dessa forma, o doutorado em Psicologia me propiciou uma avaliação mais aprofundada da relação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso, assim como, avaliar o nível de sobrecarga com a qualidade de vida do cuidador; e foi possível, após a análise dos dados estudados, elaborar um programa de apoio ao idoso com OA e programa de apoio para os cuidadores familiares de idosos com OA, com base nos resultados da pesquisa, para que ambos possam lidar de forma mais adequada com as limitações impostas pela doença, seja no âmbito familiar, social ou emocional.

Introdução

2. INTRODUÇÃO

A fase do envelhecimento pode ser vista como uma alteração biológica, em que se inicia um processo de declínio das funções vitais do organismo com diminuição dos processos adaptativos e fisiológicos, sendo concluída com a morte. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como "prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas" (Araújo, 2001, p. 7).

Não é possível definir quando um indivíduo entrará na senescência, pois esta não depende apenas da idade cronológica; é modificável de pessoa a pessoa, varia na forma de aparecimento e sua velocidade de instalação, que também pode ser alterada em três níveis distintos: biológico, psicológico e sociológico, pois o indivíduo não apresenta apenas o déficit físico, mas também alterações na capacidade de concentração e memória, alteração das relações sociais e familiares, com perda de pessoas do seu círculo de amizades e, às vezes, até a esposa ou esposo, modificando assim sua rotina de vida (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

A literatura aponta que o período da senescência é caracterizado pela necessidade de resolver conflitos do passado, investir nas relações sociais do presente e encarar o fim da vida com serenidade, colocando o idoso diante de novas situações, pois ao mesmo tempo em que ele se sente capaz de ser produtivo, de ter ação em vários ambientes sociais, principalmente no cuidado com filhos e netos, ele, em geral, é visto pelas pessoas da sua convivência, como uma pessoa que não tem mais possibilidade de ajudar ou de cooperar com as atividades cotidianas, diminuindo, assim, a sua autoconfiança e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (QV) (Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2005).

O aumento crescente de idosos e da expectativa de vida tem levado os pesquisadores a desenvolver estudos sobre a saúde dos idosos, a relação entre o envelhecimento sadio e o envelhecimento doentio; e, também acerca da relação entre envelhecimento saudável e a QV (Cobo, 2009).

Muitos estudos têm utilizado diversos tipos de instrumentos, tais como: Escala International Personality Item Pool (IPIP); Habilidades Cognitivas Gerais de Idosos, Escala de Depressão, condições de saúde e fatores sociodemográficos, Capacidade Funcional e Dinâmica Familiar, índice de Barthel, Apgar de Família; e, para análise da QV são utilizados o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) que tem três variações de instrumentos, o WHOQOL-100, WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref, além do SF-36. E, com isso, são obtidos

resultados variados, apresentando níveis de comprometimento baixo a alto da QV. Deve-se considerar que nestes estudos, os grupos estudados não possuem uma uniformidade nem de doenças nem de sintomas (Bodur & Dayanir, 2009; Brett et al., 2012; Cardona, Estrada & Agudelo, 2006; Dragomirecká et al., 2008; Johnson et al., 2013; Lima, Lima & Ribeiro, 2010; Lucas-Carrasco, Laidlaw & Power, 2011; McClane, 2006; Paskulin & Molzahn, 2007; Paskulin, Vianna & Molzahn, 2009; Pereira et al., 2006; Silva, 2007).

Nos dias atuais, existem vários conceitos sobre QV. O *World Health Organization Quality of Life Group* (The WHOQOL GROUP, 1994, p. 43) a definiu como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Entretanto, existe outra linha de estudos que correlaciona QV com Saúde; e, dessa forma, mostra a saúde como um aspecto muito mais profundo do que apenas ausência de doenças (Bowling, 1995; Buss, 2000; Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009).

Após analisar os diferentes conceitos sobre a QV no período de 1994 a 2013, utilizados por diferentes autores (Alves & Bassit, 2013, Gonçalves et al, 2013, Inouye, Pedrazzani, Pavarini & Toyoda, 2010) consideramos necessário traçar uma nova definição de QV, por tratar-se de um termo subjetivo, multidimensional e dinâmico. Dessa forma, daqui em diante, esta tese utilizará conceito próprio de QV, definida como uma decorrência da percepção individual e influenciada por vários fatores como: condição de saúde, socioeconômica, cultural, ambiental, de crenças, relações sociais e estado psicológico; e sofre modificações ao longo da vida e do momento que o indivíduo está vivenciando.

A QV pode ser alterada pela insatisfação do indivíduo, em qualquer uma das áreas que compõem a sua vida, bem como ser modificada por mudanças no estado psicológico, nível de independência, relações sociais, saúde física, emocional e psíquica e/ou relações com as características do meio ambiente desse indivíduo (Buss, 2000; Ebrahim, 1995; Nobre, 1995).

As diversas disfunções frequentes nessa fase da vida podem repercutir negativamente na QV, pois são doenças crônicas degenerativas que se instalam de forma progressiva, sendo de longa duração ou de característica permanente. Geram incapacidades devido às alterações patológicas que vão se instalando ao longo do tempo, necessitando de cuidados intensivos aos pacientes que apresentam essas alterações (Brito, 2009). Entre essas doenças estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes melitus (DM), o acidente vascular cerebral (AVC), a osteoporose (OP) e suas conseqüentes fraturas, e a osteoartrose (OA) (Rezende, Hernandez, Camanho & Amatuzzi, 2010).

A OA é uma disfunção incurável bem frequente durante a fase do envelhecimento, com frequência que começa a se elevar a partir da 5ª década de vida e a partir dos 85 anos é considerada universal (Duarte, Santos, Rodrigues, Ramires, Arêas & Borges, 2013, Rezende et al, 2010).

Esta disfunção caracteriza-se por um desgaste progressivo nas articulações, decorrente do desequilíbrio na homeostase corporal entre as células produtoras e degradativas de cartilagem articular, havendo uma preponderância de alterações que promovem uma diminuição da concentração de condroblastos. Então, ocorre um processo evolutivo de destruição da cartilagem, caracterizado por seu amolecimento, fissuração com pequenos traços de fratura, que vão aumentando ao longo do tempo, até atingir o osso subcondral, que promove um aumento excessivo de tensão em nível ósseo, acarretando o aparecimento de osteófitos (Albuquerque, 2004; Matsudo & Calmona, 2009; Rezende et al, 2010; Vasconcelos & Dias, 2006; Zaccaron, Dias, Abreu & Dias, 2006).

Esses osteófitos irão promover irritação dos tecidos periarticulares e levam ao quadro algico, a diminuição de mobilidade, com perda de força muscular e, com isso, muitas vezes acarretando impotência funcional ao indivíduo. Eles também favorecem as alterações na morfologia anatômica, muitas vezes havendo a presença de edema, alterando assim, a estética corporal. Também é possível observar a presença da rigidez articular, que é maior no período matutino, logo após o repouso e a dificuldade de mobilidade, conseqüentemente, trazendo repercussões vida pessoal, nos relacionamentos sociais e familiares (Albuquerque, 2004; Matsudo & Calmona, 2009; Rezende et al, 2010; Vasconcelos & Dias, 2006; Zaccaron et al, 2006).

A OA pode comprometer todas as articulações do corpo, porém as mais acometidas são as articulações na ordem decrescente de comprometimento, como mãos, joelhos, coxo-femoral, coluna cervical, lombar e pés; e, mais raramente, punho, cotovelo e tornozelo. É possível que a OA na articulação do joelho promova diminuição da mobilidade, e com isto gere comprometimento da marcha e perda funcional importante, modificando, assim, a vida do paciente (Rezende et al, 2010).

Com base na literatura especializada, observam-se indícios que existem repercussões negativas na QV de indivíduos com doenças reumáticas – dentre elas, destaca-se a OA. Essas vêm crescendo a cada ano, ocasionando grande incapacidade funcional e perda de QV, sobretudo na população idosa (Campos & Pailo, 2013). Muitos trabalhos também relatam a correlação entre a QV e a capacidade funcional, dor ou percepção do grau de suporte familiar nos pacientes idosos (Cunha & Mayrink, 2011; Lim, Manching & Penserga, 2012).

Quando o idoso inicia a perda de sua capacidade funcional - decorrente do processo de envelhecimento - passa a ficar mais tempo dentro de casa, e as relações familiares são as mais vivenciadas, passando o afeto a ser um dos fatores importantes no equilíbrio e bem-estar desse idoso (Souza, Pacheco, Martins, Barra & Nascimento, 2006), além da necessidade dos cuidados familiares (Pavarini et al, 2006; Torres, Reis, Reis & Fernandes, 2009a; Torres et al, 2009b). Para este indivíduo permanecer no seu ambiente familiar é importante, pois a manutenção do contato com a família buscando preservar o autoconhecimento e os valores de vida (Papaléo, 2000).

Com o advento da dependência no idoso, surge a necessidade de um cuidador formal ou informal. O cuidador formal é aquele que realiza o cuidado como atividade profissional, conseqüentemente remunerada, e que normalmente deve ter preparação profissional para esta atividade. Já o cuidador informal, normalmente é um familiar ou amigos que realizam o cuidado de forma parcial ou total, mas sem nenhum tipo de remuneração (Ferreira, 2012).

Neste segundo caso, pode haver modificação da estrutura familiar e conseqüente mudança de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, alterações na rotina e na dinâmica da família (Alvarez, 2001; Karsch, 2003; Marcon, Andrade & Silva, 1998; Vilaça et al, 2005). Por um lado, esse processo pode ser realizado de forma fácil, quando existe uma boa relação entre o idoso e o cuidador, mas também pode ser encarado com vários obstáculos, quando a relação prévia era constituída de conflitos. No primeiro caso, normalmente ocorre um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro lado, no segundo caso, é possível que o cuidado se torne inadequado por parte do cuidador, tornando o ato de cuidar um desgaste psicológico e físico, e demonstrando que a qualidade das relações familiares se encontra diretamente relacionada à qualidade do cuidado (Mendes, 1998).

Na grande maioria das vezes, o cuidador é caracterizado por ser um indivíduo do sexo feminino; e, normalmente, são as esposas/esposos ou filhas do idoso/idosa (Karsch, 2003; Souza, Skubs, Bretãs, 2007), que se dispõem à realização dos cuidados domiciliares, tais como ajuda nas atividades de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva, no acompanhamento a serviços de saúde ou outros (Souza et al., 2006).

Estudos recentes sobre cuidadores de idosos têm realçado a relação estreita que se estabelece entre eles (os cuidadores) e os pacientes com problemas neurológicos, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, Alzheimer e demências (Karsch, 2003; Resende & Dias, 2008; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2006). Muitos desses estudos buscaram discutir as repercussões do trabalho do cuidador, a sua QV (Reis, Santos, Reis & Gomes, 2013)

sobrecarga sofrida ou tipo de assistência prestada por essa pessoa. Também avaliaram o nível de dependência do idoso, percepção da QV, tanto do idoso quanto do seu cuidador, e as mudanças que ocorrem na dinâmica familiar. E alguns estudos tentaram também investigar as possíveis causas que podem influenciar a frequência de conflitos (Carneiro & França, 2011; Flores, Borges, Denardin-Budó & Mattioni, 2010; Floriano; Azevedo; Reiner & Sudré, 2012; Oliveira & D'elboux, 2012; Salgueiro & Lopes, 2010).

No entanto, ao finalizar esta análise, observa-se que a literatura especializada aqui apresentada, tem se debruçado mais especificamente no que diz respeito à QV individualizada, com enfoque ora no idoso ora no cuidador. Porém ainda são escassos os estudos que se dedicam a analisar ou correlacionar a QV do idoso com alguma deficiência física, e do seu cuidador.

Considerando que o envelhecimento associado à OA de joelho promove repercussões na saúde física e emocional do idoso e do seu cuidador familiar, ao qual, na maioria das vezes, não é oferecido nenhum tipo de suporte, o presente estudo teve como objetivo pesquisar o perfil populacional e a QV de idosos com OA e de seus cuidadores familiares.

Pretendeu-se ainda, caracterizar os idosos e os cuidadores familiares segundo variáveis sócio-clínicas; identificar, através da Escala Visual Analógica (EVA), o nível de dor do idoso portador de OA de joelho; identificar, através do questionário Algorfuncional de Lequesne, o grau de comprometimento funcional do idoso; identificar, através da escala Zarit Burden Interview, a sobrecarga sofrida pelos cuidadores familiares; analisar, através do WHOQOL-BREF, a QV do idoso e do seu cuidador familiar; comparar a QV do idoso portador desse diagnóstico com a dos cuidadores familiares que cuidam do idoso nessas condições. E, a partir destes dados elaborar um programa de apoio ao idoso com OA e programa de apoio para os seus cuidadores familiares de idosos com OA, com base nos resultados da pesquisa.

Para tanto, esta tese foi estruturada no formato de artigos com os seguintes itens: apresentação; introdução; metodologia geral do trabalho; cinco artigos, sendo dois teóricos e três estudos práticos; considerações finais e referências. No primeiro texto, foi feita uma revisão sobre a OA em idosos e suas repercussões na QV. No segundo texto, fez-se uma revisão sobre a sobrecarga sofrida pelo cuidador familiar de idosos e as repercussões na QV. No terceiro texto, foi avaliado o perfil clínico, comprometimento funcional e QV de 15 mulheres idosas com OA de joelho, obtidos através das escalas Lequesne e WHOQOL-Bref. O quarto texto trata dos resultados quantitativos do perfil clínico, QV e nível de sobrecarga de 15 cuidadores de mulheres idosas com OA de joelho, analisadas anteriormente, com dados obtidos através das escalas *Zarit Burden Interview* e WHOQOL-Bref. E, finalmente, o quinto texto realiza a comparação da QV entre mulheres idosas com OA de joelho e seus cuidadores familiares,

através do questionário WHOQOL-Bref e um de questionário da relação entre o par idoso-cuidador familiar, criado pela pesquisadora.

Objetivos

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar o perfil populacional e a qualidade de vida de idosos com osteoartrose e de seus cuidadores familiares.

Objetivos dos artigos teóricos:

- Analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil populacional e compreender a influência que a osteoartrose acarreta na qualidade de vida;
- Analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil socioclínico, o nível de sobrecarga e a qualidade de vida em cuidadores familiares de idosos.

Objetivos dos estudos empíricos:

- Avaliar o perfil clínico de idosos com osteoartrose de joelho e as repercussões em relação à dor, comprometimento funcional e qualidade de vida;
- Avaliar o perfil sociodemográfico, sobrecarga física e alteração na qualidade de vida do cuidador de mulheres idosas com osteoartrose de joelho;
- Comparar a qualidade de vida entre mulheres idosas com osteoartrose de joelho, seus cuidadores familiares e sua inter-relação.

Método

4. MÉTODO

O estudo está vinculado ao Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos, da própria instituição, com número de CAAE: 33057714.0.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 834.228.

O estudo foi realizado em duas fases:

4.1 Fase 1

Elaboração de dois artigos de revisão de literatura, que foram realizadas a partir de artigos científicos indexados em bases de dados, considerando artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, publicados entre 2005 e 2015, para o primeiro artigo e de 2006 a 2016, para o segundo artigo.

No primeiro artigo, o levantamento bibliográfico buscou publicações referentes às repercussões da OA em idosos e QV. Foram utilizados os descritores do DECS/MeSH: osteoartrose, osteoartrose de joelho, envelhecimento, idoso e qualidade de vida (QV) e suas correlatas nas línguas supracitadas. Foram incluídos artigos que apresentaram o tipo de estudo e que adotaram metodologia quantitativa. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura; estudos que abordavam tratamentos da OA, e estudos cuja amostra não era de idosos, artigos com objetivo de comparar questionários. Também foram descartados os estudos que se repetiram nas diferentes bases de dados.

No segundo artigo, o levantamento bibliográfico buscou publicações referentes à sobrecarga e a QV de cuidadores de idosos. Foram utilizados os descritores do DeCS/MeSH: cuidadores, sobrecarga e QV, e suas correlatas nas línguas supracitadas. Foram incluídos artigos que apresentaram o tipo de estudo transversal, que adotaram metodologia quantitativa e que apresentavam a relação QV e sobrecarga. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura; estudos que continham intervenções e estudos cuja amostra não era de cuidadores; e, ainda, foram descartados os estudos que se repetiram nas diferentes bases de dados.

4.2 Fase 2

Elaboração de três artigos empíricos. Para a elaboração destes artigos, seguiu-se os seguintes passos descritos abaixo:

4.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. Foram realizados três estudos, o primeiro com os idosos, o segundo com os cuidadores familiares e o terceiro comparando a díade idoso-cuidador familiar. A escolha da população estudada foi por conveniência, e sua realização aconteceu em uma Clínica Escola de Fisioterapia da cidade do Recife – PE – Brasil.

4.2.2 Amostra

4.2.2.1. Amostra Idosos

Inicialmente, o estudo obteve uma amostra de trinta e dois idosos, porém devido aos critérios de exclusão, quatorze tiveram o escore, na escala de Lequesne, inferior a oito pontos; três idosos estavam apresentando distúrbios demenciais, finalizando a amostra com quinze pacientes.

4.2.2.2. Amostra Cuidadores Familiares

Após a triagem inicial dos idosos, os seus respectivos cuidadores familiares eram contatados pessoalmente. Não houve perda amostral e finalizou-se a amostra com 15 cuidadores familiares.

Participantes da Pesquisa

1. 15 pessoas com diagnóstico clínico e radiológico de OA de joelho, na faixa etária a partir de 65 anos, de ambos os sexos, realizando tratamento fisioterapêutico.
2. 15 familiares/cuidadores, formando o par idoso/familiar.

4.2.3 Critérios de Inclusão

4.2.3.1 Critérios de Inclusão para os Idosos

- Idosos que apresentassem OA de joelho, uni ou bilateral, com presença de alterações radiológicas e sintomatologia que dificultassem as suas atividades diárias.
- Os idosos deveriam estar realizando tratamento fisioterapêutico há pelo menos dois meses, para que houvesse uma interação de confiança entre o terapeuta e o paciente.

- Os idosos precisavam obter escore maior ou igual a oito pontos no Questionário Algorfucional de Lequesne para o joelho, sendo classificados em grave, muito grave e extremamente grave. Este ponto de corte foi escolhido, para que o indivíduo tivesse sua capacidade funcional comprometida, necessitando de um cuidador.

- Escolaridade mínima de quinto ano do ensino fundamental, para o melhor entendimento dos questionários.

4.2.3.2 Critérios de Inclusão para os Cuidadores Familiares

- O cuidador familiar teria que apresentar idade mínima de 18 anos e ser o cuidador principal;

- Escolaridade mínima de quinto ano do ensino fundamental, para o melhor entendimento dos questionários.

4.2.4 Critérios de Exclusão

4.2.4.1 Critérios de Exclusão dos Idosos

- Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentassem patologias como déficits cognitivos e problemas demenciais. E alguma limitação física, como amputações. Também foram excluídos idosos com presença de tumores com indicação cirúrgica e doenças terminais.

4.2.4.2 Critérios de Exclusão dos Cuidadores Familiares

- Foram excluídos cuidadores que apresentassem patologias como déficits cognitivos e problemas demenciais. Que também tivessem alguma limitação física, como amputações e presença de tumores com indicação cirúrgica.

4.2.5 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos para os idosos: o questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice A1), a Escala Visual Analógica (Anexo 1), o questionário Algorfucional de Lequesne (Anexo 2), o *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Brief Form* (WHOQOL-BREF) (Anexo 3) e o questionário da relação entre idoso-cuidador (Apêndice B1). E para os cuidadores familiares, os

instrumentos utilizados foram: o questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice A2), a Escala *Zarit Burden Interview* (Anexo 4), o WHOQOL-BREF e o questionário da relação entre cuidador-idoso (Apêndice B2).

Todos os instrumentos são descritos abaixo:

4.2.5.1 Questionário sociodemográfico e clínico para o idoso e para o cuidador familiar. Estes questionários foram desenvolvidos pela autora dos trabalhos.

Para o idoso, o questionário constava de dados pessoais com os seguintes itens: nome, idade, profissão, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), estado civil, escolaridade, local de residência (cidade onde mora), ocupação, uso de cigarro e de medicação, com quem reside (nesta pergunta, o indivíduo poderia marcar mais de uma resposta), quadro clínico da OA presente (esta pergunta foi subjetiva, sendo utilizadas todas as respostas que foram relatadas pelos idosos, ao final surgiram quatro categorias – dor, edema, perda de força e perda de amplitude de movimento (ADM)) e referência à prática de atividade física.

E, para o cuidador, o questionário constava de dados pessoais com os seguintes itens: nome, idade, profissão, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), estado civil, escolaridade, local de residência (cidade onde mora), ocupação, uso de cigarro e de medicação, e referência à prática de atividade física.

Para o cálculo do IMC foram utilizadas as variáveis peso (P) e altura (H), obedecendo a equação, $\frac{P}{H*H}$. O IMC foi estabelecido segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual seria considerado baixo peso <18,5Kg/m²; peso normal entre 18,5 a 24,9 Kg/m²; sobrepeso entre 25,0 a 29,9 Kg/m², obesidade grau 1 entre 30 a 34,9 Kg/m², obesidade grau 2 entre 35 a 39,9 Kg/m² e obesidade grau 3 ≥ 40 Kg/m² (Brechner, Farris, Harrison, Tillman, Salive & Phurrough, 2004). E, a idade para a categorização dos cuidadores foi estabelecida da seguinte forma: adolescência de 10-11 anos a 20 anos, adulto jovem de 20 a 40 anos incompletos, adulto de meia idade com 40 a 65 anos incompletos e idoso com 65 anos ou mais.

4.2.5.2 Escala Visual Analógica (EVA)

Esta escala foi criada há cerca de 70 anos e aplicada inicialmente por Clarke e Spear (1964) e Huskisson (1974); sua validação decorre do fato de ser utilizada de forma bastante frequente na clínica (Jensen, Chen & Brugger, 2003; Rubbo, 2010). A EVA consiste em uma linha horizontal ou vertical, de dez centímetros, numerados com o ponto inicial zero e final dez,

na qual o zero representa ausência de dor e a marca dez, dor máxima. É classificada como leve (0 a 3), moderada (4 a 7) e grave (8 a 10)(Carvalho & Kowacs, 2006).

4.2.5.3 Questionário Algofuncional de Lequesne

O questionário avalia a funcionalidade dos joelhos e quadris de pessoas com OA nessas articulações. É composto por 11 questões das quais 6 são para dor ou desconforto sendo uma delas específica para joelho e outra para o quadril, uma (1) questão de máxima distância caminhada e quatro (4) sobre atividades de vida diária (AVDs) diferentes para quadril e joelho, sendo utilizada apenas a parte do questionário específica para joelho. A pontuação vai de 0 a 24, e sua soma indica: extremamente grave (maior ou igual a 14 pontos); muito grave (11 a 13 pontos); grave (8 a 10 pontos); moderada (5 a 7 pontos); e pouco acometimento (1 a 4 pontos) (Marx, Oliveira, Bellini & Ribeiro, 2006).

4.2.5.4 Escala Zarit *Burden Interview*

A presente escala é um instrumento validado para o Brasil, contém 22 questões, com o intuito de avaliar: a relação entre os cuidadores e idosos com algum tipo de deficiência, funcionais ou comportamentais, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. É uma escala na qual o pesquisado é colocado diante de afirmativas que relatam o seu sentimento quando cuida de outra pessoa, sendo graduada de 0 a 4, cujo 0 corresponde à ausência do sentimento, e 4 à presença constante do sentimento. O escore total varia de 0 a 88, conferindo maiores percepções de sobrecarga a escores mais altos. Para análise estatística, foi utilizada a classificação publicada para os escores totais, na qual a sobrecarga pequena é pontuada de 0 a 20 pontos, sobrecarga moderada de 21 a 40 pontos, moderada a severa de 41 a 60 pontos e sobrecarga severa para pontuações acima de 61 pontos (Scavufca, 2002).

4.2.5.5 *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Brief Form (WHOQOL-BREF)*, validado para o Brasil (Fleck et al., 2000; O'Carroll, Smith, Couston & Cossar, 2000; Saxena, Carlson, Billington & WHOQOL Group, 2001; WHOQOL Group, 1998).

O *WHOQOL-BREF* possui 26 questões, sendo 2 gerais e 24 que se dividem nas 24 facetas que se distribuem nos 4 domínios em que se baseia o instrumento original, sendo esses: Físico, com 7 questões; Psicológico, com 6 questões; Relações Sociais, com 3 questões e Meio Ambiente, com 8 questões. A média de todas as questões independentes compõe o índice geral de QV (IGQV). O tempo médio para seu preenchimento é de 10 minutos. As respostas às

questões foram dadas numa escala comum com um único intervalo de 1 (um) a 5 (cinco), segundo a metodologia do *WHOQOL*, a fim de obter uma resposta analítica e estatística dos resultados. O valor mínimo dos escores de cada domínio do WHOQOL-BREF é quatro (4), e o máximo é 20. O objetivo é analisar, entre os dados obtidos, a QV dos respondentes, nas suas últimas duas semanas. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio.

4.2.5.6 Questionário da relação entre idoso-cuidador

Este questionário foi desenvolvido pela autora, baseado em estudo prévio de Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata. e Fleck (2006) que constam de três perguntas na escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta. Para o idoso era aplicado o questionário da relação entre idoso-cuidador que continha as seguintes perguntas: “Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa que cuida de você?” (nada, pouco, mais ou menos, muito e completamente), “Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da sua capacidade funcional, como está o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa), “Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa).

4.2.5.7 Questionário da relação entre cuidador-idoso

Também baseado no estudo prévio (Trentini et al, 2006) e seguindo a mesma sequência do questionário anterior, a autora desenvolveu um questionário da relação entre cuidador-idoso para o cuidador que continha as seguintes perguntas: “Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa de quem você cuida?” (nada, pouco, mais ou menos, muito e completamente), “Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da capacidade funcional do idoso, como está o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa) e “Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). Destaca-se que o “nada” e “muito ruim”, receberam a pontuação 1 e “completamente” e “muito boa” pontuação 5.

4.2.6 Procedimentos para coleta dos dados

4.2.6.1 Para o Idoso:

No primeiro dia, foi realizado um contato com as pacientes portadoras de OA de joelho, sendo estas orientadas sobre o objetivo da pesquisa, informando que sua participação seria voluntária; assim como, coletando as devidas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também, nesse momento, foi realizada uma rápida explicação sobre os procedimentos de coleta de dados, seguida da aplicação do questionário sociodemográfico e clínico.

No segundo contato, uma semana após o primeiro momento, foi realizada, com as idosas, a aplicação da Escala Visual Analógica (EVA); na qual o paciente marcou na linha o local que ele considera representar a intensidade da sua dor. E o questionário Algofuncional de Lequesne, que avalia a capacidade funcional do indivíduo, o tempo médio de aplicação é de 5 minutos.

Também, nesse momento foi aplicado o instrumento de avaliação de QV *WHOQOL – BREF*. Em seguida, responderam ao questionário da relação entre idoso-cuidador.

O tempo dispensado para cada aplicação do instrumento não excedeu o período de uma hora, tempo relativo a uma sessão de fisioterapia. Considerávamos que essa coleta de dados causasse cansaço ou algum desconforto à idosa. No entanto, isso não foi observado. Em caso de ser positivo, seria descontinuada a avaliação e marcada uma nova data para a continuação da coleta dos dados.

4.2.6.2 Para o cuidador familiar:

No primeiro momento, foi realizado um contato inicial com os familiares das idosas portadoras de OA de joelho, os quais foram orientados sobre o objetivo da pesquisa. Foi informado que sua participação era de caráter voluntário; assim como, foram coletadas as devidas assinaturas do TCLE. Nesse momento, foi realizada uma rápida explicação sobre os procedimentos de coleta de dados, e aplicação dos questionários: sociodemográfico e clínico, Escala *Zarit Burden Interview* e de avaliação da QV *WHOQOL – BREF*. Da mesma forma que a realizada para o idoso, os cuidadores responderam ao questionário da relação entre cuidador-idoso.

4.2.7 Entrevistas com o idoso e o seu cuidador familiar

Foram realizadas entrevistas com o idoso e com o cuidador familiar, com o intuito de auxiliar na elaboração de um programa de apoio ao idoso com OA e ao cuidador familiar deste idoso. Para isto foi realizado um sorteio de 3 pares de idosas/cuidadores, correspondendo a 20% da população final, numerando as avaliações e, posteriormente, foram feitos 15 envelopes lacrados com os números das avaliações, e foi solicitado para uma pessoa que não faz parte da pesquisa, selecionando 3 envelopes. Os pares das fichas de avaliação sorteadas foram chamadas para uma entrevista individual, na qual a pesquisadora fez uma pergunta aberta para o idoso: Como era a sua vida antes e com está sendo agora, após a instalação da OA? E, para o cuidador a pergunta foi: Como era a sua vida antes e como está sendo agora, após a instalação da patologia da idosa?

As entrevistas da idosa e do cuidador aconteceram em local específico, sala 43 dos Laboratórios Especializados em Fisioterapia e Terapia Ocupacional *Corpore Sano*; e, em dias reservados para cada um, com a presença apenas da pesquisadora e do entrevistado; e ocorreram após as coletas dos dados quantitativos.

4.2.8 Procedimentos Éticos

Para a realização desta pesquisa, foram obedecidas as orientações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde e as normas internacionais de pesquisa com seres humanos (Declaração de Helsinque), tendo sido adotados todos os procedimentos éticos previstos pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com número de CAAE: 33057714.0.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 834.228.

Esta pesquisa incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o TCLE, e após assinatura foi marcado horário e local adequado para início da coleta de dados. Este documento também apresenta os esclarecimentos metodológicos e assegura os direitos de, a qualquer

momento, desistir de ser voluntário na pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo ao seu tratamento, além da garantia do sigilo da identidade do participante.

4.2.9 Procedimentos para Análise dos dados:

Análise estatística: Após as aplicações dos questionários foi realizada a elaboração da planilha no Excel 2007®, com os dados coletados. Na análise descritiva, foram utilizados números absolutos, percentuais, média, desvio padrão, mínimo e máximo.

A análise estatística foi realizada utilizando o software *GraphPad Prism 4*. Para testar a suposição de normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar as diferenças entre as proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. A comparação entre as médias foi realizada utilizando-se os testes: teste t Student para variáveis paramétricas e os testes de Kruskal-Wallis, pós-teste de Dunn, One way ANOVA; pós teste de Tukey e teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. A correlação foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Todas as conclusões foram tomadas em nível de significância de 5%.

Resultados

Perfil populacional e qualidade de vida de idosos com osteoartrose: uma revisão de literatura

Population profile and quality of life of elderly people with osteoarthritis: a literature review

UCHÔA, Érica Patrícia Lira Borba¹; LIMA, Albenise de Oliveira²

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. Email: ericauchoa@gmail.com

² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Psicologia, Família e Saúde, pela Universidade de Deusto, Espanha. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: albenise@unicap.com

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um processo progressivo que resulta em características singulares a cada indivíduo, em que as células somáticas do corpo deixam de se dividir, envelhecem e morrem, ocasionando diminuição do número de células que não são substituídas por novas, como acontece na juventude. A partir desse fenômeno surgem as doenças crônicas degenerativas, como a osteoartrose (OA), que é uma doença de evolução lenta e progressiva, muitas vezes com curso silente e que a principal manifestação clínica é o quadro doloroso, que piora com o avançar da patologia. Acredita-se que esta seja a quarta doença que mais reduz a qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil populacional e compreender a influência que a OA acarreta na QV. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de artigos científicos indexados nas bases de dados MEDLINE/ SCIELO/ LILACS. Foram utilizados os descritores do DeCS/ MeSH: osteoartrose, osteoartrose de joelho, envelhecimento, idoso e qualidade de vida e suas correlatas nas línguas espanhola e inglesa, publicados entre 2005 a 2015. **Resultados:** Foram encontrados 36.636 artigos, dos quais apenas um total de 16 artigos tratam sobre a OA, patologia, alterações na capacidade funcional e na QV. **Considerações Finais:** Com o estudo, pode-se perceber que o sexo feminino foi predominante, a idade média entre os estudos variava entre 73 a 75 anos, com IMC dentro da faixa de sobrepeso e a maioria dos idosos eram ativos. A dor está sempre presente nos indivíduos idosos com OA de joelho, e a QV - tanto no Whoqol-Bref como no SF-36 - está diminuída, podendo-se afirmar que existe uma correlação direta entre a presença da OA de joelho e a diminuição da QV.

Palavras-Chave: osteoartrose; osteoartrose de joelho; envelhecimento; idoso; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Aging is a gradual process which results in unique features to each individual, in which the somatic cells fails to divide, grow old and die, causing a decrease in the number of cells that are not replaced by new, as in the youth. From that chronic degeneration phenomenon, diseases are emerging, such as osteoarthritis (OA), which is a slow and progressive disease, often silent and tender, with the main clinical manifestation being pain that worsens with the advance of the condition. It is known that this is the fourth disease that most reduces the quality of life (QOL). **Objective:** To observe through an literature review, the socioeconomic impact factors and to understand the influence that OA causes on QOL. **Materials and Methods:** This is a literature review, conducted from scientific articles indexed in the databases MEDLINE//LILACS, SCIELO were used the DeCS/MeSH descriptors: osteoarthritis, knee osteoarthritis, aging, elderly and the quality of life and its related English and Spanish, published between 2005 to 2015. **Result:** 36636 articles were found, of which only a total of 16 articles dealing with OA, pathology, functional capacity and changes in QOL. **Final Considerations:** In the study, one can realize that the female was prevalent, the middle ages between the studies ranged from 73 to 75 years, with BMI in the overweight range and most of the elderly were active. The pain is always present in elderly individuals with knee osteoarthritis and the quality of life in both the Whoqol-Bref and in the SF-36 are reduced, and can state that there is a direct correlation between the presence of knee OA and decreased QOL.

Keyword: osteoarthritis knee osteoarthritis; aging; elderly; quality of life.

Introdução

Durante os últimos anos, vem acontecendo uma transição demográfica no Brasil, com relação à população idosa – influenciada pela queda da mortalidade, a partir da década de 1940; e, pela queda da fecundidade, a partir de 1960 (Vermelho & Monteiro, 2004), além dos avanços científicos e tecnológicos na área de saúde (Campolina, Dini & Cicconelli, 2011; Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré, 2012; Minayo, Hartz & Buss, 2005; Uesugui, Fagundes e Pinho, 2011). Essas modificações promoveram impacto na economia brasileira, com mudanças no sistema de assistência à saúde, devido à necessidade de um aumento crescente por novos recursos, com o intuito de suprir as necessidades que caminham junto ao envelhecimento (Luzardo et al, 2006; Pereira et al, 2006).

O envelhecimento é caracterizado por um conjunto de mudanças nas características biológicas, como também nos meios sociais e culturais (Minayo et al, 2000) inerentes a cada indivíduo (Flores, Borges, Denardin-Budó & Mattioni, 2010; Souza, Skubs & Bretas, 2007). Tais mudanças apresentam grande impacto na saúde, pois exigem uma maior atenção e é necessário que exista direcionamento em relação à prevenção de doenças, incapacidades e dependência, comuns ao período da senescência (Luzardo et al, 2006; Pereira et al, 2006). Nesse período, diferentemente do que ocorre na fase da juventude, as células somáticas do corpo deixam de se multiplicar, envelhecem e morrem, ocasionando diminuição do número de células que não são substituídas por novas (Minayo et al, 2000).

A partir disso, surgem as doenças crônicas degenerativas que são definidas como doenças que se instalam de forma progressiva, sendo de longa duração ou de característica permanente, que geram incapacidades devido às alterações patológicas que vão se instalando ao longo do tempo, necessitando de cuidados intensivos aos pacientes que apresentam as referidas alterações (Oliveira & Braga, 2010). Entre essas doenças estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes melitus (DM), o acidente vascular cerebral (AVC), a osteoporose (OP) e suas consequentes fraturas, e a osteoartrose (OA) (Jordan et al, 2003).

Dentre as doenças citadas no parágrafo anterior, destaca-se a OA, que apesar de constituir a principal causa de deficiência física em idosos, não é geradora de “grande incapacidade” (Silva, Santos, Carvalho Junior & Matos, 2014). Tal qual a lesão medular, a artrite reumatoide ou o AVC, ela deve ser considerada, já que, com o passar do tempo, irá desenvolver limitação articular dolorosa e progressiva, ocasionando modificações clínicas e funcionais que afetarão profundamente a mobilidade e o estilo de vida dos idosos, muitas vezes tornando-os dependentes. Isso comprometerá a autonomia e a independência funcional

(Zacaron, Dias, Abreu & Dias, 2006), resultando em repercussões aos seus relacionamentos familiares e sociais (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001; Camanho, Imamura, Arent-Nielsen, 2011; Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009). Estudos apontam a OA como sendo a quarta doença que mais reduz a QV, para cada ano de sua instalação (Duarte et al, 2013; Matos & De Araújo, 2009; Rezende et al, 2010).

A OA é uma doença de evolução lenta e progressiva, muitas vezes com curso silente e como principal manifestação clínica o quadro doloroso, que piora com o avanço da patologia (Rejali, Chueire, Cordeiro, Petean & Filho, 2005). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil apresenta-se como o segundo país na incidência de OA no mundo; perde apenas para os Estados Unidos. Cerca de 15 milhões de pessoas, no Brasil, acredita-se, sejam portadoras dessa patologia. Trata-se de doença incurável e a mais frequente a partir da 5ª década de vida; apresenta frequência média de incidência de 44% a 70%. A partir dos 75 anos, essa frequência aumenta para cerca de 85% e, aos 85 anos, ela é universal (Duarte et al, 2013; Matos e De Araújo, 2009; Rezende, Hernandez, Camanho & Amatuzzi, 2010).

Vários são os conceitos acerca da QV (QV). O *World Health Organization Quality of Life Group* (The WHOQOL GROUP, 1998, p. 43) a definiu como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Entretanto, há outra linha de estudos que correlaciona QV com saúde: mostra a saúde como um aspecto muito mais profundo do que apenas ausência de doenças (Bowling, 1995; Buss, 2000). Na realidade, a QV surge da interação de parâmetros objetivos e subjetivos, principalmente em relação à real necessidade e expectativas dos indivíduos (Almeida, Guitierrez & Marques, 2012).

Por outro lado, pode-se citar como parâmetros objetivos, as situações de moradia, saneamento básico, transporte e alimentação. Por sua vez, os parâmetros subjetivos dizem respeito à significação individual que cada indivíduo tem em relação às situações objetivas que estão atreladas à cultura, dinâmica familiar, experiências vividas, zona de moradia e ao meio social (Almeida et al, 2012).

Muitos estudos apontam alterações na QV de pacientes com OA, porém utilizando diferentes instrumentos para mensuração e com presença de variáveis distintas, tais como: idade, sexo, condições físicas de saúde, fatores psicológicos, nível socioeconômico, presença de complicações, entre outras.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil populacional de idosos com OA, como também, compreender a influência que a OA acarreta na QV desses idosos.

Método

O presente estudo trata de uma revisão de literatura, realizada a partir de artigos científicos indexados nas bases de dados MEDLINE/ SCIELO/ LILACS, considerando artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, publicados entre 2005 e 2015. O levantamento bibliográfico buscou publicações referentes às repercussões da OA em idosos e QV. Foram utilizados os descritores do DeCS/ MeSH: osteoartrose, osteoartrose de joelho, envelhecimento, idoso, qualidade de vida e suas correlatas nas línguas supracitadas.

Incluem-se os artigos que apresentaram o tipo de estudo e adotaram metodologia quantitativa. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura; estudos que abordavam tratamentos da OA, e estudos cuja amostra não eram de idosos, artigos com objetivo de comparar questionários. Também foram descartados os estudos que se repetiram nas diferentes bases de dados.

Os artigos incluídos foram lidos pela pesquisadora/ revisora, e após a inclusão, os fatores avaliados nos estudos foram autor/data, objetivo, população, local de estudo e método, tipo de estudo e desfechos.

Os estudos foram descritos em tabelas e seus dados foram analisados, porém houve presença de heterogeneidade da metodologia e não padronização das apresentações dos resultados. Os resultados foram descritos na forma de revisão integrativa, com as apresentações dos achados quantitativos de cada um deles.

Resultados

Foi encontrado um total de 36.637 artigos, nos bancos de dados PUBMED, SCIELO e Portal Capes, com a combinação das palavras chaves: osteoartrose, osteoartrose de joelho, envelhecimento, idoso e qualidade de vida

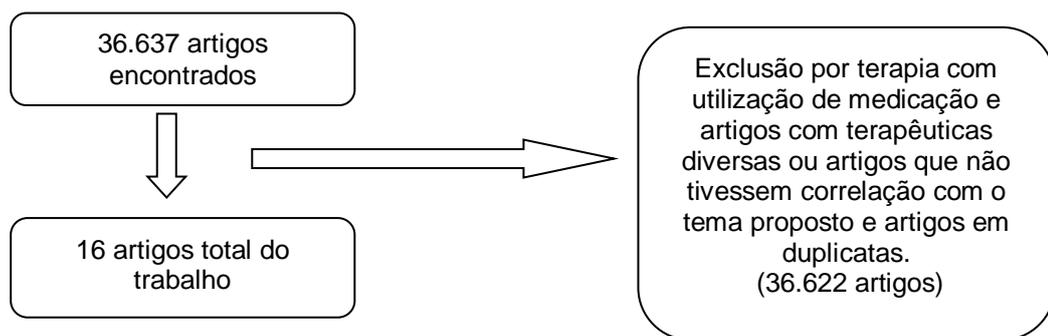
Tabela 1. Resultados da busca de periódicos nos diversos bancos de dados.

Palavras chaves	PUBMED	SCIELO	CAPES
Envelhecimento x Osteoartrose	1633	0	0
Envelhecimento x Osteoartrose de joelho	506	0	0
Envelhecimento x Qualidade de vida	7120	196	1080

Continuação Tabela 1. Resultados da busca de periódicos nos diversos bancos de dados.

Envelhecimento x Qualidade de vida WHOQOL	35	7	33
Envelhecimento x Qualidade de vida WHOQOL-BREF	20	3	17
Idoso x Osteoartrose x Qualidade de vida	1323	30	0
Osteoartrose x Qualidade de vida	2027	28	1
Osteoartrose X Idoso	27283	29	304
Total	35.029	223	1385

Porém, do total foram excluídos 36.621 artigos, finalizando a busca com um somatório de 16 artigos que falam sobre a OA, patologia, alterações na capacidade funcional e na QV (Fluxograma 1).



Fluxograma 1: Esquema referente aos critérios de exclusão dos artigos estudados.

A tabela 2 mostra a relação dos 16 artigos que relacionaram a OA em idosos, com a descrição dos objetivos, população, tipo do estudo, método e repercussões identificadas.

Tabela 2: Artigos encontrados relacionando OA em idosos, dados socioclínicos e QV.

Autor/ Data	Objetivo	Tipo de estudo	População, Local de estudo e Método	Repercussões identificadas
Alexandre, Cordeiro e Ramos, 2008	Investigar se a QV de idosos com OA de joelho pode ser influenciada por dados sociodemográficos e/ou por parâmetros clínicos e funcionais gerados pela doença.	Transversal Analítico	Amostra de conveniência constituída por 40 idosos, ambos os sexos, atendidos no centro de reabilitação e no Ambulatório de Doenças Osteoarticulares da EPM/UNIFESP. Estudo Quantitativo:	Mulheres (97,5%) Número de comorbidades - 6,88 Tempo em anos de dor no joelho - 8,5 anos. Womac - maior dor ao subir e descer escadas (87,5%), maior rigidez após acordar

			Instrumentos utilizados: SF-36, WOMAC, EVA, Questionário estruturado com dados sociodemográfico.	de manhã (80%) e maior dificuldade em entrar e sair do carro (97,5%). SF-36 – Domínio mais comprometido - capacidade funcional (40).
Alves e Bassit, 2013	Relacionar capacidade funcional e QV de idosas com OA do joelho.	Transversal.	A amostra foi constituída por 40 mulheres idosas, no Setor de Fisioterapia do Ambulatório do Serviço de Medicina Física do IAMSPE, em 2012. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Questionário de Identificação, WOMAC e WHOQOL-OLD	Idade média - 74,1 anos, 47,5% - OA nos dois joelhos. WOMAC - 55% - dor intensa ou muito intensa ao subir ou descer escadas; 65% - pouca ou moderada rigidez após acordar; Função física dificuldade intensa ou muito intensa para fazer tarefas domésticas pesadas. No WHOQOL-OLD - maior pontuação - “participação social” e nos praticantes de atividade física, em “autonomia”.
Campolina et al, 2011	Avaliar o impacto da doença crônica na QV de idosos da comunidade, no município de São Paulo.	Transversal	A amostra foi selecionada por demanda, de março a abril de 2007, na UNIFESP. Avaliaram-se 353 indivíduos. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Questionários clínico-demográfico padronizado e SF-36.	Média de idade foi 71,6 anos, 51,3% de mulheres. Mulheres apresentaram piores níveis de QV em todos os domínios do SF-36. Domínio mais comprometido foi aspectos físicos (p<0,05).
Cunha e Mayrink, 2011	Avaliar a influência da dor crônica na QV dos idosos	Transversal	Amostragem por conveniência foi composta por 50 pacientes, do serviço ambulatorial de acupuntura de uma Unidade Mista de Saúde de São Luís-MA. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados:	76% mulheres, média de idade - 72 ± 7,36 anos. Doenças mais referidas - artrite ou reumatismo em 62%. EVA - 52% nem ruim nem boa. Intensidade da dor – moderada. WHOQOL-Bref – mulheres maior

			Questionário EVA e WHOQOL-Bref	satisfação no domínio: relações sociais. Houve correlação da EVA com todos os domínios do WHOQOL-Bref, exceto nas relações sociais.
Figueiredo Neto, Queluz e Freire, 2011	Avaliar a QV e sua associação com a atividade física nos diferentes contextos da vida diária de pacientes com OA (OA) encaminhados pelas unidades básicas de saúde para um serviço universitário.	Estudo transversal, descritivo, série de casos.	Amostra foram 100 pacientes com OA atendidos pela primeira vez nos ambulatórios de reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: IPAQ, SF-36, WOMAC, AUSCAN Osteoarthritis Index e a EVA.	92% mulheres Média de idade - 59,9 anos. Articulação mais comprometida – joelho (96%) SF-36 - maiores escores - domínios “aspectos sociais” e “aspectos emocionais”, e o menor - “aspectos físicos”. WOMAC e AUSCAN – escores baixos. EVA - dor intensa (75%). IPAQ ativos (62%) e insuficientemente ativos (26%).
Grotle, Hagen, Natvig, Dahl e Kvien, 2008	Investigar o impacto da obesidade na incidência de OA em CF, joelho e mãos na população geral com seguimento de 10 anos.	Estudo de coorte prospectivo, por 10 anos	População composta por 1675 participantes e foi realizado em Ullensaker município de Oslo, capital de Norway. Estudo Quantitativo: Instrumento utilizado: Dados socioclínicos	De 1994 para 2004, 5.8% desenvolveram OA na CF, 7.3% nos joelhos e 5.6% nas mãos. Incidência de OA -- significativamente maior nas mulheres.
Lima, Lima e Ribeiro, 2010	Verificar a QV dos idosos institucionalizados.	Estudo do tipo exploratório-descriptivo.	População foi de 191 idosos institucionalizados e distribuídos em instituições da cidade de João Pessoa. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: socioclínico e WHOQOL-Bref.	A amostra final foi de 57 idosos (30% da população) Sexo feminino - 78,3%, Escolaridade - 26 idosos (37,7%) não concluíram o ensino fundamental WHOQOL-Bref – melhor domínio psicológico e o pior, físico.
Paula, Soares e Lima, 2010	Avaliar o efeito de um protocolo de tratamento de tratamento fisioterapêutico na	Estudo do tipo original, experimental e exploratório.	Amostra de 9 pacientes, desenvolvido na seção de Fisioterapia da Policlínica Regional	Tempo médio de dor no joelho - 10,8 meses Pré tratamento –

	funcionalidade e no quadro álgico em pacientes portadores de OA de joelho.		Dr. Eduardo Lenvindo Coelho, de Ubá Minas Gerais. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Algo Funcional de Lequesne (modificado) e EVA. Avaliação da gravidade da OA de joelho pelas radiografias através dos critérios Kellgren-Lawrence.	Dor – agachar – pior escore Lequesne – 9,7 pontos Exame Radiológico - grau I e grau II, ambos 44,4% Pós tratamento Dor – melhora significativa em todas funções avaliadas, Lequesne - 3,4 pontos – Pouco acometimento Exame Radiológico – sem alteração
Pereira et al, 2006	Analisar se existe contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na QV global.	Estudo observacional de corte transversal, sendo a amostragem aleatória estratificada por sexo.	Foram envolvidos no estudo, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Teixeira (MG), pertencente à Região Sudeste do Brasil. Estudo Quantitativo: Instrumento utilizado: Questionário WHOQOL-Bref	Foram estudados 211 idosos, 51,7% - sexo feminino, com idade média de 71,09 anos, 62,6% vivem com companheiros, 71,1% - menos de 4 anos de estudos formais Os escores médios dos domínios do WHOQOL-Bref foram maiores entre os homens.
Rauen, Moreira, Calvo e Lobo, 2008	Identificar o estado nutricional, segundo o índice de massa corporal e fornecer informações sobre medidas antropométricas de idosos institucionalizados no município de Florianópolis (SC).	Transversal	População composta por 167 idosos, com idade a partir de 60 anos, residentes em instituições geriátricas do município de Florianópolis (SC). Estudo Quantitativo: Instrumento utilizado: Questionário com dados sócio clínicos.	Constituiu-se de 167 participantes, sendo 62 destes residentes em instituições privadas e 125 em instituições filantrópicas. A idade média - 80 anos; Sexo - 135 eram mulheres e 32 homens. IMC - 45,5% de baixo peso, 33,5% de peso normal.
Reis et al, 2014	Avaliar o equilíbrio em tarefas dinâmicas e a QV em idosas com e sem osteoartrite no joelho.	Transversal	As idosas divididas em 2 grupos: G1 - idosas com OA bilateral no joelho; e G2 - controle. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Eletromiografia e questionário WHOQOL-Bref.	A tarefa de subir e descer escadas revelaram diferença na velocidade de deslocamento ($p < 0,05$ E, o Grupo 1 demonstrou valores mais baixos no domínio físico ($p < 0,05$).

Rodrigues e Alves, 2005	Investigar a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do Município de SP e verificar a existência de diferenças entre os sexos quanto à autopercepção de saúde.	Transversal	Foram analisados os dados de 2 135 idosos. O estudo foi desenvolvido no Projeto SABE. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Aspectos demográficos, socioeconômicos, número de doenças crônicas e a capacidade funcional	Sexo - 58,6% mulheres; Idade média - 69,4 anos Para os homens - presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde. Para as mulheres - o risco foi 8,31 vezes maior.
Silveira et al, 2010	Traçar um perfil dos idosos com OA atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo.	Retrospectivo de natureza documental.	Análise de 157 prontuários do serviço de Fisioterapia Reumatológica da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. Estudo Quantitativo: Instrumento utilizado: Questionário estruturado com as variáveis do estudo.	Amostra foi composta por 78 prontuários, sendo 62% com faixa etária de 60 a 69 anos. Sexo - 86% feminino. Queixas relatadas - dor foi referida por 94% Joelho – articulação mais acometida. Doenças associadas -33% possuem HAS.
Torres, Reis, Reis e Fernandes, 2009	Verificar a influência de fatores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional e dinâmica familiar na QV de idosos dependentes residentes em domicílio em uma cidade do interior da região do Nordeste.	Transversal Analítico.	Amostra composta por 117 idosos dependentes, cadastrados nas quatro Unidades de Saúde da Família do bairro do Jequezinho, BA. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: Questionários de dados sociodemográficos e de saúde, Índice de Barthel, Apgar de Família e o Questionário genérico WHOQOL-OLD.	Amostra - média de idade de 80,79 anos. Sexo feminino - 70,09%. Problemas de saúde associados - 93,16%, mais frequente HAS (23,10%). Uso de medicação controlada – 78,6%, WHOQOL-OLD - mais comprometida nos domínios participação social (32,03 pontos) e funcionamento sensório (40,76 pontos).
Toscano e Oliveira, 2009	Comparar a QV em idosos com distintos níveis de atividade física.	Estudo transversal de base populacional	Amostra composta por 238 idosas, escolhidas aleatoriamente em 23 grupos de convivência do município de Aracaju-SE. Estudo Quantitativo: Instrumento utilizado:	Média de idade - 69,2 anos. IPAQ – contribuição nas atividades domésticas, seguidas de lazer e de locomoção. SF-36 - domínios que apresentaram

			Questionários IPAQ (versão longa) e o SF-36.	melhores escores: vitalidade, aspectos físicos, aspectos emocionais e aspectos sociais.
Vagetti, Oliveira, Barbosa Filho, Moreira e Campos, 2012	Analisar a capacidade dos domínios da QV (QV) em prever a QV global em idosas ativas.	Transversal	A amostra foi composta por 53 idosas ativas (69.43 ± 5.7 anos), selecionadas por conveniência, participantes do programa Idoso em Movimento, da SMEL de Curitiba, Paraná, Brasil. Estudo Quantitativo: Instrumentos utilizados: WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old.	50,9% idosas com faixa etária de 60 a 69 anos de idade, WHOQOL-BREF - menor valor foi o Relações sociais, e o maior escore, Físico. WHOQOL-OLD - domínios com maiores escores: Funcionamento dos sentidos e Morte e morrer. E, com menor escore - Participação social.

QV – qualidade de vida; OA – osteoartrose; EPM/UNIFESP – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; SF-36 - *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*; WOMAC - *Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index*; EVA – Escala Visual Analógica; IAMSPE - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual; WHOQOL-OLD - *World Health Organization Quality of Life –Old*; WHOQOL-Bref - *World Health Organization Quality of Life- Bref*; UNESP - Universidade Estadual Paulista; IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física, AUSCAN - Australian/Canadian; CF – coxo-femural; SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe; HAS – Hipertensão Arterial Ssistêmica; SMEL – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

Discussão

Os estudos analisados sobre a frequência da OA em relação ao sexo, observaram um percentual sempre maior do sexo feminino, como mostram Alexandre et al. (2008), em que a porcentagem de mulheres chegou a 97,5%;, no estudo de Torres et al. (2009), realizado com uma amostra de 150 idosos, dos quais 68,6% eram do sexo feminino; no estudo de Cunha e Mayrink (2011) foram recrutados 50 pacientes, dos quais 76% eram mulheres; e no estudo de Silveira et al. (2010), no qual 86% era do sexo feminino.

Nota-se que a pirâmide etária brasileira vem se alterando nas últimas décadas, na qual se observa um alargamento do ápice da pirâmide, principalmente do lado feminino, mostrando a feminilização da população idosa brasileira. A esse respeito, Herédia (2004), explica a feminilização da velhice através das características intrínsecas femininas. De um modo geral, a mulher tende a ter uma maior preocupação com a saúde em relação aos cuidados pessoais e a ter um estilo de vida mais saudável.

Sendo a OA uma doença associada ao envelhecimento biológico, é de se esperar que quanto maior a população idosa, maior será o quantitativo de indivíduos que irão apresentar

esta disfunção. Nesse sentido, as médias de idade encontradas em idosos portadores de OA de joelho nos estudos de Alexandre et al (2008) e Alves e Bassit (2013), foi de 73 anos e 74,1 anos, respectivamente.

No estudo de Rauhen et al. (2008), realizado com 167 idosos institucionalizados em Florianópolis, foi observado que o Índice de Massa Corpórea (IMC) médio entre os homens foi de 22,4 kg/m² e para mulheres foi de 24,5 kg/m². Porém, a pesquisa de Alves e Bassit (2013), composta apenas por idosas não institucionalizadas com OA de joelho, apresentou média de 28,35 Kg/m² ± 4,24. É possível que essas diferenças sejam decorrentes do fato de que os idosos do estudo de Rauhen são institucionalizados, e talvez estejam expostos a uma alimentação mais saudável. E, quanto maior o IMC acredita-se haver uma maior predisposição para a OA das articulações que suportam o peso corporal (Grotle et al, 2008).

Estilo de vida saudável é uma parte extremamente importante na prevenção, no tratamento e no controle de várias doenças crônico-degenerativas. Dessa forma, a atividade física deveria ser enfatizada nessa faixa etária (Matsudo et al, 2001). Segundo os estudos, verificou-se que Toscano e Oliveira (2009) e Figueiredo Neto et al. (2011) apresentaram um percentual de 65% e 70% de idosas ativas, respectivamente, fato este que apresentou uma correlação com uma maior independência nas atividades diárias. Porém, o estudo de Paula et al (2010) apontou que 100% dos idosos estudados por ele eram indivíduos sedentários. Isso denota a diferença entre as populações estudadas e provavelmente pode contribuir para os resultados diferentes entre os estudos, assim como, as repercussões promovidas pela OA.

Em relação à escolaridade, Pereira et al. (2006) observaram que os idosos que participaram do seu estudo possuíam menos de 4 anos de estudos, representando 71,1%, similar ao verificado no estudo de Torres et al. (2009), no interior do Nordeste brasileiro, que obteve um percentual de 63,25% de idosos analfabetos. No estudo de Lima et al (2010) foi observado que 62,3% tinham grau de escolaridade acima do ensino fundamental. Esses autores concluíram que é importante a observação desse aspecto, pois há uma relação direta entre o nível de escolaridade e a percepção do indivíduo em relação a sua QV. Essa observação talvez possa ser explicada pelo fato de que o idoso com uma melhor escolaridade tenha um maior discernimento para entender a doença e as suas repercussões, como também apresente mais recursos que possibilitem seu tratamento, lidando, assim, de forma mais fácil com a doença.

Normalmente, os idosos apresentam diferentes tipos de morbidades que se associam devido ao aumento de fatores de risco, o próprio envelhecimento celular e várias doenças crônico-degenerativas. Campolina et al (2011) encontrou no seu estudo, 40,8% de idosos hipertensos, 21,5% de diabéticos e também idosos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE),

com 5,4%, 11% de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 12,2% de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Esses dados se assemelham aos encontrados por Torres et al (2009), nos quais os idosos também apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (23,10%) e alguns haviam sofrido AVE (11%). As doenças decorrentes do envelhecimento, em sua grande maioria, afetam diretamente a autonomia do indivíduo, modificando suas atividades cotidianas, comprometendo sua independência e, conseqüentemente, sua QV.

Em relação à dor, Alexandre et al. (2008) avaliaram a percepção da dor através da EVA em 3 momentos: a dor ao movimento ($5,35 \pm 0,49$), a dor à noite ($4,33 \pm 0,51$) e a dor ao repouso ($2,97 \pm 0,50$). Apesar de o autor não ter encontrado um nível de dor intenso, acredita-se que é possível fazer uma relação entre os índices elevados de pontuação no EVA com uma pior percepção do estado de saúde do indivíduo. Observa-se que, no estudo citado, o nível de dor foi considerado moderado para dor ao movimento e dor à noite. Este fato pode interferir na qualidade de vida do indivíduo, pois compromete a mobilidade e o sono, modificando, conseqüentemente, seu estilo de vida.

Cunha e Mayrink (2011), realizaram uma avaliação geral do nível de dor e verificaram que os idosos do seu estudo tinham intensidade de dor moderada. Outro achado importante desses autores foi que a percepção de dor nas mulheres ($3,48 \pm 0,54$) era menor quando comparada com a dos homens ($4,31 \pm 1,09$). No estudo de Figueiredo Neto et al (2011), 75% dos pesquisados avaliaram a dor articular como intensa, mas, apesar da amostra do estudo ser constituída por 92% de mulheres, os autores não categorizaram o nível de dor por sexo.

Existem, na literatura, várias escalas descritas para mensuração do nível de dor de um indivíduo. Uma das mais utilizadas é a Escala Visual Analógica (EVA), que, apesar de se tratar de método subjetivo de avaliação, ainda hoje é um dos meios mais empregados na clínica diária. Porém, podem ocorrer erros durante a aplicação da escala pela dificuldade de entendimento da escala visual; além do mais ela avalia o momento em que o paciente se encontra, não é uma avaliação geral. Isso pode gerar resultados diferentes quando se correlaciona a EVA a outros questionários, como o Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), que se refere à dor nas últimas 72 horas (Figueiredo et al, 2011).

A QV dos idosos foi analisada nos estudos, por meio de diferentes escalas, das quais se destacaram Whoqol-Bref e *Medical Outcomes Study 36-Item. Short-Form Health Survey* (SF-36), com 25% e 18,75% de utilização, respectivamente. Na pesquisa de Pereira et al. (2006), que se utilizou Whoqol-Bref, observou-se o melhor domínio – psicológico- e o pior - o físico. Tal descoberta também foi registrada por Reis et al (2014), que investigaram idosas portadoras de OA de joelho, fazendo comparação com um grupo controle.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) postulou que o ambiente em que o idoso vivia era um fator preponderante para o seu bem-estar; determinaria até o nível de dependência desse idoso. Pereira, após analisar os dados do seu estudo, reiterou a posição da OMS, apontando que o segundo pior domínio a influenciar negativamente a QV dos idosos foi o ambiental.

No estudo de Vagetti et al. (2012), o domínio psicológico obteve o menor escore. Talvez isso tenha sido influenciado pela amostra do estudo ser composta apenas por mulheres, e pode estar associado a outros aspectos de ordem biológica e psicológica, inerente às mudanças corporais e comportamentais nesse momento de suas vidas (Cunha e Mayrink, 2011). Acredita-se que o sexo feminino, na presença de uma doença crônico-degenerativa, apresenta percepção pior da QV, isso possa ser explicado pelos novos papéis assumidos pela mulher na sociedade; além de que a mulher tem uma maior tendência a alterações emocionais, como a depressão, modificando a sua forma de entender a saúde (Rodrigues & Alves, 2005) e as limitações decorrentes das doenças próprias do envelhecimento.

Em relação ao SF-36, os estudos de Campolina et al (2011), Alexandre et al (2008) e Toscano e Oliveira (2009) observaram que o aspecto social sempre esteve dentro dos melhores escores na QV. Talvez os aspectos sociais sejam o domínio melhor, pois nesse momento da vida, a maioria dos idosos está aposentada, com filhos criados e vão em busca de participar de grupos de terceira idade, seja na igreja ou em um clube, aumentando assim a sua interação com outros idosos.

No que diz respeito aos piores escores, os resultados foram discordantes entre os estudos revisados. No estudo de Campolina et al (2011), os menores escores foram no aspecto físico e no emocional; no estudo de Alexandre et al (2008), foram os aspectos físicos e a capacidade funcional; e no estudo de Toscano e Oliveira (2009), foram a saúde mental, capacidade funcional e dor.

Pode-se ressaltar que, apesar de os resultados parecerem discordantes, há uma associação entre os aspectos físicos, capacidade funcional e dor. Pois a dor e as alterações físicas repercutem muitas vezes na diminuição da capacidade funcional, e isto normalmente gera dificuldade de locomoção, alterando a autonomia do idoso e limitando suas atividades cotidianas. Principalmente na OA de joelho, em que o idoso terá que conviver com a dor, rigidez, degeneração articular, limitação de movimento e declínio da marcha.

Considerações Finais

Com este estudo pode-se perceber que a maioria dos artigos analisados apresentam que indivíduos acometidos por OA são mulheres, na faixa etária acima dos 70 anos, com doenças associadas e com baixo nível de escolaridade. A dor é uma característica frequente nos idosos com OA e a QV destes pacientes está diminuída, independente do questionário de avaliação utilizado para sua verificação, podendo-se inferir que os idosos que apresentam OA de joelho frequentemente também apresentam diminuição de QV.

Finalizando, pode-se constatar que, apesar da OA de joelho ser uma patologia bastante frequente na clínica diária, e a QV ser um tema bastante estudado nos dias atuais, ainda são necessários mais estudos acerca da interferência da OA na capacidade funcional e na QV desses indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C. & Ramos, L. R. (2008, dez). Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa*. 15(4), 326-332
- Almeida MA, Gutierrez GL, Marques R. (2012). Qualidade de vida. São Paulo: Ed.EACH.
- Alves, J. C. & Bassitt, D. P. (2013, Jun). Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein*. 11(2), 209-215.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine*, 41, 1447-1462.
- Buss, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1),163-177
- Camanho, G. L., Imamura, M. & Arendt-Nielsen, L. (2011). Gênese da dor na artrose. *Revista Brasileira de Ortopedia*.46(1), 14-17

- Campolina, A. G., Dini, P. S. & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Revista Ciência e Saúde coletiva*. 16(6), 2919-2925.
- Corti, M. C. & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research*. 15(5), 359-363.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista dor*. 12(2), 120-124.
- Duarte, V. de S., Santos, M. L. dos, Rodrigues, K. de A., Ramires, J. B., Arêas, G. P. T. & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia & movimento [online]*. 26(1),193-202. ISSN 0103-5150.
- Figueiredo Neto, E. M., Queluz, T. T. & Freire, B. F. A. (2011). Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Revista Brasileira de Reumatologia*.51(6), 544-549.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Denardin-Budó, M. L. & Mattioni, F. C. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*;31(3), 467-474.
- Florianio, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O. & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 21 (3), 543-548.
- Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A. & Kvien, T. K. (2008) Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*.;9(132).
- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H. & Sassi, A. (2004) A realidade do idoso institucionalizado. *Texto e Envelhecimento*. 7(2), 25-34.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) *Síntese de Indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira* [Recuperado em 12 julho, 2016, de http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf

- Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B, Bijlsma JW, Dieppe P, Gunther K, Hauselmann H, Herrero-Beaumont, G., Kaklamanis, P., Lohmander, S., Leeb, B., Lequesne, M., Mazieres, B., Martin-Mola. E., Pavelka, K., Pendleton, A., Punzi, L., Serni, U., Swoboda, B., Verbruggen, G., Zimmerman-Gorska, I. & Dougados, M.(2003). Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutic Trials Escisit. Eular Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*. dec., 62(12): 1145-1155.
- Kluthcovsky, A. C. E. C. & Kluthcovsky, A. F. (2009). O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquitria*. [online]. 31(3): suppl..
- Lima, D. L., Lima, M. A. V. D. & Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*. 7(3), 346-356.
- Luzardo, R., Gorini, M. I. P. C. & Silva, A. P.S. S. (2006). Características do idoso com doenças de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*. 15(4),587-594.
- Matos, D. R. & De Araújo, T. C. C. F. (2009, jul./set.). Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre AO. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 14(3), 511-518.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R.& Neto T.L. B. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 7(1), 2-13.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*; 5(1),7-18
- Oliveira, A. C.& Braga, D. L. C. (2010). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. *Journal Health Science Institute*. 28 (4), 356-358.

- Organización Mundial De La Salud. *Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
- Paula, B., Soares, M. & Lima, G. (2010). A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelhos utilizando questionário Algo Funcional de Lequesne. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 17(4), 18-26.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*. 28(1), 27-38.
- Rauen, M. S., Moreira E. A. M., Calvo, M. C. M. & Lobo, A. S. (2008) Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Revista de Nutrição*, 21(3), 303-310.
- Reis, J. G., Gomes, M. M., Neves, T. M., Petrella, M., Oliveira, R. D. R. & Abreu, D. C. C. (2014). Evaluation of postural control and quality of life in elderly women with knee osteoarthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 54(3), 208–212.
- Rejaili, W. A., Chueire, A. G., Cordeiro, J. A., Petean, F. C. & Filho, G. C. (2005). Avaliação do uso do Hylano GF-20 no pós-operatório de artroscopia de joelho por artrose. *Acta Ortopédica Brasileira*. 13(1), 20-23.
- Rezende, M. U., Hernandez, A. J., Camanho, G. L. & Amatuzzi, M. M. (2010). Cartilagem articular e osteoartrose. *Acta Ortopédica Brasileira*. 8(2), 100-104.
- Rodrigues, R. N. & Alves, L. C. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5/6), 333-341.
- Silveira, M. M. Da, Sachetti, A., Vidmar, M., Venâncio, G., Tombini, D. K., Sordi, S., Pilla, S. & Wibelinger, L. M. (2009) Perfil Epidemiológico de Idosos com osteoartrose. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 9(3), 212-215.

- Silva, R. R. da, Santos, A. A. M., Carvalho, J. S. Júnior & Matos, M. A. (2014). Qualidade de vida após artroplastia total do joelho: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 49(5), 520–527.
- Souza, R. F., Skubs, T. & Bretas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3), 263-267.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558.
- Torres, G. V., Reis, A. R., Reis, L. A. & Fernandes, M. H. (2009) Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58(1), 39-44.
- Toscano, J. J. O. & Oliveira, A. C. C. (2009, mai/jun). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de medicina do esporte*. 15(3), 169-173.
- Uesugui, H. M., Fagundes, D. S. & Pinho, L. M. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (5), 685-698.
- Vagetti, G. G., Oliveira, V., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B. & Campos, W. (2012) Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade*. 8(Supl. 2), 709-718.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S.C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8 (3), 246-252.
- Vermelho, L. L. & Monteiro, M. F. G. (2004). Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho R. A., Carvalho, D. M., Bloch, K. V., Luiz, R. R. & Werneck, G. L. *Epidemiologia*. São Paulo (SP): Ed. Atheneu, 91-103.

Zacaron, K. A. M., Dias, J. M. D., Abreu, N. S. & Dias, R. C. (2006). Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite. *Revista Brasileira de Fisioterapia*.10(3), 279-84.

Perfil socioclínico, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos: uma revisão de literatura

Socioclinical profile, burden, and quality of life of caregivers of the elderly: a review of literature

UCHÔA, Érica Patrícia Lira Borba¹; LIMA, Albenise de Oliveira²

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: ericauchoa@gmail.com

² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Psicologia, Família e Saúde, pela Universidade de Deusto, Espanha. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: albenise@unicap.com

Resumo

Introdução: A necessidade de haver um cuidador principal decorre da dependência funcional do idoso e, com isso, surge a necessidade de uma pessoa que seja um facilitador na realização de atividades. A atividade de cuidar pode gerar repercussões na vida do cuidador, como a sobrecarga e a diminuição da qualidade de vida (QV).

Objetivo: Analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil socioclínico, o nível de sobrecarga e a qualidade de vida em cuidadores familiares de idosos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de artigos científicos indexados nas bases de dados MEDLINE/ LILACS, Portal Capes e PUBMED, considerando artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, publicados entre 2008 a 2016. Foram utilizados os descritores do DeCS/ MeSH: cuidadores, sobrecarga e qualidade de vida e suas correlatas. **Resultados:** Foram encontrados 1.850 artigos, dos quais apenas um total de 12 artigos tratam sobre a sobrecarga e QV de cuidadores de idosos. **Considerações Finais:** Com o estudo, observou-se que a maior parte dos cuidadores são do sexo feminino, normalmente filhas ou cônjuges deste idoso e com faixa etária dentro de meia idade. Também pode-se perceber que a sobrecarga está sempre presente nos cuidadores familiares e a QV, independente do questionário aplicado, está diminuída, o que leva a supor que a presença da sobrecarga está interligada à diminuição da QV.

Palavras-Chave: cuidador, sobrecarga e qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The emergence of the caretaker is related to the functional dependence of the elderly individual, and with it, the need for a person, who is a facilitator in conducting activities, increases. The "care activity" can generate an impact on the caregiver's life, such as the heavy workload and the decreased quality of life (QOL).

Objective: Analyze, through a review of literature, the socioclinical profile, the burden level and the quality of life in family caregivers of the elderly. **Methods:** This is a literature review, conducted from scientific articles indexed in the databases MEDLINE/PUBMED, Capes Portal and LILACS, considering articles in Portuguese, Spanish and English, published between 2008 to 2016. The DeCS/MeSH descriptors used were: caregivers, burden, and quality of life and its related. **Results:** 1.850 articles were found, in which only a total of 12 articles treats the overhead and quality of life of seniors caregivers. **Final considerations:** With the study, it was observed that most caregivers are women, usually daughters or spouses of this old and with age in middle age. Also one can realize that the burden is always present in family caregivers and the QOL, independent of the questionnaire applied, is diminished, which leads to assume the presence of overload is linked to diminished QOL.

Keyword: caregiver, burden and quality of life.

Introdução

O aumento da expectativa de vida, entre outros fatores, pode estar relacionado ao aumento de doenças crônicas degenerativas que geram consequências, modificando a vida do indivíduo (Minayo, Hartz & Buss, 2005; Mosquera et al, 2016; Uesugui, Fagundes & Pinho, 2011) e a evolução dessas doenças poderá acarretar incapacidades, perda de autonomia e dependência. Na maioria das vezes, essa dependência gera necessidade de uma pessoa que seja um facilitador para a realização de atividades. A este indivíduo denomina-se cuidador principal (Alves & Bassit, 2013; Parada et al, 2014; Pinto et al, 2009).

O cuidador, segundo o Ministério da Saúde, é um indivíduo que presta carinho, dedicação e atenção em forma de serviço, tem a função de auxiliar o idoso na realização dos cuidados domiciliares e nas atividades de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva, no acompanhamento a serviços de saúde ou outros serviços, podendo ser remunerado ou não. Quando se exerce a atividade do cuidar de forma remunerada, denomina-se cuidador formal; e, aos que não o realizam desta forma, nomeia-se de cuidador informal (Floriano, Azevedo, Reiners & Sudre, 2012; Souza, Pacheco, Martins, Barra & Nascimento, 2006).

O perfil do cuidador informal corresponde a uma mulher de meia idade, e normalmente é prestada de forma informal, que inclui, principalmente os familiares, normalmente as esposas ou filhas do idoso/idosa (Lino et al, 2016). Na tarefa do cuidar, esse indivíduo pode apresentar ganhos como sentimentos de bem-estar, satisfação, reciprocidade (Puig et al, 2015; Xie et al, 2016). Contudo, em alguns casos, outros sentimentos se revelam, tais como angústia, solidão, depressão e estresse. Muitas vezes, a tarefa de cuidar também acarreta o sentimento de isolamento e falta de apoio para conciliar as responsabilidades exigidas pelo cargo (Karsch, 2003; Parada et al, 2014; Souza, Skubs, Bretãs, 2007).

Com a evolução da doença, as demandas do cuidado vão aumentando, diminuindo o tempo que o cuidador tem para cuidar de si mesmo; com isso os sentimentos de ansiedade, estresse e isolamento vão se instalando (Silva, Passos & Barreto, 2012). E, a literatura apresenta que o grau de incapacidade e dependência do idoso são fatores que interferem diretamente na sobrecarga e na qualidade de vida (QV) do cuidador (Brito, 2009; Lino et al, 2016).

A sobrecarga do cuidador pode ser caracterizada por alterações na saúde física e psicológica de um indivíduo quando submetido a tarefas que promovam um desgaste excessivo (Carrillo et al, 2013; Gratão et al, 2012; Gratão et al, 2013). Com isso, podem ser gerados problemas emocionais, como ansiedade e depressão, além de sentimentos como insatisfação,

medo, tristeza e estresse; e problemas físicos, entre eles pode-se destacar, cefaleia tensional, alteração de sono, dores osteomioarticulares e fadiga (Gratão et al, 2012; Rodrigues, 2006). A sobrecarga também pode ser dividida em dois tipos: subjetiva, que está relacionada ao estresse físico e mental; e, objetiva, referente às dificuldades sociais e econômicas enfrentadas por esse cuidador (Brito, 2009; Machado, Freitas & Jorge, 2007).

As mudanças na vida do cuidador – associadas, na maioria das vezes, à falta de orientação – promove o declínio da QV, a qual é frequentemente estudada, pois contempla aspectos como físico, mental, psicológico, emocional, relacionamentos sociais, saúde e educação (Almeida & Gutierrez, 2004; Pavarani et al, 2006; Reis, Santos, Reis & Gomes, 2013). Portanto, demonstra que para se ter QV é necessário estar em equilíbrio consigo mesmo e com os outros, e não apenas a ausência de doença (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012; Alves & Bassit, 2013; Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Muitos estudos apontam sobrecarga física e emocional e alterações na QV de cuidadores de pacientes idosos, normalmente com doenças neurológicas, além de utilizar diferentes instrumentos para mensuração. Contudo, foi observado que na literatura vigente não são analisados, nem a sobrecarga nem a QV de cuidadores de indivíduos com doença do sistema osteoarticular, como a osteoartrose. Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de analisar, por meio de uma revisão de literatura, o perfil socioclínico, o nível de sobrecarga e a QV em cuidadores familiares de idosos, visando um maior aprofundamento do tema em questão.

Método

O presente estudo trata de uma revisão de literatura, realizada a partir de artigos científicos indexados nas bases de dados MEDLINE/ LILACS, Portal Capes e PUBMED, considerando artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, publicados no período de 2008 a 2016. O levantamento bibliográfico buscou publicações referentes à sobrecarga e à qualidade de vida de cuidadores de idosos. Foram utilizados os descritores do DeCS/ MeSH: cuidadores, sobrecarga e qualidade de vida, e suas correlatas nas línguas supracitadas.

Incluem-se os artigos que apresentaram o tipo de estudo transversal, que adotaram metodologia quantitativa e que apresentavam o perfil sócioclínico e ou a relação QV e sobrecarga. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura; estudos que continham intervenções e estudos cuja amostra não eram de cuidadores; e, ainda, foram descartados os estudos que se repetiram nas diferentes bases de dados.

Os artigos incluídos foram lidos pelas autoras e aceitos após consenso. Após a inclusão, os fatores avaliados nos estudos foram autor/data, objetivo, tipo de estudo, população do estudo, local e método e resultados.

Os estudos foram descritos em tabelas e seus dados foram analisados, porém houve presença de heterogeneidade da metodologia e não padronização das apresentações dos resultados, que foram descritos com as apresentações dos achados quantitativos de cada um deles.

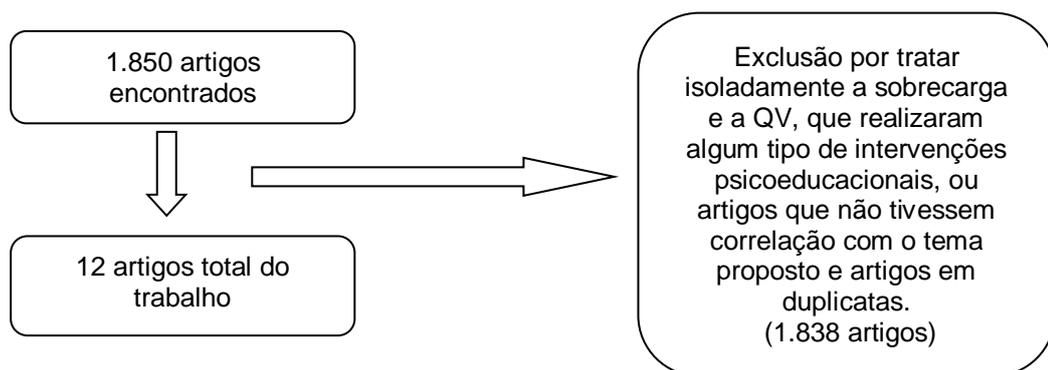
Resultados

Foi encontrado um total de 1.850 artigos, nos bancos de dados LILACS, MEDLINE, Portal Capes e PUBMED, com a combinação das palavras chave: cuidadores de idosos, sobrecarga e qualidade de vida e suas correlatas em inglês e espanhol.

Tabela 1. Resultados da busca de periódicos nos diversos bancos de dados.

Palavras chave	LILACS	MEDLINE	CAPEs	PUBMED
Sobrecarga, QV e cuidadores de idosos	14	1010	31	795

Porém, do total foram excluídos 1.838 artigos, finalizando a busca com um somatório de 12 artigos que investigam a sobrecarga e a QV em cuidadores (Fluxograma 1).



Fluxograma 1: Esquema referente aos critérios de exclusão dos artigos estudados.

A tabela 2 mostra a relação dos 12 artigos que relacionaram o nível de sobrecarga do cuidador com a sua QV.

Tabela 2: Artigos encontrados sobre a sobrecarga e a QV do cuidador.

Autor/ Data	Objetivo	Tipo de estudo	População, Local de estudo e Método	Repercussões identificadas
Amendola, Oliveira e Alvarenga, 2008	Avaliar a associação entre a percepção subjetiva da QV dos cuidadores familiares de pacientes, as características sociodemográficas e de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do paciente.	Descritivo e transversal.	Cuidadores e pacientes cadastrados e atendidos pelo PSFna Associação Congregação Santa Catarina. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: WHOQOL-Bref; ZBI e a MIF.	57,6% - sexo feminino e idade média- 63,45 anos, 37,9% - filhas. ZBI - média de 32,12±14,7. No WHOQOL-bref, os domínios Físico e Relações Sociais - maiores escores; e o domínio Meio Ambiente – menor escore Houve correlação negativa estatisticamente significativa de todos os domínios do WHOQOL-bref com a escala ZBI.
Anjos, Boery e Pereira, 2014	Analisar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a QV do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio.	Epidemiológico e transversal.	58 cuidadores familiares de idosos, cadastrados em Estratégias Saúde da Família de um município do interior do Estado da Bahia. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Questionários sociodemográfico, ZBI, WHOQOL-Bref	84,5 % sexo feminino, média de idade 47,41 ±16,8 anos, 77,6% - filhos, ZBI – média de 47±12,3. WHOQOL-bref, os domínios com maiores escores- físico e psicológico. Relações sociais e o ambiente - menores escores. ZBI correlação negativa significativa com todos os domínios do WHOQOL-bref.
Carod-Artal, Mesquita, Ziomkowski & Martinez-Martin, 2013	Analisar os principais determinantes da sobrecarga e da QV em cuidadores de pacientes com Parkinson.	Descritivo.	50 cuidadores de idosos com doença de Parkinson Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: HADS, ZBI e EQ- 5D.	80% - sexo feminino, idade média de 55,7 anos e 78% eram cônjuges. HADS - ansiedade ou HADS- depressão sub-escalas ≥ 11 pontos, foi de 12% e 14 %,

				ZBI - 20,2±12,8, EQ- 5D -76,3 ± 16,2. A escala EQ-5D e o Zarit tiveram de fraca a moderada correlação negativa.
Moreira, Mafra, Pereira e Silva, 2011	Avaliar a associação entre a percepção subjetiva da QV dos cuidadores domiciliares de idosos e as características sociodemográficas e de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do idoso.	Descritivo e transversal.	Cuidadores e idosos vinculados ao PSF, da cidade de Teixeiras – MG. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: WHOQOL-bref; ZBI e a MIF	83,3% mulheres idade média 50,5±14,84; 37,9% filhas; ZBI - 32,12±14,7. No WHOQOL-bref - maiores escores domínios Físico e Relações Sociais; e o domínio Meio menor escore - Ambiente. ZBI teve correlação negativa significativa com todos os domínios do WHOQOL-bref.
Moreno et al, 2015	Investigar a relação entre QV de saúde relatada e fatores psicológicos utilizando um desenho transversal.	Transversal	A amostra foi composta de 102 cuidadores informais, de pacientes com demência, de Bogotá, Colômbia, América do Sul. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: PHQ-9, SWLS, ZBI e SF-36.	Cuidadores com maior satisfação com a vida apresentaram menor sintomas de depressão, tinham mais vitalidade e melhor saúde geral. Forte relação entre a saúde mental e saúde relacionados com QV. Houve correlação negativa entre o Zarit e o SF-36.
Nardi et al, 2011	Avaliar o perfil sócio-demográfico e a relação entre a sobrecarga e a percepção de QV de cuidadores de idosos .	Transversal	61 cuidadores do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: ZBI, WHOQOL-bref	78,6% mulheres, com mais de 50 anos, e 75,4% - filhas. Não foi informado a média da ZBI nem dos domínios do WHOQOL. ZBI teve correlação negativa com todos os domínios do WHOQOL-bref.

Oliveira et al, 2011	Avaliou-se a QV relacionada à saúde e sobrecarga de trabalho, bem como a associação entre sobrecarga e variáveis sociodemográficas e clínicas.	Exploratório-descriptivo e de corte transversal	126 cuidadores de idosos atendidos em dois ambulatórios geriátricos de um hospital universitário. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Questionário sociodemográfico e clínico, ZBI e SF-36.	88,1% mulheres, 46% filhas. ZBI - 31,9±15,0; Menores médias dos escores do SF-36 - Dor, Vitalidade e Aspectos físicos. Todas as dimensões do SF-36 tiveram correlação negativa significativa com ZBI.
Pereira e Carvalho, 2012	Avaliar a relação entre as variáveis QV, sobrecarga, suporte social e morbidade psicológica.	Descritivo e Transversal	94 cuidadores informais inscritos num centro de saúde da Zona Norte de Portugal. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Índice de Barthel; ZBI, WHOQOL-BREF; Escala da Satisfação com o Suporte Social; Escala de Ajustamento Conjugal Revista; Inventário de Beck para a Depressão e o Inventário de Avaliação da Ansiedade Estado e Traço.	80% - sexo feminino, idades variavam entre 40 e 70 anos, 60% - filhos. Não foram apresentados os dados médios das escalas. Mas houve correlação negativa em todos os domínios do WHOQOL-bref com a ZBI.
Rondini, Justo, Teixeira Filho, Lucca e Oliveira, 2011.	Traçar o perfil de cuidadoras familiares de idosos, analisando as relações entre QV e sobrecarga decorrente dos afazeres de cuidado.	Transversal	165 cuidadoras da cidade de Assis, localizada no interior do Estado de São Paulo. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Questionário sociodemográfico e clínico, ZBI e o SF-36.	100% - mulheres, idade média - 52±13,20 anos 63,6% - filhas do idoso. ZBI - 26,3±13,70 SF-36, escore mais baixo - estado geral de saúde; e, o melhor - aspectos sociais. Houve correlação negativa entre o SF-36 e o ZBI.
Scholzel-Dorenbos, Draskovic, Vemooij-Dassen e Olde Rikkert, 2009	Explorar, em uma amostra de cônjuges, de pacientes com doença de Alzheimer, os preditores de QV e sobrecarga.	Transversal	97 cônjuges Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: SEIQoL, SRB, escala de estresse e auto-percepção e ZBI. Para o paciente - MMSE.	53% homens, idade média - 72 anos. SEIQoL - 68,6 ±14,8. SRB - 44,1±23,5, Escala de estresse e auto-percepção - 4,9 ± 2,2, e ZBI - 13,1 ± 6,2. ZBI tem correlação negativa

				significativa com SEIQoL.
Srivastava, Tripathi, Tiwari, Sing e Tripathi, 2016	Analisar a sobrecarga e QV de cuidadores principais de pacientes com demência	Transversal	24 cuidadores do Departamento de Geriatria de Saúde Mental, da Universidade de Medicina King's George, Índia. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Sociodemográfico, ZBI, WHOQOL-BREF.	Idade média - 42±8,44 anos. ZBI - 31,53±12,27. WHOQOL-Bref, menor média - relações sociais e maior média - meio ambiente. Houve correlação negativa em todos os domínios do WHOQOL-bref com a ZBI.
Wachholz, Santos e Wolf, 2013	Analisar as correlações entre o grau de dependência funcional de idosos residentes na comunidade, o nível de sobrecarga relacionada ao cuidado e a percepção de QV dos cuidadores familiares desses idosos.	Observacional, descritivo e analítico.	45 cuidadores de idosos, na área urbana de Curitiba e Colombo, estado do Paraná. Estudo Quantitativo Instrumentos utilizados: Sociodemográfico; avaliação funcional do idoso; ZBI e WHOQOL-Bref	91,11% mulheres, idade média - 55,13 ±5,79 anos, 93,33% - filhos. ZBI - 35,18±16.20. WHOQOL-Bref, menor média - relações sociais e maior média - meio ambiente. ZBI tem correlação negativa significativa com todos os domínios do WHOQOL.

QV- qualidade de vida, PSF - Programa de Saúde da Família, WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life-Bref; ZBI - *Zarit Burden Interview*; MIF - Medida de Independência Funcional; HADS - Escala de depressão e Ansiedade hospitalar; EQ- 5D - *EuroQol*; PHQ-9 - Questionário de para a depressão do paciente; SWLS - Escala de satisfação com a vida; SF-36 - *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey*; Natiex - Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército; SEIQoL - Avaliação Individual da QV; SRB - escala autoavaliação de sobrecarga; MMSE - Mini Exame do Estado Mental.

Discussão

Após leitura criteriosa dos artigos elencados nos resultados, observa-se que ainda são poucos os artigos que fazem a interface entre QV e sobrecarga do cuidador. Existe, na literatura corrente, tanto nacional como internacional, um grande número de artigos que tratam isoladamente ora a QV (Gonçalves et al, 2013; Reis et al, 2013; Xie et al, 2016), ora a sobrecarga (Parada et al, 2014; Silva et al, 2012; Uesugui et al, 2011), associada a outras avaliações como nível de ansiedade, estresse e nível de dependência do idoso.

Quanto ao perfil dos cuidadores familiares pode-se evidenciar que, em relação ao sexo, houve o predomínio do feminino em quase todos os estudos, excetuando um. Classicamente, a mulher é a responsável pelo cuidar na instituição familiar, sendo um achado social e culturalmente consagrado (Oliveira & D'Elboux, 2012; Puig et al, 2015). Como no passado, a

maioria das mulheres não trabalhava fora de casa, isso fazia com que o cuidado de uma pessoa, com alguma doença ou dependência, fosse direcionado a essa mulher (Pimenta et al, 2009; Silva et al, 2012).

Outra possibilidade que pode interferir com o achado de o maior número de mulheres cuidadoras é a feminização da velhice, pois é observado que a população na faixa etária da terceira idade tem proporcionalmente um número mais elevado de mulheres (Anjos, 2014; Gonçalves et al, 2013). Atualmente já existem artigos mostrando que o cuidador principal é o homem, mas esses casos ainda são restritos na literatura; e, provavelmente, decorre das mudanças de papéis na sociedade na qual a mulher tem várias atividades fora do ambiente doméstico (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana & Vicente, 2006; Stackfleth et al, 2012).

Em relação ao grau de parentesco, observa-se que os filhos são os principais atores na tarefa do cuidar, seguidos dos cônjuges. A literatura aponta que em países em desenvolvimento, a principal parcela de cuidadores é constituída pelos filhos. Em países desenvolvidos, a tendência é que os cônjuges sejam os principais cuidadores. Esta constatação está presente em dois estudos nos quais os cuidadores são os cônjuges, inclusive apresentando idade avançada (Gratão et al, 2013). A faixa etária elevada do cuidador é um fator que provoca preocupação, considerando que, nesse caso, ele também é um idoso, ou seja, um idoso cuidando de outro idoso. A literatura aponta que quanto maior a idade do cuidador, maior a sobrecarga sentida por ele (Urizar & Maldonado, 2006).

Outro aspecto que vale ressaltar é a faixa etária dos cuidadores, pois pode-se perceber que, na maioria dos estudos, a mais prevalente é de adulto de meia idade; e, em alguns casos, até idoso. O cuidado de uma pessoa dependente demanda esforço físico, muita concentração e planejamento das atividades a serem executadas, exigindo uma boa condição de saúde por parte desse cuidador (Inouye, Pedrazzani & Pavarini, 2008; Silva et al, 2012).

Todos os estudos revisados utilizaram a mesma escala para avaliar o nível de sobrecarga, a *Zarit Burden Interview*, provavelmente pelo fato de que é um questionário multidimensional, de fácil aplicação, válido e fiável, com uma consistência interna alta, além da interação dos múltiplos fatores que compõem a sobrecarga (Ferreira et al, 2010).

Foi observado que o nível de sobrecarga mais identificado entre os cuidadores é o moderado. Este dado diverge apenas do estudo de Anjos et al (2014), que encontraram na sua análise, sobrecarga de moderada a grave. Pode-se pressupor que o nível socioeconômico da população estudada pode ter gerado alguma interferência nesse aspecto, pois se trata de uma comunidade no interior da Bahia, de indivíduos com baixo poder aquisitivo. Somado a isso,

esses indivíduos relataram, na sua maioria, estarem desempregados, e que dedicam mais de 18 horas por dia para o cuidado, e ser cuidador há mais de 6 anos.

Um conceito multidimensional muito utilizado hoje em dia é a QV. Na literatura, existem vários questionários específicos para sua avaliação, porém é um constructo subjetivo de satisfação pessoal, por isso os questionários dão indícios sobre o fenômeno, mas não refletem a integralidade dele, pois existem vários aspectos a serem analisados (Muller & Woitalla, 2010).

O questionário WHOQOL-Bref foi utilizado na grande maioria dos artigos e evidenciou diferenças em relação aos seus resultados. Amendola et al (2008), Anjos et al (2014) e Moreira et al (2011) apresentaram que o melhor domínio entre os cuidadores foi o físico, provavelmente devido a esses cuidadores não apresentarem problemas de locomoção, sono ou capacidade para o trabalho.

Nesses mesmos estudos, o pior domínio foi o do meio ambiente, pois se supõe que as condições de moradia e o acesso aos serviços de saúde, transporte e lazer não sejam tão adequados, favorecendo o declínio desse domínio. Tal resultado difere das pesquisas de Srivastava et al (2016) e Wachholz et al (2013) que o mostraram como o melhor domínio.

Já Srivastava et al (2016) e Wachholz et al (2013) obtiveram resultados semelhantes, no qual expuseram que as relações sociais foi o pior domínio, possivelmente devido ao isolamento social a que esses cuidadores muitas vezes são submetidos, principalmente quando a dependência do idoso é mais acentuada.

Em dois estudos foram utilizados o *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36), Oliveira et al (2011) que observaram como melhor domínio a capacidade funcional; e, o pior, o de dor. Já Rondini et al (2011) obtiveram como melhor domínio, aspectos sociais; e, como pior, estado geral de saúde.

Ao analisar os estudos, percebe-se que a caracterização da amostra é bem similar: na sua maioria são mulheres, filhas, e que residem com os idosos. Porém, no estudo de Oliveira et al (2011) foi relatada a presença de doença como problemas de coluna em 44,4% dos cuidadores, isso provavelmente influenciou para que o pior domínio do SF-36 tenha sido a dor. Mas, apesar da dor ser o pior aspecto, a capacidade funcional permanece íntegra.

Rondini et al (2011) apresentam como fatores para diminuição do estado geral de saúde, cuidadores que exerciam outra atividade e que moram no mesmo domicílio do idoso, isso possivelmente promove uma maior repercussão física, pois tem afazeres fora de casa; e, quando chegam, vão auxiliar o idoso nas suas necessidades. Enfatiza-se que os aspectos sociais, nesse caso, foi o melhor domínio, presumivelmente devido à combinação de outras atividades, amizades e outros relacionamentos que favoreçam a realização pessoal.

Em dois estudos foram utilizados dois questionários que não são utilizados de forma convencional na clínica diária, o *EuroQol* (EQ-5D) e o “*Schedule of evaluation of individual Quality of Life* (SEIQoL). O EQ-5D é instrumento genérico, multidimensional, que avalia o estado de saúde em cinco domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão (Aguiar, Vieira, Carvalho & Montenegro-Junior, 2008). O SEIQoL é um instrumento que utiliza uma entrevista semiestruturada e baseia-se no relato do indivíduo (O’Boyle et al, 1993). Os dois instrumentos são pontuados de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, melhor a QV.

Os estudos supracitados foram os de Carod-Artal et al (2013) e Scholzel-Dorenbos et al (2009), que encontraram os escores de 76,3 e 66,6, respectivamente, caracterizando uma QV boa e moderada.

Por fim, é descrito na literatura que o nível de sobrecarga se correlaciona negativamente à QV, por conseguinte, quanto maior o nível de sobrecarga experimentada pelo cuidador, menor a sua percepção sobre a sua QV. Todos os artigos na presente pesquisa, apresentaram essa correlação (Amendola et al, 2008; Anjos et al, 2014; Carod-Artal et al, 2013; Moreira et al, 2011; Moreno et al, 2015; Nardi et al, 2011; Oliveira et al, 2011; Pereira & Carvalho, 2012; Rondini et al, 2011; Scholzel-Dorenbos et al, 2009; Srivastava et al, 2016; Wachholz et al, 2013).

Considerações Finais

Com este estudo pode-se perceber que a maioria dos cuidadores familiares são mulheres, filhas, e na faixa etária de meia idade. A sobrecarga é uma característica comum a todos os cuidadores, porém o nível moderado foi o mais presente. Independente do questionário utilizado, a QV se apresentou diminuída, em todas as avaliações. Ao final, é possível afirmar que a sobrecarga e a QV apresentam nos estudos analisados correlação negativa.

Considerando que o envelhecimento é um fenômeno mundial, e com isso está tendo um aumento crescente de pessoas dependentes, aliado ao surgimento de cuidadores, há a necessidade de estudos que façam a ligação entre o nível de sobrecarga e da QV, mostrando efetivamente quais os principais fatores que as modificam.

Igualmente, há necessidade de implementação de políticas públicas para entender e adaptar esses cuidadores à sua nova realidade, com programas de orientação e autocuidado.

Referências

- Aguiar, C. C. T., Vieira, A. P. G. F., Carvalho, A. F. & Montenegro-Junior, R. M. (2008). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(6), 931-939.
- Almeida, M. & Gutierrez, G. (2004). *Políticas Públicas de Lazer e Qualidade de Vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer*. In: Vilarta, Roberto. Qualidade de Vida e Políticas Públicas: saúde, Lazer e Atividade Física. Campinas: IPES Editorial, 67-84.
- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2012) Qualidade de vida. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edições-each/qualidade_vida.pdf acesso: 11/07/2016.
- Alves, J. C. & Bassit, D. P. (2013). Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Revista Brasileira Einstein*. 11 (2), 209-215.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. C. & Alvarenga, M. R. M. (2008) Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*.17(2), 266-272.
- Anjos, K. F. Boery, R. N. S. & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3), 600-608.
- Brito, D. C. S. de. (2009). Cuidando de quem cuida: Estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*. 14(3), 603-607.
- Carod-Artal, F. J., Mesquita, H., Ziomkowski, S. & Martinez-Martin, P. (2013). Burden and health-related quality of life among caregivers of Brazilian Parkinson's disease patients. *Parkinsonism & Related Disorders*. 19(11), 943-948.

- Carrillo, M. G. C. C., Vian, O. H., Catases, M. C., Galcerán, G. P., Vian, B. H. & Duque, C. M. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 24 (3), 120-123.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A. Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J. Fernandes, P., Miguel, S. & Leal, V., Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde* 3(2), 13-19
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O. & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto e Contexto Enfermagem* 21 (3), 543-548.
- Gonçalves, L. H. T. Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S. & Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto e Contexto Enfermagem*. 15(4), 570-577.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, C., Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 47(1), 137-144.
- Gratão, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, C., Santos, J. L. F. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 21 (2), 304-312.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S. & Pavarini, S. C. I. (2008). Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*. 17(2),350-357.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*.19(3), 861-866.
- Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C. P., Camacho, L. A. B., O'Dwyer, G., Lima, I. S. de, Andrade, M. K. de N. & Atie, S. (2016). Prevalência da sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 32(6), 1-13.

- Machado, A. L. G., Freitas, C. H. A. & Jorge, M. S. B. (2007). O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(5), 530-534.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1),7-18.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): M, 2006.
- Moreira, P. H. B., Mafra, S. C. T., Pereira, E. T. & Silva, V. E. (2011). Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(3), 433-440.
- Moreno, J. A., Nicholls, E., Ojeda, N., Reyes-Aragón, C. J. De los, Rivera, d. & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Caregiving in Dementia and its Impact on Psychological Functioning and Health-Related Quality of Life: Findings from a Colombian Sample. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 30(4), 393–408.
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, i., Machón, M. & Calderón, C. (2016). Measuring the impacto f informal elderly caregiving: a sistematic review of tools. *Quality Life Research*.25, 1059-1092.
- Mülle, T. & Woitalla, D. (2010). Quality of life, caregiver burden and insurance in patients with Parkinson´s disease in Germain. *European Journal of Neurology*. 17(11), 1365-1369.
- Nardi, T. de, Rigo, J. C., Brito, M. de, Santos, E. L. M. dos & Bós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida de cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à terceira idade do exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(3), 511-519.
- O’Boyle, C., McGee, H. M., Hickey, A., Joyce, C. R. B, Browne, J., O’Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration Manual*. Dublin: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.

- Oliveira, D. C. & D'elboux, M. J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidados familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(5), 829-838.
- Oliveira, D. C., Carvalho, G. S. F., Stella, F., Higa, C. M. H. & D'elboux, M. J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(2), 234-240.
- Parada, E. D., Alvarez, O. S., Del Valle, R. de D., Páez, I. V., Ávilla, Y. S. & Fernández, G. B. (2014). Características y factores relacionados com sobrecarga em uma muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos. *Semergen*. 40(2), 57-64.
- Pavarani, S. C. L., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mediondo, M. Z. de, Barham, E. J. & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326-335.
- Pereira, M. da G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*. 20(2), 369-383.
- Pimenta, G. M. F., Costa, M. A. Da S. M. C. Da, Gonçalves, L. H. T. & Alvarez, A. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3), 609-614.
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E. de L., Souza, L. F. de, Fram, D. S. & Gonçalves, A. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(5), 652-657.
- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M. T., Moreno, C., Róldan, J. & Montesó, P. (2015). Quality of life and care burdenn among informal caregivers of elderly dependentes in Catalonnia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 14, 9-14.

- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A. & Gomes, N. P. (2013). Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 17(2), 146-151.
- Rodrigues, S. L. A. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 40(4), 443-500.
- Rondini, C. A., Justo, J. S., Texeira Filho, F. S., Lucca, J. A. C. de & Oliveira, P. A. de. (2011). Análise das relações entre a qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. *Estudos e pesquisas em Psicologia on line*.11(3)
- Schölzel-Dorenbos, C. J., Draskovic, I., Vernooij-Dassen, M. J. & Olde Rikkert, M. G. (2009). Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 23(2), 171-177.
- Silva, C. F. da, Passos, V. M. de A. & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15(4), 707-731.
- Souza, G. A. S., Pacheco, W. M. S., Martins, J. J., Barra, D. C. C. & Nascimento, E. R. P. (2006). Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 56-63.
- Souza, R. F., Skubs, T. & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: Uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3), 263-267.
- Srivastava, G. Tripathi, R. K., Tiwari, S. C., Singh, B. & Tripathi, S. M. (2016). Carigiver burden and quality life ok key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal Psychology Medicine*.38(2), 133-136.
- Stackfleth, R., Diniz, M. A., Fhon, J. R. S., Vendruscolo, T. R. P., Fabrício-Whebe, S. C. C., Marques, S. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(5), 768-774.

- Uesugui, H. M., Fagundes, D. S. & Pinho, L. M. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (5), 685-698.
- Urizar C. A. & Maldonado, J. G. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of life Research*. 15(4), 719-724.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(3), 246-252.
- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J. & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese Family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*. 14(99).
- Wachholz, P. A., Santos, R. C. C. & Wolf, L. S. P. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3), 513-526.

Perfil clínico, comprometimento funcional e qualidade de vida de mulheres idosas com osteoartrose de joelho

Clinical profile, functional commitment and quality of life in elderly women with knee osteoarthritis

UCHÔA, Érica Patrícia Lira Borba¹; LIMA, Albenise de Oliveira²

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: ericauchoa@gmail.com

² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Psicologia, Família e Saúde, pela Universidade de Deusto, Espanha. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: albenise@unicap.com

Resumo:

Introdução: A osteoartrose (OA) é uma doença reumática, progressiva e degenerativa, e atinge principalmente articulações de carga, como o joelho. Essa doença promove dor, diminuição de mobilidade, deformidades e, conseqüentemente, pode comprometer a qualidade de vida (QV) dos indivíduos. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico de idosos com OA de joelho e as repercussões em relação à dor, comprometimento funcional e QV. **Método:** O estudo é do tipo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. Os participantes do estudo foram 15 idosas com diagnóstico médico e radiológico de OA de joelho e que estavam realizando tratamento fisioterapêutico. A avaliação foi composta pelo questionário sociodemográfico e clínico, Escala Visual Analógica (EVA), Questionário Algofuncional de Lequesne, e o WHOQOL-Bref. Os dados foram submetidos à análise estatística e a significância do estudo foi de $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 15 idosas, com média de 74 anos, o Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 26,91 e 40,0% das idosas praticavam atividade física. O quadro clínico preponderante foi a dor (93,3%), avaliada através da EVA como dor “moderada”; no Lequesne, o nível de comprometimento foi “Extremamente grave” (66,66%). Na avaliação da QV, o domínio com maior média foi Relações Sociais (15,82), e o domínio Físico obteve a menor média (12,04). Houve diferença estatisticamente significativa entre o domínio Relações Sociais e os domínios Físico e Autoavaliação da QV ($p=0,003$). Houve correlação negativa entre a EVA e o WHOQOL-Bref nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente. Entre o Lequesne e o WHOQOL-Bref, houve correlação negativa em todos os domínios. **Conclusão:** Os achados revelam que as idosas apresentam sobrepeso e baixo nível de atividade esportiva. Há indícios de que a OA de joelho é uma condição significativamente limitante, que interfere de forma substancial na QV dos indivíduos idosos.

Palavras-Chave: osteoartrose; idoso; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The osteoarthritis (OA) is a progressive and degenerative, rheumatic disease, and reaches mainly cargo joints such as the knee. This promotes disease pain, decreased mobility, deformity and, consequently, can compromise the quality of life (QOL) of individuals. **Objective:** Evaluate the clinical profile of elderly with knee OA and the repercussions in relation to pain, functional impairment and QOL. **Methods:** The study is quantitative type, exploratory, descriptive, transversal cutting. Study participants were consisted of 15 aged with medical diagnosis and x-ray of knee OA and that were performing physical therapy. The evaluation was composed by socio-demographic and clinical questionnaire, Visual analogue scale (VAS), Algofuncional Survey of Lequesne, and WHOQOL-Bref. The data were subjected to statistical analysis and significance of the study was $p < 0.05$. **Results:** The sample was composed of 15 older, with an average of 74 years, body mass index (BMI) medium was 26.91 40.0% of elderly and practiced physical activity. The predominant clinical picture was pain (93.3%), evaluated by EVA as "moderate" pain, on Lequesne, the level of commitment was "extremely serious" (66.66%). In the evaluation of QOL, mastery with highest average was Social Relations (15.82), and the Physical domain obtained the lowest average (12.04). There was no statistically significant difference between the domain social relationships and Physical domains and Auto evaluation of QOL ($p = 0.003$). There was a negative correlation between EVA and WHOQOL-Bref in the areas of physical, psychological and environmental issues. Between Lequesne and the WHOQOL-Bref, there was a negative correlation in all areas. **Conclusion:** The finds reveal that the elderly present overweight and low level of sports activity. There is evidence that OA of knee is a condition limiting, which significantly interferes substantially on QOL of elderly individuals.

Keyword: Osteoarthritis; aged; quality of life.

Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional está crescendo de forma incontestável, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2008) mostram que para cada 100 crianças entre 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais; e que esta proporção em 2050, será que para cada 100 crianças haverá 172,7 idosos.

O envelhecimento é um processo fisiológico, que pode ser considerado como um conjunto de alterações estruturais, funcionais, psicológicas e sociais que se acumulam de forma progressiva, especificamente com o avanço da idade. Quando se tem uma idade mais avançada, todos os sistemas do nosso corpo se tornam mais fragilizados, tendo alterações em suas estruturas (Matos & De Araújo, 2009), com a perda da mobilidade física, decorrente da perda de massa muscular, relacionadas às mudanças psicológicas, principalmente a dependência (Garcia, Dias, Dias, Santos & Zampa, 2011).

É nessa fase que começam a surgir as múltiplas doenças recorrentes e comuns a esse período. Em especial, as doenças que estão recebendo maior atenção devido às suas alta prevalência e consequências são: as doenças cardiovasculares, doenças metabólicas e as doenças crônicas como a osteoartrose (OA) (Da Nobrega et al., 1999; De Souza, Skubs & Bretas, 2007; Santos, 2010; Santos et al, 2015).

A OA, também conhecida como osteoartrite ou simplesmente artrose, é a queixa musculoesquelética mais comum na atualidade, afetando em maior quantidade as mulheres (Marques & Kondo, 1998), porém o pior prognóstico encontra-se presente em indivíduos do sexo masculino (Souza & Santos, 2012).

Essa doença não é um processo puramente mecânico ou do envelhecimento; também está ligada a fatores genéticos, hormonais, ósseos e metabólicos, que acarretam um desequilíbrio entre a degradação e a síntese da cartilagem articular e do osso subcondral, e tem como principais tecidos atingidos a sinóvia, o osso e a cartilagem. Ela causa uma perda de natureza homogênea da cartilagem articular, levando ao rompimento e fragmentação, deixando a área do osso subcondral exposta (Camanho, Imamura & Nielsen, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população mundial com idade acima de 60 anos, sofrem de OA, sendo que 80% dessa população têm restrição de movimentos, e 25% apresentam limitações funcionais para desempenho das atividades cotidianas, atingindo principalmente quadris, joelhos, mãos e pés (Corti & Rigon, 2003).

A OA de joelho ocorre em cerca de 37% dos casos (Deyle et al, 2005; Paula, Soares & Lima, 2009), e embora as pesquisas tenham pouco sucesso em elucidar a sua patogênese, alguns fatores de risco encontram-se bem estabelecidos, por exemplo o envelhecimento, a obesidade, lesões ou cirurgias prévias, esforço ocupacional ou recreacional cumulativo, mau alinhamento articular e fraqueza muscular (Milagres, Souza, Pereira, Paz & Abreu, 2006; Zacaron, Dias, Abreu & Dias, 2006). Isso, acarreta alterações importantes, principalmente restrição de movimento e limitações funcionais, que podem acelerar a deterioração dos sistemas de equilíbrio, principalmente os relacionados com os controles musculares de ação e reação (Alves & Bassitt, 2013; Camanho; Imamura & Nielsen, 2011; Cunha & Mayrink, 2011; Matos & De Araujo, 2009; Matsudo, Matsudo & Neto, 2001; Rezende, Hernandez, Camanho & AmatuZZi, 2010; Zacaron et al., 2006).

Portanto, é caracteristicamente uma doença degenerativa e progressiva. Durante a sua fase inicial, há o desenvolvimento de uma afecção de caráter inflamatório, evoluindo para um estado crônico, com a presença de episódio de crise. Apresenta sintomas como dor, rigidez articular, crepitação óssea, atrofia muscular, estreitamento de espaço intra-articular, formações osteofíticas, esclerose do osso subcondral, formações císticas, deformidade e perda de função (Matos & De Araujo, 2009; Rezende, Campos & Pailo, 2013), principalmente quando acomete articulações responsáveis pela sustentação do peso corporal, como é o caso do joelho, no qual ocorre uma diminuição das funções musculares, dificultando simples atividades, como sentar e levantar, mudanças no padrão de deambulação, equilíbrio e coordenação, gerando perda da independência (Alencar et al, 2007).

Em estágios diversos da doença, o paciente tem como principal sintoma a dor, que piora com o movimento e melhora com o repouso, impossibilitando a realização de suas atividades cotidianas. Essa dor é possivelmente causada pela pressão interóssea, congestão vascular do osso subcondral, presença de osteófitos na região afetada, inflamação, contratura e fraqueza muscular (Alves & Bassitt, 2013; Camanho, Imamura & Nielsen, 2011).

Dessa forma, a dor passa a ser o centro, direcionando e limitando as decisões e comportamentos do indivíduo. Logo, a dor causa uma influência negativa, principalmente por estar associada a outras doenças comuns à idade como a depressão, incapacidade funcional e física, dependência e afastamento social. Também pode gerar alterações na dinâmica familiar, pois o indivíduo passa a sentir uma limitação articular progressiva que afeta gradativamente sua autonomia, deixando-o dependente de ajuda, perdendo sua autonomia e ficando cada vez mais distante da sociedade, o que pode resultar em declínio da qualidade de vida (QV) (Cunha & Mayrink, 2011; Farias, Vidmar & Wibelinger, 2011).

A QV pode ser alterada pela insatisfação do indivíduo, em qualquer uma das áreas que compõem a sua vida, bem como ser modificada por mudanças em seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, saúde física, emocional e psíquica e/ou relações com as características do meio ambiente do indivíduo (Buss, 2000; Ebrahim, 1995; Nobre, 1995; Seidl & Zannon, 2004). É definida como uma sensação individual de conforto, bem-estar e/ou felicidade que o indivíduo tem em seu íntimo, abrangendo suas atividades, sejam elas, físicas, intelectuais e/ou psíquicas dentro da realidade da sua família, ambiente escolar, trabalho e/ou valores da comunidade à qual pertence (Minayo, Hartz, Buss, 2000; Ministério da Saúde, 2006; Santos, Pedroso, Scandelari, & Pilatti, 2009).

Após ampla leitura da literatura especializada, observa-se que poucos artigos investigam a AO e sua relação com: nível algico, capacidade funcional e sua interferência na QV de forma associada. Diante do que para nós se constitui como lacuna, e analisando a OA como uma doença que compromete de forma importante a vida do indivíduo que a apresenta, e que vem aumentando sua frequência com o envelhecimento populacional, consideramos relevante avaliar o perfil clínico de idosos com OA de joelho e as repercussões em relação à dor, comprometimento funcional e QV.

Materiais e Método

O estudo está vinculado à Universidade Católica de Pernambuco e ao Doutorado em Psicologia Clínica. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da própria instituição. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. A escolha da população estudada foi por conveniência, e sua realização aconteceu em um Laboratório Especializado de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da cidade do Recife – PE, Brasil.

Os participantes do estudo foram 15 pessoas com diagnóstico médico e radiológico de OA de joelho, na faixa etária a partir de 65 anos, do sexo feminino, e que estavam realizando tratamento fisioterapêutico.

Como critérios de inclusão foram considerados: idosos que apresentassem OA de joelho, uni ou bilateral, com presença de alterações radiológicas e sintomatologia que dificultassem as suas atividades diárias; que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico há pelo menos dois meses, para que houvesse uma interação de confiança entre o terapeuta e o paciente; que obtivessem escore igual ou maior que oito pontos no Questionário Algofuncional de Lequesne para o joelho, sendo classificados em grave, muito grave e extremamente grave.

Este ponto de corte foi escolhido para que o indivíduo tivesse sua capacidade funcional comprometida e apontasse a necessidade de um cuidador. Também foi considerada como critério de inclusão a escolaridade mínima de quinto ano do ensino fundamental, visando o melhor entendimento dos questionários por parte dos idosos.

Os critérios de exclusão foram: idosos que possuíssem doenças como déficits cognitivos e problemas demenciais; apresentassem alguma limitação física, como amputações; também com presença de tumores com indicação cirúrgica e doenças terminais.

No primeiro dia, foi realizado um contato com os pacientes portadores de OA de joelho, sendo estes orientados sobre o objetivo da pesquisa, informando que sua participação foi voluntária; assim como, coletando as devidas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também, nesse momento, foi realizada uma rápida explicação sobre os procedimentos de coleta de dados, seguida da aplicação do questionário sociodemográfico e clínico, constando de dados pessoais com os seguintes itens: nome, idade, profissão, peso, altura, índice de Massa Corporal (IMC), estado civil, escolaridade, local de residência, ocupação, uso de cigarro e de medicação, com quem reside (nesta pergunta, o indivíduo poderia marcar mais de uma resposta), quadro clínico da OA presente (esta pergunta foi subjetiva, sendo utilizadas todas as respostas que foram relatadas pelos idosos, ao final surgiram quatro categorias) e referência à prática de atividade física. Este questionário foi desenvolvido pelas autoras dos trabalhos.

Para o cálculo do IMC foram utilizadas as variáveis peso (P) e altura (H), obedecendo a equação, $\frac{P}{H*H}$. E, para categorização do IMC foi utilizado os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual seria considerado baixo peso <18,5Kg/m²; peso normal entre 18,5 a 24,9 Kg/m²; sobrepeso entre 25,0 a 29,9 Kg/m², obesidade grau 1 entre 30 a 34,9 Kg/m², obesidade grau 2 entre 35 a 39,9 Kg/m² e obesidade grau 3 \geq 40 Kg/m² (Brechtner; Farris; Harrison; Tillman; Salive & Phurrough, 2004).

No segundo contato, uma semana após o primeiro encontro, foi realizada com o idoso a aplicação da Escala Visual Analógica (EVA), que consiste em uma linha horizontal ou vertical, de dez centímetros, numerados com o ponto inicial zero e final dez, na qual o zero representa ausência de dor e a marca dez, dor máxima. É classificada como leve (0 a 3), moderada (4 a 7) e grave (8 a 10) (Carvalho & Kowacs, 2006). O paciente marcava na linha o local que ele considera representar a intensidade da sua dor.

Em seguida, houve a aplicação do Questionário Algorfuncional de Lequesne para o OA de joelho, que avalia a funcionalidade dos joelhos e quadris de pessoas com OA nessas

articulações. É composto de 11 questões: 6 são para dor ou desconforto, sendo uma delas específica para joelho e outra para o quadril, 1 questão de máxima distância caminhada e 4 sobre atividades de vida diária (AVDs) diferentes para quadril e joelho. A pontuação vai de 0 a 24, e sua soma indica, extremamente grave (maior ou igual a 14 pontos), muito grave (11 a 13 pontos), grave (8 a 10 pontos), moderada (5 a 7 pontos) e pouco acometimento (1 a 4 pontos) (Marx, Oliveira, Bellini & Ribeiro, 2006).

Também, nesse momento, foi aplicado o instrumento de avaliação de QV do *The World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL], o WHOQOL– BREF, o qual possui 26 questões, sendo 2 gerais e 24 que se dividem nas 24 facetas que se distribuem nos 4 domínios em que se baseia o instrumento original, sendo esses: Físico com 7 questões; Psicológico com 6 questões; Relações Sociais com 3 questões e Meio Ambiente com 8 questões. O tempo médio para seu preenchimento é de 10 minutos. As respostas às questões foram dadas numa escala comum com um único intervalo de 1 (um) a 5 (cinco), segundo a metodologia do *WHOQOL*, a fim de obter uma resposta analítica e estatística dos resultados. O valor mínimo dos escores de cada domínio do WHOQOL-BREF é quatro (4), e o máximo é 20. O objetivo é analisar, entre os dados obtidos, a QV dos respondentes, nas suas últimas duas semanas. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio (Fleck et al., 2000; O'Carroll, Smith, Couston & Cossar, 2000; Saxena, Carlson, Billington & WHOQOL Group, 2001; WHOQOL Group, 1998).

Após as aplicações dos questionários foi realizada a elaboração da planilha no Excel 2007®, com os dados coletados. Na análise descritiva, foram utilizados números absolutos, percentuais, média, desvio padrão, mínimo e máximo. A análise estatística foi realizada utilizando o software *GraphPad Prism 4*. Para testar a suposição de normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar as diferenças entre as proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. A comparação entre as médias foi realizada utilizando-se os testes: teste t Student para variáveis paramétricas e os testes de Kruskal-Wallis, pós--teste de Dunn, One way ANOVA; pós teste de Tukey e teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. A correlação foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Todas as conclusões foram tomadas em nível de significância de 5%.

O estudo foi conduzido respeitando-se a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as normas internacionais de pesquisa com seres humanos (Declaração de Helsinque), sendo adotados todos os procedimentos éticos previstos pelo Comitê de Ética e

Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Católica de Pernambuco, com número de CAAE: 33057714.0.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 834.228.

Resultados

A amostra em estudo foi composta por 15 idosas, que apresentavam em média $74 \pm 6,4$ anos, havendo uma frequência maior entre a faixa etária de 70 a 79 anos. O IMC médio das participantes foi de $26,91 \pm 8,85$, com frequência mais alta de indivíduos com sobrepeso. 14 idosas (93,3%) fazem uso de medicações. O quadro clínico preponderante foi a dor (n=14, 93,3%), com média de tempo de doença de $8,87 \pm 6,71$ anos e 6 idosas (40,0%) praticavam atividade física. Na EVA, a média foi de $5,06 \pm 3,19$ (Tabela 1). No Lequesne, a média foi de $14,56 \pm 2,88$, e o nível de comprometimento “Extremamente grave” (n=10, 66,66%) foi o mais frequente, seguido pelo “Grave” e “Muito grave” (n=5, 33,33%).

Tabela 1. Distribuição dos idosas com OA de joelho quanto às características clínicas.

	N	Idoso
Idade (anos)	15	$74 \pm 6,4$
65 a 69 anos	04	$66 \pm 1,41$
70 a 79 anos	07	$74,29 \pm 3,77$
80 ou mais	04	$81,5 \pm 1,29$
IMC (Kg/m²)	15	$26,91 \pm 8,85$
Normal	04	$23,74 \pm 1,13$
Sobrepeso	05	$26,72 \pm 1,75$
Obesidade Grau 1	04	$31,70 \pm 1,30$
Obesidade Grau 2	02	$37,40 \pm 0,87$
Medicação		
Sim	14	93,33%
Não	01	6,66%
Quadro clínico		
Edema	08	53,33%
Dor	14	93,33%
Perda de Força	02	13,33%
Perda de ADM	03	20,0%
Tempo de doença		$8,87 \pm 6,71$
Atividade física		
Sim	06	40,0%
Não	09	60,0%
Quantos dias por semana		
1	0	0,00%
2	2	33,33%
3	1	16,67%
4	1	16,67%
5	0	0,00%
6	0	0,00%

Continuação Tabela 1. Distribuição dos idosos com OA de joelho quanto às características clínicas.

7	2	33,33%
EVA		
Leve	5	33,33%
Moderada	6	40%
Grave	4	26,67%

Os valores estão expressos em números absolutos, média \pm desvio padrão ou por frequência (%).

Foi possível observar que a maioria era casada (n=8, 53,33%), com nível de escolaridade de 2º grau e curso superior (n=3, 20%, cada), domiciliadas em Recife (n=6, 40%), aposentadas (n=10, 66,66%) e residindo com o marido (n=8, 53,33%). Das 15 idosas apenas uma fuma (6,66%).

Tabela 2. Distribuição dos idosos com OA de joelho quanto às características sociodemográficas.

	N	Idoso
Estado civil		
Divorciada	01	6,66%
Casada	08	53,3%
Viúva	06	40,0%
Escolaridade		
1º grau incompleto	02	13,33%
1º grau	02	13,33%
2º grau incompleto	01	6,66%
2º grau	03	20,0%
Superior	03	20,0%
Pós-graduação	01	6,66%
Domicílio		
Escada	05	33,33%
Olinda	01	6,66%
Recife	06	40,0%
Camaragibe	01	6,66%
Paulista	02	13,33%
Ocupação		
Dona de casa	05	33,33%
Aposentada	10	66,66%
Uso de cigarro		
Sim	01	6,66%
Não	14	93,33%
Com quem vive*		
Irmãos	2	13,33%
Marido	8	53,33%
Família	1	6,66%
Nora	1	6,66%
Neta	3	20,00%

Continuação Tabela 2. Distribuição dos idosos com OA de joelho quanto às características sociodemográficas.

Filhos	6	40,00%
Sozinha	2	13,33%

*Nessa questão havia mais de uma opção por resposta.

Os valores estão expressos em números absolutos e por frequência (%).

Em relação às médias das variáveis clínicas e à média da Escala Lequesne, foi possível observar que a faixa etária mais comprometida em relação à função foi de 70 a 79 anos ($12,93 \pm 2,82$), com obesidade grau 2 ($17,5 \pm 1,41$) e acometida pela doença há mais de 11 anos ($18,25 \pm 0,35$) (Tabela 3).

Tabela 3. Valores médios obtidos nas variáveis clínicas em relação à média alcançados na Escala de Lequesne.

	N	Média±DP	Min	Max	*p-valor
Faixa etária*					
65 a 69 Anos	4	17,25±0,87	16,5	18,5	
70 a 79 Anos	7	12,93±2,82	8	16,5	0,0436
80 a mais	4	14,00±2,83	12	18	
IMC*					
Normal	4	13,25±3,77	8	17	0,4120
Sobrepeso	5	13,80±2,08	12	16,5	
Obesidade Grau					
1	4	14,63±3,35	11,5	18	
2	2	17,5±1,41	16,5	18,5	
Tempo de doença*					
1 a 5 anos	6	14,67±1,99	12	17	
6 a 10 anos	7	13,00±3,12	8	17	0,0545
11 acima	2	18,25±0,35	18	18,5	
EVA					
Leve	5	13,3±3,49	8	17	0,3910
Moderada	6	15,75±2,52	12	18,5	
Grave	4	14,38±2,53	11,5	16,5	

*Kruskal-Wallis. Diferença entre os indivíduos de 65 a 69 com os de 70 a 79 anos no pós teste de Dunns

**Teste t

A tabela 4 apresenta os idosos com OA de joelho, na avaliação através do WHOQOL-Bref. Os domínios do questionário que obtiveram maiores médias foram Relações Sociais ($15,82 \pm 1,81$), e Psicológico ($13,51 \pm 2,60$). Já o domínio Físico obteve a menor média ($12,04 \pm 2,93$). Foi observado no one way ANOVA a presença de diferença estatística ($p=0,003$), que foi confirmado no pós teste de Tukey entre o domínio Relações Sociais e os domínios: Físico e

Autoavaliação da QV. O alfa de Cronbach para o questionário Whoqol-Bref foi de 0,88, representando boa validade interna dos dados do questionário.

Tabela 4. Distribuição das idosas com OA de joelho quanto aos domínios do WHOQOL-Bref.

DOMÍNIO	Média	Desvio padrão	Coef.de variação	Mínimo	Máximo	Amplitude	*pvalor
Físico	12,04	2,93	24,37	7,43	17,14	9,71	
Psicológico	13,51	2,60	19,24	8,67	18,00	9,33	
Relações Sociais	15,82	1,81	11,42	10,67	18,67	8,00	0,003
Meio Ambiente	13,37	1,83	13,67	9,50	16,50	7,00	
Autoavaliação da QV	12,93	3,45	26,70	6,00	18,00	12,00	
TOTAL	13,29	1,92	14,42	9,69	16,92	7,23	

*One way ANOVA; pós teste de Tukey com diferença entre o domínio Relações Sociais e os domínios Físico e Autoavaliação da QV ($p \leq 0,05$).

A tabela 5 é referente à correlação entre as variáveis EVA e Lequesne, com os domínios de QV. Nesse caso, observou-se indícios de correlação negativa entre a EVA e o WHOQOL-Bref nos domínios Físico (-0,27), Psicológico (-0,02) e Meio Ambiente (-0,01); e, correlação positiva entre a EVA e as Relações Sociais (0,01). Já em relação ao cruzamento entre o Lequesne e o WHOQOL-Bref, houve baixa correlação negativa em todos os domínios, Físico (-0,25), Psicológico (-0,15), Relações Sociais (-0,22) e Meio Ambiente (-0,08).

Tabela 5. Correlação entre os domínios de QV e as variáveis EVA e Lequesne nas idosas e entre as idosas.

	Domínios de QV							
	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
	r	p - valor	r	p - valor	r	p - valor	r	p - valor
EVA	-0,27	0,32	-0,02	0,93	0,01	0,99	-0,01	0,97
Lequesne	-0,25	0,36	-0,15	0,58	-0,22	0,43	-0,08	0,78

Correlação de Pearson.

Discussão

A OA é uma doença de caráter reumático e degenerativo, com maior prevalência em mulheres a partir dos 50 anos de idade, e que promove alterações importantes na vida do idoso de um modo geral. Frequentemente gera declínio da QV e da capacidade funcional (Junior & Inácio, 2012; Miguel, 2011).

Em relação ao sexo, a literatura mostra que existe uma prevalência de OA nas mulheres. Esse fato foi observado no presente estudo, que tem amostra constituída apenas por mulheres. Isto talvez possa ser explicado pelo efeito do estrógeno sobre os condrócitos; pois, após a menopausa, ocorre a carência desse hormônio, que irá ocasionar diminuição na capacidade de produzir osteoblastos e o aumento destes, ocasionando o desgaste desta (Alexandre et al, 2008; Giorgi, 2005; Mendes, 2011). Outro item a ser evidenciado é que, segundo Celich (2008), em 2005, as mulheres representavam 51,3%, da população do país, e alcançavam 56,1%, no contingente de 60 anos ou mais de idade, favorecendo a proporção do sexo feminino sobre o masculino. O aumento da população feminina, pode ser decorrente do fato de que a mulher normalmente procura mais serviços de saúde e está mais atenta com a manutenção da sua saúde.

Segundo o estudo de Coimbra et al. (2004), estima-se que um terço dos indivíduos adultos, com idade entre 25 e 74 anos, apresentem evidências radiológicas de OA em pelo menos uma articulação. No estudo de Brosseau, MacLeay, Robinson, Wells e Tugwell (2003) observou-se que há chances do surgimento da osteoartrite aumentar com a idade, em concordância com Natalio, Oliveira e Machado (2010), quando relatam que a OA é pouco comum em indivíduos abaixo dos 40 anos de idade e mais frequente após os 60 anos.

A idade média encontrada no estudo em questão foi de $74 \pm 6,4$ anos, estando de acordo com os estudos de Alves e Bassit, 2013 (74,1 anos), Silva, Silva, Tura, Moreira, Rodrigues e Marques, 2012 (71,6anos), Gutierrez, Auricchio e Medina, 2011 (65,9 anos); Campolina, Dini e Ciconelli, 2011 (71, 6 anos); Cunha e Mayrink, 2011 ($72 \pm 7,36$) e Vagetti, Oliveira, Barbosa Filho, Moreira e Campos, 2012 ($69,43 \pm 5,70$ anos) e diferindo do estudo de Torres, Reis, Reis e Fernandes, 2009 ($80,79 \pm 9,77$), que apresentaram uma faixa etária mais avançada.

Estudos prévios presumem que exista aumento da incidência da doença com a idade e que provavelmente seja em consequência de várias mudanças biológicas, tais como: aumento da flacidez dos ligamentos ao redor das articulações e fraqueza da musculatura, tornando as articulações mais instáveis, e mais suscetíveis a lesões (Duarte, 2011; Talmo, Kwon, Freiberg, Rubash & Malchau, 2011).

Ao associar o sexo e a faixa etária, Herédia, Casara, Cortelletti, Ramalho e Sassi (2004) relatam que, além do índice de mortalidade ser menor no sexo feminino, as mulheres são mais preocupadas quanto à prevenção de doenças e a ter um estilo de vida mais saudável, isso promove uma longevidade maior e, conseqüentemente, gera a feminilização da população brasileira. Possivelmente, devido a esses fatos, os estudos apresentem uma população predominantemente feminina.

Outra variável que contribui para o surgimento e/ou agravamento da OA é a obesidade, que é diagnosticada através do aumento do IMC e favorece fatores predisponentes a OA de joelho, como o aumento da sobrecarga articular e sobrecarga repetidas, principalmente em articulações que suportam peso corporal (Grotle, Hagen, Natvig, Dahl & Kvien, 2008), assim como a redução da capacidade funcional (Vasconcelos & Dias, 2006).

Acredita-se que exista uma prevalência maior de OA de joelho em idosos com sobrepeso, quando comparados com idosos com peso normal. Na mesma linha de pensamento, Blagojevic, Jinks e Jordan (2010) relataram que indivíduos obesos ou com sobrepeso acumulam risco quase três vezes maior de ter a OA quando são comparados com as pessoas que apresentam peso normal. Albuquerque et al (2009) aumentam essa proporção para quatro. Franco, Simão, Pires e Guimarães (2009) afirmam que a obesidade é um fator limitante e está relacionada ao maior risco e grau de gravidade da OA de joelho. Ressalta-se que, para o idoso portador de OA, a presença de citocinas associadas ao tecido adiposo pode levar à destruição direta da articulação do joelho (Rezende, Campos & Pailo, 2013).

Foi observado neste estudo, que a maioria das idosas eram casadas, aposentadas e viviam com o marido, fato este bem similar aos artigos encontrados na literatura (Reis, Santos, Reis & Gomes, 2013, Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006). Em relação a escolaridade foi um aspecto diferente do relatado pela maioria dos artigos, pois a maior parte das idosas do presente estudo tinham cursado o ensino médio ou o curso superior concluído, fato que aconteceu de forma aleatória sem interferência dos critérios de inclusão do estudo.

O tabagismo e a prática de atividades físicas foram os hábitos de vida avaliados. No presente estudo, observou-se como resultado que 7,7% são tabagistas, o mesmo foi avaliado no estudo de Zaitune et al (2012) no qual 12,2% dos idosos eram fumantes, 56,8% não fumantes e 31% eram ex-fumantes. O tabaco tem efeito deletério sobre a cartilagem articular promovendo um aumento do desgaste e, conseqüentemente, favorecendo uma piora da gravidade da OA. Estudos têm observado que os locais mais frequentemente atingidos no joelho, em indivíduos

fumantes, foram as articulações fêmuro-tibial medial e fêmuro-patelar (Armin et al, 2007; Ferreira, Peixoto, Barbosa e Silveira, 2010).

No que se refere à prática de atividade física, o presente estudo verificou que 40% dos idosos a praticavam, o que converge com o estudo de Dias et al (2016), no qual 50% dos idosos também realizavam algum tipo de atividade física. Estes dados divergem dos estudos de Figueiredo Neto, Queluz e Freire (2011), que apresentaram 70% de sua amostra composta de idosos ativos. Paula, Soares e Lima (2010) mostraram que 100% dos idosos avaliados eram sedentários. Acredita-se que a prática de atividade física deva ser estimulada nos indivíduos com OA, pois não apenas promove benefícios, como influi na diminuição de doenças crônicas e, com isso, reduz a mortalidade e mantém ou aumenta a capacidade funcional do idoso (Matsudo et al, 2001).

O estilo de vida é parte fundamental para que as doenças crônicas possam ter sua evolução minimizada, como a realização de atividade física e a manutenção do peso corporal são imprescindíveis para obtenção de uma melhoria na QV (Matsudo et al, 2001, Rasia, Berlezi, Bigolin & Schneider, 2007). O sobrepeso associado à inatividade física, pode comprometer os movimentos e aumentar o estresse nas articulações e nos músculos, acentuando o risco de incapacidade. Decorrente disso, a atividade física deve ser parte integrante do cotidiano desses indivíduos (Rasia et al., 2007).

Com o aumento da população idosa, e por apresentarem problemas crônicos de saúde, os idosos são grandes consumidores de medicamentos (Marin et al, 2008). Equivalente ao presente estudo, o qual apresenta 93,3% dos participantes da pesquisa como usuários de algum tipo de medicamento, Torres et al, 2009, apresentou uma média de 78,6% de uso de medicação controlada. Em contrapartida, o estudo mostra limitações, por não avaliar os tipos de medicamentos utilizados para o tratamento da OA, mas sim, todo medicamento consumido pelo idoso.

A queixa algica em pacientes com OA é muito comum na clínica diária e normalmente decorre de processo inflamatório ou degenerativo que acarreta alterações intra-articulares, como isquemia, gerando o quadro de dor (Silveira et al, 2010). A dor foi referida por 93,33% dos participantes da pesquisa, corroborando com o estudo de Barduzzi, Rocha Júnior, Souza Neto e Aveiro (2013), que relataram que 100% dos indivíduos também apresentaram dor. No entanto, Vidmar et al (2011), demonstraram que menos da metade 46,27% da amostra tinham dor. Talvez essa diferença, tenha como explicação que 100% dos indivíduos do estudo citado realizavam atividade física, enquanto nos outros estudos, a maioria dos pesquisados eram sedentários. A dor articular está presente na vida do paciente com OA, que pode variar de

intensidade em decorrência dos hábitos de vida, do IMC e da fase da doença (Silveira et al, 2010).

Morgan e Santos, 2011 e Cunha e Mayrink (2011) utilizaram nos seus estudos a EVA para categorização do nível de dor e todos encontraram que a dor moderada era a mais frequente entre os pacientes dos estudos, com médias de 5,2 e 3,48, para as mulheres e 4,31, para homens, respectivamente. Dados estes correlatos com a presente pesquisa que apresentou uma média de $5,06 \pm 3,19$. É importante ressaltar que no presente estudo, o nível de dor foi mensurado de forma estática, ou seja, no momento em que não estava realizando nenhum movimento.

Alexandre et al. (2008) também utilizaram a EVA, porém em relação a três (3) momentos distintos, que incluíam dor ao repouso ($2,97 \pm 0,50$), dor à noite ($4,33 \pm 0,51$) e dor ao movimento ($5,35 \pm 0,49$), obtendo resultados de dor leve a moderada. Dados estes que diferem do estudo de Figueiredo et al, que asseveraram na sua análise que 75% dos pacientes exibiam nível de dor na EVA de 8, indicando, portanto, dor intensa.

Alves e Bassit (2013), assim como Figueiredo Neto et al. (2011), utilizaram outro questionário de avaliação de dor, o Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), e obtiveram escores de baixos a moderados. Porém, Figueiredo Neto et al. (2011) observaram que os resultados obtidos na EVA foram discrepantes dos obtidos do WOMAC, e levantaram como suposições que as diferenças poderiam estar relacionadas à metodologia de avaliação, uma vez que a EVA é referida no momento da entrevista, enquanto o WOMAC refere-se à dor nas últimas 72 horas, além da dificuldade de compreensão que os pacientes possam ter em responder de maneira correta à avaliação visual.

Os processos algícos em indivíduos geriátricos são fatores limitantes para a realização das mais simples às mais complexas atividades de vida diária, podendo ocasionar alterações significativas no padrão de marcha, na sua capacidade funcional e no equilíbrio, levando debilidade e dependência (Souza & Santos, 2012). Associado ao processo de envelhecimento, os pacientes que apresentam OA, referem dor crônica, a qual promove repercussões nas atividades diária e funcional de suas vidas (Corti & Rigon, 2003).

O processo de deteriorização da cartilagem articular devido ao desequilíbrio entre síntese e degradação podem trazer uma série de alterações anatômicas locais, indicando processos degenerativos que estão diretamente associados ao prejuízo na funcionalidade (Sackser, Vargas & Oliveira, 2014). Utilizou-se para observar tal alteração a Escala Algofuncional de Lesquene, no qual 66,67% dos idosos avaliados apresentaram acometimento extremamente grave, 33,33% acometimento grave ou muito grave, é importante ressaltar que para o presente estudo, apenas os indivíduos que apresentavam o escore acima de 8

(comprometimento grave) eram considerados. Mediante esses valores, o estudo apresentou uma média de $14,37 \pm 2,95$ pontos, sendo classificado como extremamente grave. Diferindo dos achados encontrados nos estudos de Okumura et al. (2015) que obteve como média 11,75 (muito grave); Santos et al. (2015) que teve como média 10,20, sendo classificado como grave. E o de Paula, Soares e Lima (2010), que apresentou 9,7 pontos bem como Arthur et al (2012), os quais apontam médias de 11,3 e 12,3 nos dois grupos avaliados antes do tratamento fisioterapêutico e de Campos et al (2014), que mostram idosos com nível de comprometimento com média de 12,29 pontos.

Na relação entre as médias da escala de Lequesne e a dor avaliada pela EVA, foi percebido que a funcionalidade está mais comprometida no nível de dor moderado. É importante ressaltar que no presente estudo, o nível de dor foi mensurado após dois meses de tratamento fisioterapêutico. Talvez, este fator tenha interferido de alguma forma no resultado do estudo, uma vez que no primeiro momento do tratamento fisioterapêutico, o enfoque é a dor. Este dado pode ter contribuído para o surgimento do nível de dor moderado.

Além deste fator, pode-se pensar no processo de adaptação do próprio organismo, a neuroplasticidade, que pode diminuir a magnitude da percepção da dor. Neste caso, os receptores nociceptivos se ajustam promovendo aumento do nível do limiar de excitabilidade dos receptores sensoriais. Outra hipótese é o próprio processo de aceitação, por parte do idoso, da sua perda da funcionalidade, com a progressão da doença (Klaumann, Wouk & Sillas, 2008).

A QV em indivíduos idosos, portadores de doenças crônicas, torna-se consideravelmente reduzida por estar associada a fatores como incapacidade, depressão e mudança na dinâmica familiar, que irão ocasionar ainda mais limitações (Cunha & Mayrink, 2011). Para avaliar essas alterações, neste estudo utilizou-se o Questionário WHOQOL-Bref no qual se observou uma média de 13,29 pontos no índice geral de QV, o que representa uma regular QV geral.

Também se obteve que os domínios com maiores médias foram Relações Sociais ($15,82 \pm 1,81$) e o Psicológico ($13,51 \pm 2,60$); e o domínio Físico obteve a menor média ($12,04 \pm 2,93$). Concordando com as pesquisas realizadas por Custódio, Gomes, Avoglia e Bastos (2004); Pereira et al (2006); Campolina, Dini e Ciconelli (2011); Cunha e Mayrink (2011) e Dias et al (2016) que obtiveram resultados similares aos domínios citados acima. Diferentemente, no estudo de Vagetti et al. (2012), o domínio que apresentou o menor score foi o Psicológico. Ressalta-se que este estudo foi constituído apenas por mulheres, sendo que todas realizavam atividades físicas de forma regular e apresentavam elevados valores médios em grande parte

dos domínios da QV, o que indica uma boa percepção de QV nessa população (Vagetti et al, 2012).

O domínio Físico indicou a média mais fraca em todos os estudos analisados, provavelmente devido à dor, à dificuldade de locomoção, deformidades articulares e inflamação. E, o domínio Meio Ambiente apresentou a segunda maior influência na diminuição da QV, mostrando a necessidade de adaptação do ambiente físico para o idoso, facilitando sua independência e influenciando positivamente no bem-estar do senescente (OMS, 2001). Segundo Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette (2007) uma boa relação social garante uma melhor saúde e, conseqüentemente, maior longevidade.

Quando foi realizada a correlação entre as variáveis EVA e Lequesne com os domínios de QV, observou-se correlação negativa entre a EVA e o WHOQOL-Bref nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente que, denota que quanto maior o nível de dor, ocorre um declínio nos aspectos relacionados à QV. É possível sugerir que quando o nível de dor é muito elevado, o indivíduo não consegue realizar suas atividades de forma adequada, muitas vezes acarretando estresse, ansiedade ou até mesmo depressão, e, conseqüentemente, isto gera comprometimento na sua QV.

Já em relação ao cruzamento entre o Lequesne e o WHOQOL-Bref, também houve correlação negativa, quer dizer quanto maior o grau de comprometimento funcional isso acarretará em prejuízo à QV dos idosos portadores de OA de joelho. Fato este também constatado, nos estudos de Lima, Lima e Ribeiro (2010) e Matos e de Araújo (2009) que observaram que quanto mais grave for a OA, mais baixos serão os valores obtidos do domínio Físico. Isto pode ser justificado pela diminuição da funcionalidade – principalmente por ser uma articulação que está envolvida com o processo de locomoção – repercutindo na autonomia do indivíduo, conseqüentemente, diminuindo sua QV.

A pesquisa mostra a necessidade de uma clínica do cuidado com idosos com OA de joelho. Uma limitação do estudo foi a não realização do cruzamento entre os dados clínicos e a QV. O viés foi a não separação entre indivíduos com OA de joelho unilateral da bilateral e a colocação de um padrão de corte para a capacidade funcional, que pode ter influenciado de alguma forma o resultado do estudo, pois como foram considerados os indivíduos com comprometimento grave, isto pode ter influenciado em relação ao nível de dor elevado e a diminuição na percepção da QV.

Conclusão

Os achados encontrados dão indícios de que a OA de joelho é uma condição significativamente limitante, a qual interfere de forma substancial na QV dos indivíduos idosos que a possuem. Ela leva a uma série de alterações corporais e emocionais que irão proporcionar debilidade e incapacidade funcional de forma precoce.

A amostra foi composta por mulheres, com idade média de 74 anos, com sobrepeso. A dor foi o principal sintoma apresentado e, em sua maioria, exibiram um grau extremamente grave de OA diagnosticado pelo Lequesne. O WHOQOL-Bref apresentou como domínio mais comprometido o Físico; e, o de menor comprometimento, o de Relações Sociais.

É importante ressaltar que as correlações entre as escalas: EVA, Lequesne e WHOQOL-Bref indicam que o nível de dor e de comprometimento funcional apresentam correlação negativa com a QV, mostrando que o comprometimento da QV dos idosos portadores de doenças crônicas é uma condição limitante, e influencia vários aspectos da vida desses indivíduos de forma negativa, seja no âmbito emocional, físico, relação pessoal, entre outros.

Os dados do presente estudo não podem ser extrapolados para a população em geral, pelo tamanho pequeno da amostra e ser por conveniência, mas dá indícios de alterações importantes na função e na QV desses indivíduos. A pequena amostra do estudo se justifica pela dificuldade de encontrar idosos que se encaixassem no perfil estipulado, principalmente, relacionadas à reduzida quantidade de idosos em tratamento fisioterapêutico específico para a OA de joelho, e que deambulassem. Nota-se a necessidade de estudos com uma amostra maior e que aprofundem mais sobre o tema em questão.

Referências

- Albuquerque, R. P., Fernandes, R. S. C., Barreto, J. M., Carvalho, A. C. P., Moraes, M. B. & Abreu, T. Associação entre a osteoartrose de joelho e o índice de massa corporal. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*. 2009; 4(1),10-18.
- Alencar, M. A., Arantes, P. M. M., Dias, J. M. D., Kirkwood, R. N, Pereira, L. S. M. & Dias, R. C. (2007) Muscular function and functional mobility of faller and non-faller elderly women with osteoarthritis of the knee. *Brazilian Journal Medicine Biology Reseach*. 40, 277-283.

- Alexandre, T. S.; Cordeiro, R. C & Ramos, L. R. (2008) Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa*.15(4),326-232.
- Alves, J. C. & Bassitt, D. P. (2013) Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein* 11(2):209-215.
- Amin, S.; Niu, J.; Guermazi, A.; Grigoryan, M.; Hunter, D. J.;Clancy, M.; LaValley, M. P.; Genant, H. K. & Felson, D. T. (2007). Cigarette smoking and the risk for cartilage loss and knee pain in men with knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 66(42):18-22.
- Arthur, K., Nascimento, L. C., Figueiredo, D. A. S., Souza, L. B. & Alfieri, F. M. (2012) Efeitos da geoterapia e fisioterapia associadas à cinesioterapia na osteoartrite de joelhos: estudo randomizado duplo cego. *Acta Fisiátrica*. 9(1), 11-15
- Barduzzi, G. de O.; Rocha Júnior, P. R., Souza Neto, J. C. de & Aveiro, M. C. (2013) Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos à fisioterapia aquática e terrestre. *Fisioterapia e Movimento* 26(2),349-360.
- Blagojevic, M., Jinks, C. & Jordan K. P. (2010) Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 18(1), p.24-33.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 85-334-1198-7
- Brosseau, L., MacLeay, L., Robinson, V., Wells, G. & Tugwell, P. (2003). Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Revision*.
- Busija, L., Bridgett, L., Williams, S. R., Osborne, R. H., Buchbinder, R., March, L. & Fransen, M. (2010) Osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 24(6):757-68.
- Buss, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1),163-177.

- Camanho G, Imamura M, Nielsen L. (2011) Gênese da dor na artrose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 46(1):14-17.
- Campolina, A. G.; Dini, P. S. & Ciconelli, R. M. (2011) Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(6), 2919-2925.
- Campos, G. C., Kohara, M. T., Rezende, M. U., Santana, O. F. M., Moreira, M. M. & Camargo, O.P. (2014) Escolaridade dos pacientes e aplicação dos questionários em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*. 22(5),256-9.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., Prette, A. D. (2007) Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20(2),229-237.
- Carvalho, D. S.& Kowacs, P. A. (2006) Avaliação da intensidade de dor. *Migrêneas cefaléias* 9(4),164-168.
- Celich, K. L. S. (2008). *Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, RS, Brasil.
- Coimbra, I. B.; Pastor, E. H., Greve, J. M. D., Puccinelli, M. L., Fuller, R., Cavalcanti, F. S., Maciel, F.M. B & Honda, E. (2004) Osteoartrite (Artrose): Tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 450-453.
- Corti, M.C & Rigon, C. (2003) Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research* 15(5), 359-63.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011) Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*. São Paulo. 12(2),120-124.

- Custódio, E. M., Gomes, M. R. R., Avoglia, H. R. C., Bastos, I. (2004) Qualidade de vida entre universitárias: Estudos preliminares com o WHOQOL-bref. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 4(3),47-57.
- Da Nobrega, A. C. L.; De Freitas, E. V.; De Oliveira, M. A. B.; Leitão, M. B.; Lazzoli, J. K.; Nahas, R. M.; Baptista, C. A. S.; Drummond, F. A.; Rezende, L.; Pereira, J.; Pinto, M.; Radominski, R. B.; Leite, N.; Thiele, E. S.; Hernandez, A. J.; de Araújo, C. G. S.; Teixeira, J. A. C.; de Carvalho, T.; Borges, S. F. & De Rose, E. H. (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, Niterói, 5(6), 207-211.
- De Souza, R. F., Skubs, T., Bretas, A. C. P. (2007) Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 60(3), 263-267.
- Deyle, G. D., Allison, S. C., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Stang, J. M., Gohdes, D. D., Hutton, J.P., Henderson, N. E. & Garber, M. B. (2005) Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*. 5:1301-1137.
- Dias, R. R. De M. M., Uchôa, E. P. B. L.; Carvalho, V. C. P. De, Brito, C. M. M. De, Araújo, A. E. de L.; Buarque, G. L. A. (2016) Perfil sócio-clínico e avaliação da percepção da qualidade de vida de idosos com osteoartrose de joelho. *Revista Inspirar*. ed. 38, 8(1), 42-49.
- Duarte, R.M.S.C. (2011) Prevenção da osteoartrite/osteoartrose. *Temas de Reumatologia* 12(3), 67-74.
- Ebrahim, S. (1995) Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41,1383-1394.
- Farias, M., Vidmar, M. & Wibeling, L. (2011). Risco de quedas em mulheres idosas com osteoartrose de joelho. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. ano 9, (27):7-13.

- Ferreira, C. C. C., Peixoto, M. do R. G., Barbosa, M. A., Silveira, E. A. (2010) Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema único de saúde de Goiânia, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010 Out; 95(5), 621-628.
- Figueiredo Neto, E. M., Queluz, T. T. & Freire, B. F. A. (2011) Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Revista Brasileira de Reumatologia*.51(6),544-9.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S, Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.& Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-183.
- Franco, L. R., Simão, L. S., Pires, E. di O. & Guimarães, E. A. (2009) Influência da idade e da obesidade no diagnóstico sugestivo de artrose de joelho. *ConScientiae Saúde*, 8(1):41-46.
- Garcia, P.A., Dias, J. M. D., Dias, R. C., Santos, P. & Zampa, C. C. (2011). A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(1),15-22.
- Giorgi, R. D. N. (2005) A osteoartrose na prática clínica. *Temas de Reumatologia Clínica*. 6:17-30.
- Gomes-Neto, M., Araujo, A. D.; Junqueira, I. D. A., Oliveira, D., Brasileiro, A. & Arcanjo, F. L. (2016) Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56 (2), 126-130.
- Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A. & Kvien, T. K. (2008) Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*.;9(132).
- Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M. & Medina, N. V. J. (2011) Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência, *Journal Health Sciences Institute* 29(3):186-90

- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H. & Sassi, A. (2004) A realidade do idoso institucionalizado. *Texto e Envelhecimento*. 7(2),25-34.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *População brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Recuperado em 12 julho, 2016, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) *Síntese de Indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira* [Recuperado em 12 julho, 2016, de http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf]
- Junior, O. V. L. & Inácio, A. M. (2013) Uso de Glucosamina e Condroitina no Tratamento da Osteoartrose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 48(4),300-306.
- Klaumann, P. R.; Wouk, A. F. P. F.; Sillas, T. (2008) Patofisiologia da dor. *Archives of Veterinary Science*. 13(1), 1-12.
- Lima, D. L., de Lima, M. A. V. D. & Ribeiro, C. G. (2010) Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 7(3),346-356.
- Marin, M. J. S., Cecílio, L. C. O., Perez, A. E. W. U. F., Santella, F., Silva, C. B. A. & Filho, J. R. G. (2008) Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*.24(7),1545-1555.
- Marques, A. M. & Kondo, A. (1998) A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia* 38(2),83-90.
- Marx, F. C., Oliveira, L. M., Bellini, C. G. & Ribeiro, M. C. C. (2006) Tradução e Validação Cultural do Questionário Algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadrís para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 46(4),253-260.

- Matos, D. R. & De Araujo, T. C. C. F. (2009) Qualidade de vida e envelhecimento: Questões sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 511-518.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R. & Neto, T. L. B. (2001) Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*. 7(1),2-13.
- Mendes, A. B. L. (2011). *Efeito da deficiência estrogênica e da atividade física sobre a cartilagem articular da cabeça do fêmur de ratas Wistar*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Miguel, R. D. C. C. (2011). *Perfil sócio-demográfico, clínico e funcional de idosos comunitários com osteoartrite de joelho e/ou quadris com enfoque na síndrome da fragilidade*. Dissertação de mestrado, Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.
- Milagres, A. S., Souza, I. M., Pereira, J. O.C., Paz, R. D. & Abreu, F. M. C. (2006) Benefícios de um programa de fortalecimento do quadríceps no tratamento da osteoartrite de joelho. *Fisioterapia Brasil*.7:73-78.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1),7-18.
- Morgan, C.R & Santos, F.S. (2011) Estudo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) nível sensorio para efeito de analgesia em pacientes com osteoartrose de joelho. *Fisioterapia e Movimento*. 24(4), 637-646
- Natalio, M.A; Oliveira, R.B.C; Machado, L.V.H. (2010) Osteoartrose: uma revisão de literatura. *Revista Digital*. 15(146) publicado: <http://www.efdeportes.com>.
- Nobre, M. R. C. (1995) Qualidade de vida. São Paulo, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 64(4),299-300.

- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M. & Cossar, J. A. (2000) A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Okumura, F. A., Reis, F. A. dos, Belchior, A. C. G., Carvalho, P. T. C. de, Silva, B. A. K. da, Pereira, D. M. & Laraia, E. M. S. (2009) Avaliação dos sintomas e capacidade física em indivíduos com osteoartrose de joelho. *Revista Terapia Manual*, 7(30), 83-87.
- Organización Mundial De La Salud. *Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
- Paula, B., Soares, M. & Lima, G. (2010) A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelhos utilizando questionário Algo Funcional de Lequesne. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 17(4):18-26.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006) Contribuição dos domínios Físico, social, Psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*. 28(1),27-38.
- Rasia, J., Berlezi, E. M., Bigolin, S. E. & Schneider, R. H. (2007) A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*,4(1), p. 28-38.
- Rauen, M. S., Moreira E. A. M., Calvo, M. C. M. & Lobo, A. S. (2008) Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Revista de Nutrição*, 21(3):303-310.
- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A. & Gomes, N. P. (2013) Quality of life and associated factors of caregivers for the elderly with impaired functional capacity. *Brazilian Journal Physical Therapy*. 17(2),146-151.
- Rezende, M. U., Hernandez, A. J., Camanho, G. L. & Amatuzzi, M.M. (2010) Cartilagem articular e osteoartrose. *Acta Ortopédica Brasileira*; 8(2):100-4.
- Rezende, U. M. de, Campos, G. C. de & Pailo, A. F. (2013) Conceitos atuais em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*. 21(2),120-2.

- Rosemann, T., Grol, R., Herman, K. & Wensing, M. (2008) Association between obesity, quality of life, physical activity, and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 28(5):1–8.
- Sackser, J., Vargas, T.C. & Oliveira, A.L. (2014) Avaliação da Dor e Capacidade Funcional de Pessoas com Diagnóstico de Osteoartrose de Joelho Através do Questionário Algorfucional de Lequesne. *FIEP Bulletin*, 84, art. II.
- Santos, C. B., Pedroso, B., Scandelari, L. & Pilatti, L. A. (2009) Qualidade de vida: Interpretação da sintaxe do SPSS para análise de dados do WHOQOL-100. *Revista de saúde pública*. 11(5), 863-841.
- Santos, S. (2010) Concepções teórico – filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica, Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6),1035-1039.
- Santos, J. P. M., Andraus, R. A. C., Pires-Oliveira, D. A. A., Fernandes, M. T. P., Frâncica, M. C., Poli-Frederico, R. C. & Fernandes, K. B. P. (2015) Análise da funcionalidade de idosos com osteoartrite. *Fisioterapia e Pesquisa*. 22(2), 161-168.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & WHOQOL Group. (2001) On behalf of the WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 10,711-721.
- Seidl E. M. F. & Zannon C. M. L. C. (2004) Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. 20(2),580-588.
- Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P, Rodrigues, R. A. P. & Marques, M. C. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(1),109-15.
- Silveira, M. M. Da, Sachetti, A., Vidmar, M., Venâncio, G., Tombini, D. K., Sordi, S., Pilla, S. & Wibelinger, L. M. (2009) Perfil Epidemiológico de Idosos com Osteoartrose. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 9(3), 212-215.

- Souza, A.C.S. & Santos, G.M. (2012) Sensitivity of the Berg balance scale in patients with osteoarthritis. *Motriz: Revista de Educação Física*.18(2),307-318.
- Talmo C. T., Kwon, Y. M., Freiberg, A. A., Rubash, H. E. & Malchau, H. (2011) Management of polyethylene wear associated with a well-fixed modular cementless shell during revision total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*. 26(4),76-81
- The World Health Organization Quality of Life Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558.
- Torres, G. V., Reis, A. R., Reis, L. A. & Fernandes, M. H. (2009) Qualidade de Vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58(1),39-44.
- Trentini, M. C., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hirakata, V. N. & Fleck, M. P. A. (2006) A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*. 11(2),191-197.
- Vagetti, G. G., Oliveira, V., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B. & Campos, W. (2012) Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade*. 8(Supl. 2),709-718.
- Vasconcelos, K. S. S. & Dias, J. M. D. (2006) Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(2), 213-218.
- Vidmar, M. F., Sachetti, A., Silveira, M. M. da, Schneider, R. H. & Wibelinger, L. M. (2011) Quedas em mulheres idosas com dor articular. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 8(3),333-342.
- Zacaron, K. A. M., Dias, J. M. D., Abreu, N. S. & Dias, R. C. (2006). Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite. *Revista Brasileira de Fisioterapia*.10(3),279-84.

Zaitune, M. P. A., Barros, M. B. A., Lima, M. G., César, C. L. G., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2012) Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. 28(3),583-595.

Perfil sócio-demográfico, qualidade de vida e nível de sobrecarga em cuidadores de mulheres idosas com osteoartrose de joelho

Profile clinical, quality of life and level of caregiver burden in elderly women with knee osteoarthritis

UCHÔA, Érica Patrícia Lira Borba¹;LIMA, Albenise de Oliveira²

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: ericauchoa@gmail.com

² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Psicologia, Família e Saúde, pela Universidade de Deusto, Espanha. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: albenise@unicap.com

Resumo:

Introdução: Com o envelhecimento, o organismo torna-se mais susceptível a doenças, como as crônicas degenerativas, que causam dependência funcional. Isso faz com que alguns idosos necessitem de cuidados, e a função de cuidar muitas vezes é delegada a uma pessoa da família. A tarefa de cuidar, ao longo do tempo, pode promover sobrecarga física e alteração na qualidade de vida (QV) do cuidador. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico, sobrecarga física e alteração na QV do cuidador de mulheres idosas com osteoartrose (OA) de joelho. **Métodos:** O estudo é do tipo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. A avaliação foi composta pelo questionário sociodemográfico e clínico, a escala *Zarit Burden Interview* (Zarit) e o WHOQOL-Bref. Os dados foram submetidos à análise estatística e a significância do estudo foi de $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra em estudo foi composta por 15 cuidadores de idosas, 53,33%, homens, com idade média de 58,53 anos, com Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 25,16, 80% fazem uso de medicações e 40% praticam atividade física. Na Zarit, obteve-se escore médio de 26,27 e foi observado que a sobrecarga é maior em indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de idoso, com obesidade grau 1, e com grau de parentesco, filho (a). No WHOQOL-Bref, os domínios com maior média foi o Psicológico (15,91) e o domínio Físico obteve a menor média (13,90). Entre a variável Zarit com os domínios de QV, observou-se correlação negativa em todos os domínios. **Conclusão:** O presente estudo possibilitou observar que os cuidadores familiares apresentam idade na faixa etária de adulto de meia idade com sobrepeso e que, na sua maioria, são sedentários. E, apresentam várias repercussões na sua vida, como sobrecarga e diminuição na percepção da QV.

Palavras Chave: cuidador; sobrecarga; qualidade de vida.

Abstract:

Introduction: With aging, the body becomes more susceptible to diseases as the chronic degenerative that causes functional dependency. This makes these elderly require care, and the care work is often delegated to a person of their family. The task of taking care, throughout time, can promote physical overload and change in quality of life (QOL) of caregivers. **Objective:** to evaluate the clinical profile, QOL and the level of overload in caregivers of elderly women who have knee osteoarthritis. **Methods:** The study is a quantitative type, exploratory, descriptive, transversal cutting. The evaluation was composed by socio-demographic and clinical questionnaire, the Zarit Burden Interview scale (Zarit) and WHOQOL-Bref. The data were subjected to statistical analysis and significance of the study was $p < 0.05$. **Results:** The study sample was made up of 15 elderly caregivers, 53.33% men, with an average age of 58.53 years, BMI average 25.16, 80% makes use of medications and 40% practiced physical activity. In Zarit obtained average 26.27 score and it was observed that the overload is higher in women, in the age group of elderly, with obesity degree 1 and degree of kinship, child. The WHOQOL-Bref, areas with highest average was the psychological (15.91) and the physical domain obtained the lowest average (13.90). On the correlation between the variable Zarit with the domains of QOL, where we observed negative correlation in all areas. **Conclusion:** This present study made it possible to note that the family caregivers present age in the age group of middle-aged adult overweight and that most are sedentary. And have several repercussions on your life, such as overload and decrease in perceived QOL.

Key word: Caregiver, burden and quality of life.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e irreversível; e o Brasil, que até pouco tempo atrás era conhecido como um país jovem, atualmente também demonstra uma alteração da pirâmide populacional, que está se tornando mais alargada no seu ápice e mais estreita na sua base (Campolina, Dini & Ciconelli, 2011; Chaimowicz, 1997; Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré, 2012; Luzardo, Gorini & Silva, 2006; Uesugui, Fagundes & Pinho, 2011).

Com o envelhecimento, o organismo humano torna-se mais susceptível a várias doenças, principalmente as consideradas crônico degenerativas, que causam dependência funcional, diminuição da cognição, entre outras alterações. É notado que a incapacidade ocorre mais em mulheres acima de 80 anos de idade (Flores, Borges, Denardin-Budó & Mattioni, 2010; Santos, 2010; Souza, Skubs & Bretãs, 2007).

Isso faz com que esses idosos necessitem de cuidados, e a função de cuidar muitas vezes é delegada a cuidadores formais, quando a família tem condições financeiras; porém, uma grande parcela de cuidadores é informal, e na grande maioria das vezes, é uma pessoa da própria família, a qual não tem nenhum tipo de orientação e informação sobre o cuidado com esse idoso (Alves & Bassit, 2013).

É definido como cuidador “a pessoa que desempenha a função de ajudar pessoas dependentes, numa relação de proximidade física e afetiva” (Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011), porém com o convívio diário de cuidar das necessidades de uma outra pessoa, pode ser uma experiência emocional desagradável, gerando sobrecarga física e distúrbios psicológicos, como a depressão. Isso ocorre principalmente se o cuidado for direcionado a uma pessoa da família, com quem o cuidador tenha uma ligação afetiva importante, positiva ou negativa, prévia à instalação da doença (Monin & Schulz, 2009; Vaingankar, Subramaniam, Abdin, He & Chong, 2012).

Em uma família, um componente familiar normalmente é escolhido como o cuidador principal. Essa escolha promove alterações importantes na vida desse indivíduo como a modificação de sua rotina diária, muitas vezes deixando a sua vida para cuidar da vida do outro, além de assumir várias atividades relacionadas com o cuidado de higiene pessoal, mas também cuidados gerais, como cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, vestir-se, comer, beber e com a saúde (De Nardi, Rigo, Brito, Santos & Brós, 2011; Inocenti, Rodrigues & Miasso, 2009).

Essas tarefas, ao longo do tempo, dependendo do nível socioeconômico, do tempo de cuidado, da gravidade da doença, do nível de dependência do idoso; somado à necessidade de atenção e vigilância, podem promover sobrecarga física e alteração na qualidade de vida (QV) do cuidador, desencadeando experiências psicoemocionais de sofrimento, gerando várias doenças, tais como: depressão, ansiedade, fibromialgias, síndromes miofasciais, hipertensão arterial sistêmica, problemas digestivos (Doornbos, 2002; Ho, 2009).

A QV pode ser definida como um conjunto de condições físicas, psicológicas, de relações sociais e do meio ambiente, associada com as condições de saúde, educação e todos os aspectos que permeiam a vida humana (The World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] Group, 1998).

Sobrecarga é um sentimento único de cada indivíduo, quando submetido a um conjunto de atividades que possam gerar um grau de estresse elevado, repercutindo de forma negativa na vida e nas relações do indivíduo. Quando se fala de sobrecarga em relação ao cuidado, pode-se afirmar que compreende um conjunto de fatores, individuais e ambientais, além de consequências na vida do cuidador e de sua família. É um aspecto considerado complexo, pois pessoas submetidas ao mesmo nível de estresse podem responder de forma diferente a este (Gratão et al, 2012; Wachholz, Santos & Wolf, 2013).

Contudo, existem estudos que mostram que o cuidado também pode ser benéfico para o cuidador, pois é uma tarefa que pode resignificar sua vida. O cuidar pode promover bem-estar, afeto e satisfação com a vida, demonstrando que o ato de cuidar não pode ser caracterizado como experiência emocional homogênea (Lopes & Cachioni, 2013; Poulin et al, 2010).

A QV e a sobrecarga do cuidador são aspectos bastante estudados na literatura corrente, porém após a leitura de vários artigos científicos, nota-se que a ênfase é nos cuidadores de idosos com doenças demenciais ou de base neurológica, sendo escassos os estudos de idosos com doenças osteomusculares. Na tentativa de suprir essa escassez, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, sobrecarga física e alteração na qualidade de vida do cuidador de mulheres idosas com osteoartrose (OA) de joelho.

Materiais e Método

O estudo está vinculado à Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da própria instituição. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. A escolha da população estudada foi por conveniência, e sua realização aconteceu

em um Laboratório Especializado em Fisioterapia e Terapia Ocupacional da cidade do Recife – PE, Brasil.

Os participantes do estudo foram 15 cuidadores familiares de mulheres idosas com OA de joelho e que aceitassem participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão, o cuidador familiar teria que apresentar idade mínima de 18 anos e ser o cuidador principal. E, como critério de exclusão: cuidadores que apresentassem déficits cognitivos, problemas demenciais, e algum tipo de limitação física, como amputações. Também foram excluídos cuidadores com presença de tumores, com indicação cirúrgica.

No primeiro momento, foi realizado um contato inicial com os familiares dos idosos portadores de OA de joelho, os quais foram orientados sobre o objetivo da pesquisa. Foi informado que sua participação era de caráter voluntário; assim como, foram coletadas as devidas assinaturas do TCLE. Após aceitação da realização do estudo, foi realizada uma rápida explicação sobre os procedimentos de coleta de dados, e aplicação dos questionários: sociodemográfico e clínico, constando de dados pessoais com os seguintes itens: nome, idade, profissão, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), estado civil, escolaridade, local de residência, ocupação, uso de cigarro e de medicação, com quem reside e referência à prática de atividade físico.

Para o cálculo do IMC foram utilizadas as variáveis peso (P) e altura (H), obedecendo a equação, $\frac{P}{H*H}$. E, para categorização do IMC foram utilizados os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual seria considerado baixo peso $<18,5\text{Kg/m}^2$; peso normal entre 18,5 a 24,9 Kg/m^2 ; sobrepeso entre 25,0 a 29,9 Kg/m^2 , obesidade grau 1 entre 30 a 34,9 Kg/m^2 , obesidade grau 2 entre 35 a 39,9 Kg/m^2 e obesidade grau 3 $\geq 40\text{ Kg/m}^2$ (Brechner, Farris, Harrison, Tillman, Salive & Phurrough, 2004). A idade para a categorização dos cuidadores foi estabelecida da seguinte forma: adolescência de 10-11 anos a 20 anos, adulto jovem de 20 a 40 anos incompletos, adulto de meia idade com 40 a 65 anos incompletos e idoso com 65 anos ou mais.

Ao final do primeiro questionário, foi utilizada a escala *Zarit Burden Interview*, que é um instrumento validado para o Brasil, que contém 22 questões, com o intuito de avaliar: a relação entre os cuidadores e idosos com algum tipo de deficiência, funcionais ou comportamentais, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. É uma escala na qual o pesquisado é colocado diante de afirmativas que relatam o seu sentimento quando cuida de outra pessoa, sendo graduada de 0 a 4. O zero corresponde à ausência do sentimento, e 4 à presença constante do sentimento. O escore total varia de 0 a 88, conferindo

maiores percepções de sobrecarga a escores mais altos. Para a análise estatística, foi utilizada a classificação publicada para os escores totais, na qual a sobrecarga pequena é pontuada de 0 a 20 pontos, sobrecarga moderada de 21 a 40 pontos, moderada a severa de 41 a 60 pontos e sobrecarga severa para pontuações acima de 61 pontos (Scavufca, 2002).

E, por fim, foi aplicado o instrumento de avaliação de QV do *The World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL], o WHOQOL– BREF, o qual possui 26 questões, sendo duas gerais e 24 que se dividem nas 4 facetas em que se baseia o instrumento original, tais como: Físico, com 7 questões; Psicológico, com 6 questões; Relações Sociais, com 3 questões e Meio Ambiente, com 8 questões. A média de todas as questões independentes compõe o índice geral de QV (IGQV). O tempo médio para seu preenchimento é de 10 minutos. As respostas às questões são dadas numa escala comum com um único intervalo de 1 (um) a 5 (cinco), segundo a metodologia do *WHOQOL*, a fim de obter uma resposta analítica e estatística dos resultados. O valor mínimo dos escores de cada domínio do WHOQOL-BREF é quatro (4); e o máximo é vinte (20). O objetivo é analisar, entre os dados obtidos, a QV dos respondentes, nas suas últimas duas semanas. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio (Fleck et al., 2000; O'Carroll, Smith, Couston & Cossar, 2000; Saxena, Carlson, Billington & WHOQOL Group, 2001; The WHOQOL Group, 1998).

Após as aplicações dos questionários foi realizada a elaboração da planilha no Excel 2007®, com os dados coletados. Na análise descritiva, foram utilizados números absolutos, percentuais, média, desvio padrão, mínimo e máximo. A análise estatística foi realizada utilizando o software *GraphPadPrism 4*. Para testar a suposição de normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar as diferenças entre as proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. A comparação entre as médias foi realizada utilizando-se os testes: teste t Student para variáveis paramétricas e os testes de Kruskal-Wallis, pós--teste de Dunn, Oneway ANOVA; pós teste de Tukey e teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. A correlação foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Todas as conclusões foram tomadas em nível de significância de 5%.

O estudo foi conduzido respeitando-se a Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e as normas internacionais de pesquisa com seres humanos (Declaração de Helsinque), tendo adotado todos os procedimentos éticos previstos pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com número de CAAE:33057714.0.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 834.228.

Resultados

A amostra em estudo foi composta por 15 cuidadores familiares de idosas com OA de joelho, sendo composta por 53,33% (n=8) de homens, que apresentavam em média $58,53 \pm 17,54$ anos, havendo uma frequência maior entre a faixa etária de adulto de meia idade. O IMC médio dos participantes foi de $25,16 \pm 4,80$, com frequência mais alta de indivíduos com baixo peso ou peso normal, 80% (n=9) fazem uso de medicações e 40% (n=6) praticavam atividade física.

Na tabela 1 é possível observar que a maioria dos cuidadores era casada (n=11, 73,33%), com nível de escolaridade de 2º grau (n=5, 33,33%), 6 são domiciliados em Recife (40%), aposentado e outras atividades (n=7, 46,66%, cada) e 14 são não fumantes (93,3%).

Tabela 1. Distribuição dos cuidadores familiares de idosas com osteoartrose de joelho quanto às características sociodemográficas.

Estado civil		
Solteiro	01	6,66%
Divorciado	01	6,66%
Casado	11	73,33%
Viúvo	02	13,33%
Escolaridade		
1º grau incompleto	03	20,0%
2º grau	05	33,33%
Superior Incompleto	02	13,33%
Superior	03	20,0%
Pós-graduação	02	13,33%
Domicílio		
Escada	05	33,33%
Olinda	02	13,33%
Recife	06	40,0%
Camaragibe	01	6,66%
Paulista	01	6,66%
Ocupação		
Dona de casa	01	6,66%
Aposentada	07	46,66%
Outros	07	46,66%
Uso de cigarro		
Sim	01	6,66%
Não	14	93,33%

Os valores estão expressos em números absolutos e por frequência (%).

Na avaliação da Escala Zarit, os cuidadores familiares de indivíduos com OA de joelho apresentaram média geral de $26,27 \pm 15,66$. Os níveis de sobrecarga leve e moderada foram os mais frequentes, com 6 cuidadores (40%) e o nível moderada a severa foi observado em 3

cuidadores (20%). O alfa de Cronbath para o questionário Zarit foi de 0,89, representando boa validade interna dos dados do questionário.

A tabela 2 mostra uma relação entre as médias das variáveis clínicas em relação à média do grau de sobrecarga avaliada pela escala Zarit, na qual pode-se observar que a média numérica da sobrecarga foi maior em indivíduos do sexo feminino ($31,71 \pm 19,38$), solteiros ou viúvos ($33,75 \pm 21,76$), na faixa etária de idoso ($31 \pm 16,60$), com obesidade grau 1 ($35,00 \pm 17,52$), e com grau de parentesco, ser filho ou filha ($30,40 \pm 20,42$), porém nenhum desses dados foi estatisticamente significativo.

Tabela 2. Valores médios obtidos nas variáveis clínicas em relação à média do nível de sobrecarga obtida na Escala Zarit

Sexo*	N	Média±DP	Min	Max	*p-valor
Mulher	7	31,71±19,38	7	56	0,2196
Homem	8	21,50±10,62	6	36	
Estado** Civil					
Casado	11	23,55±13,06	6	52	0,3944
Não Casado	4	33,75±21,76	7	56	
FaixaEtária***					
Adolescente/ Adulto Jovem	2	26,50±27,58	7	46	0,4078
Adulto de Meia Idade	5	18,6±8,23	6	26	
Idoso	8	31±16,60	10	56	
Grau de Parentesco***					
Filho/ Filha	5	30,40±20,42	6	56	0,8847
Marido	6	23,33±10,09	10	36	
Irmã/ Afilhada	4	25,50±19,30	7	52	

*Teste t

**Mann Whitney test

***Teste Kruskal-Wallis

A tabela 3 apresenta os cuidadores familiares de idosas com OA de joelho na avaliação através do WHOQOL-Bref. O domínio com maior média foi o Psicológico ($15,91 \pm 1,63$) e o domínio Físico obteve a menor média ($13,90 \pm 2,86$). O alfa de Cronbath para o questionário Whoqol-Bref foi de 0,80, representando boa validade interna dos dados do questionário.

Tabela 3. Distribuição dos cuidadores familiares de idosas com osteoartrose de joelho quanto aos domínios do WHOQOL-Bref.

DOMÍNIO	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	*pvalor
Físico	13,90	2,86	8,00	18,29	
Psicológico	15,91	1,63	14,00	18,67	
Relações Sociais	15,64	3,00	10,67	20,00	0,090
Meio Ambiente	13,93	1,87	11,50	17,50	
Autoavaliação da QV	14,40	3,04	10,00	20,00	
Total	14,62	1,49	12,31	17,38	

*Oneway ANOVA

A tabela 4 é referente à correlação entre a variável Zarit com os domínios de QV, observando correlação negativa em todos os domínios, Físico (-0,46), Psicológico (-0,45), Relações Sociais (-0,23) e Meio Ambiente (-0,46).

Tabela 4. Correlação entre os domínios de qualidade de vida e a variável Zarit nos cuidadores familiares e entre os cuidadores familiares

	DOMINIOS DE QUALIDADE DE VIDA							
	Físico		Psicológico		Rel sociais		Meio Ambiente	
	r	p - valor	r	p-valor	r	p - valor	r	p - valor
Zarit	-0,46	0,09	-0,45	0,09	-0,23	0,41	-0,46	0,08

Correlação de Pearson.

Discussão

A dependência do idoso geralmente acarreta a necessidade de um cuidador, modificando a estrutura familiar e, conseqüente, mudança de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, alterações na rotina e na dinâmica familiar (Alvarez, 2001; Karsch, 2003; Inouye, Pedrazzani & Pavarini, 2010; Marcon, Andrade & Silva, 1998, Vilaça et al., 2005). Segundo Karsch (2003) existem quatro condições fundamentais na escolha do cuidador principal: gênero, parentesco, proximidade física e afetiva. Com o aumento progressivo do número de idosos está acontecendo um aumento proporcional de cuidadores, que necessitam ter a preservação de sua saúde física

e psicológica (Borghini, Sassá, Matos, Decesaro & Marcon, 2011; Gratão et al, 2012; Wachholz, Santos & Wolf, 2013).

A amostra em estudo foi composta por 15 cuidadores familiares de idosos com OA de joelho, sendo composta por 46,67% de mulheres e 53,33% de homens, em consonância com o estudo de Salgueiro e Lopes (2010), em que foi observado a predominância do sexo masculino (66,7%). Porém esses achados divergem da maioria dos dados encontrados na literatura, podendo citar os estudos de Alfonso, Fajardo, Cosme, Monduy e Cuba (2015); Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008); León (2015); Lopes e Cachioni (2013); Reis, Santos, Reis e Gomes (2012); Pinto et al (2009); Pinto e Barham (2014); Wachholz et al (2013), nos quais constataram que a maioria de cuidadores são do sexo feminino, com as proporções de 60%, 57,6%; 75,4%, 66,7%, 85%, 85,6%, 100% e 91,1%, respectivamente.

Segundo Yamada, Dellaroza, Siqueira (2006) e Alfonso et al (2015) essas altas taxas, podem ser explicadas pelo fato de a mulher ainda ser destinada para as tarefas assistenciais e reprodutivas. No presente estudo, acredita-se que isso não tenha ocorrido pela maioria dos participantes serem casados, e o cônjuge ficou responsável pela tarefa do cuidar, provavelmente em decorrência da inserção da mulher no mercado de trabalho, diminuição da taxa de natalidade e pelas alterações na organização familiar, dessa forma contribuindo para que o número de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos seja reduzido. Essa mudança já é citada em alguns estudos, com a perspectiva de isso vir a acontecer no futuro (Peñaranda, 2006; Rodriguez, 2005).

Na maioria dos estudos analisados, observa-se que os filhos têm uma maior participação no cuidado com o idoso dependente, como é relatado no estudo de Gratão et al. (2013) (69%), Pinto e Barham, (2014) (55%) e Wachholz et al (2013) (93,3%). Entretanto, o estudo de Fernandes, Ferreira, Marodin, Val Mon, Fréz (2013) demonstrou que a maioria dos cuidadores são as esposas (50%); e, no de Lopes e Cachioni (2013) 57% eram os cônjuges, dados que se assemelham ao presente estudo que 40% eram maridos e 33,33%, filhos.

Normalmente, são as esposas/esposos ou filhas do idoso/idosa (Karsch, 2003; Souza et al, 2007), que se dispõem à realização dos cuidados domiciliares, tais como ajuda nas atividades de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva, no acompanhamento a serviços de saúde ou outros serviços (Souza et al, 2006). Até porque, na maioria dos casos, são os filhos que são as pessoas que estão mais próximas desse idoso, e muitas vezes se sentem na obrigação de ajudá-los, pois quando eram crianças também foram dependentes e acolhidos por eles. Todavia, quando quem cuida desse idoso é

sua esposa/ esposo, o motivo pode ser por não ter filhos, ou os filhos não terem condições para auxiliar.

Em relação à faixa etária, os cuidadores do estudo apresentaram em média $58,53 \pm 17,54$ anos. Ao fazer uma análise do que está escrito na literatura, observa-se que a idade é uma variável que se apresenta de forma similar entre os estudos, onde apresentou uma média que variou entre 51,5 e 59,6 anos (Alfonso et al., 2015; Ferreira, Alexandre e Lemos, 2011; Lopes e Cachioni, 2013; Pinto et al., 2009; Pinto e Barham, 2014; Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata e Fleck, 2006; Wachholz et al., 2013). Em todos os estudos, a média de idade foi considerada como adulto de meia idade.

Isto já caracteriza uma população cuidadora próximo à senescência, inclusive no presente estudo já existem alguns idosos, acima de 80 anos, cuidando de outro idoso. Tais achados podem denotar que a vida moderna esteja cada vez mais dificultando a possibilidade do cuidado por uma pessoa na faixa de adulto jovem, isso provavelmente deve-se à necessidade desse indivíduo ingressar no mercado de trabalho e suas perspectivas de vida futura, tanto emocionais, como construir um lar, ter filhos; como materiais.

Carneiro e França (2011) relatam que o nível de escolaridade do cuidador é uma possível variável que pode influenciar a frequência dos conflitos entre eles. No seu estudo foi encontrado que a metade dos cuidadores têm no máximo instrução de nível médio, influenciando de alguma maneira no relacionamento deles, que de acordo com uma das hipóteses de Kalmijn (2007), quanto maior o nível de escolaridade, maior o conflito e maior o nível de sobrecarga (Leon, 2015).

No estudo de Leon (2015), assim como no de Wachholz et al (2013), foram observadas altas taxas de cuidadores familiares com nível superior, 54,1% e 53%, diferindo do atual estudo e de Pinto e Barham, 2014, nos quais tiveram uma média de 33,33% de nível médio. Provavelmente, essa diferença entre estudos deve-se a características da população analisada, uma vez que os dois primeiros estudos foram realizados em instituições particulares, demonstrando um melhor poder aquisitivo, conseqüentemente, um nível educacional maior.

Ao analisar o IMC, verificou-se que foi de $25,16 \pm 4,80$, confirmando que esses cuidadores estão com sobrepeso, como também foi observado que 60% não praticam atividades físicas e 93,33% não são fumantes. Essas variáveis têm relação com o estilo de vida do cuidador, porém não foram encontrados estudos que as avaliassem.

Um estilo de vida saudável é importante para a manutenção da saúde física e psicológica do cuidador. Apesar de, na sua maioria, não serem fumantes e praticar atividade física, eles

estão apresentando um uso elevado de medicação (80%), o que indica a necessidade de uma atenção mais direcionada à saúde desses indivíduos (Ciollac & Guimarães, 2004).

A atividade física pode proporcionar melhora da autoestima, da imagem corporal, da socialização, das funções cognitivas e do sono; e, diminuir o estresse, a tensão e ansiedade, a depressão e também, o consumo de medicações (Matsudo, Matsudo & Neto, 2000; Silva, Passos & Barreto, 2012; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A utilização excessiva de medicação deve estar associada a repercussões do trabalho, como dores lombares, depressão e hipertensão (Resende & Dias, 2008), decorrentes da demanda de atividades a que os cuidadores são expostos, pois os cuidados de forma prolongada e com fatores estressantes, podem ocasionar problemas de saúde, assim reduzindo ou impossibilitando-os de cuidarem da melhor forma do idoso dependente (Doornbos, 2002).

Na avaliação da Escala *ZaritBurden Interview*, os cuidadores familiares de indivíduos com OA de joelho apresentaram média geral de $26,27 \pm 15,66$, sendo considerados com sobrecarga moderada. Fato este também observado no estudo de Amendola et al (2008) e Wachholz et al (2013), que apresentaram escores médios de $32,12 \pm 14,7$; e $35,18 \pm 16,20$. Figueiredo e Sousa (2008) utilizaram outra escala, a *Caregiver's Stress Scale*; e, também obtiveram como resultado o elevado nível de sobrecarga nos cuidadores. Porém todos esses dados, divergem dos estudos de Silva et al. (2012), Carrillo et al (2013) e Leon (2015).

Silva et al. (2012) encontram sobrecarga de leve a moderada, fato este que apontou ser devido aos cuidadores fazerem parte de um grupo de apoio. Por outro lado, Carrillo et al (2013) e Leon (2015) observaram que 47,9% e 71,7%, respectivamente, classificaram sua sobrecarga como muito intensa; e, Leon (2015) enfatiza que essa sobrecarga é mais elevada principalmente quando o cuidado é direcionado a pessoas na fase de envelhecimento. É possível que isto ocorra devido às doenças que o idoso apresenta, tais como: quadros depressivos, disfunção cognitiva e comprometimento da memória (Oliveira, Carvalho, Stella, Higa & D'Elboux, 2011).

O cuidar não é responsável por sintomas de depressão, problemas de saúde, ou isolamento social, porém a sobrecarga decorrente do ato de cuidar pode gerar algum tipo de desconforto ou até mesmo doenças para os cuidadores. Cerqueira e Oliveira (2002) relatam que a frequência destas disfunções, em uma mesma faixa etária, é maior em indivíduos que exercem a tarefa de cuidar quando relacionado à outra atividade laboral.

Outro problema que pode ser levantado é o despreparo para realizar a tarefa de cuidar, pois posturas inadequadas podem predispor à sobrecarga de músculos e articulações, gerando o impacto físico, que normalmente está associado ao impacto emocional e social, pois muitas vezes essas pessoas se afastam de sua vida profissional e do seu convívio social, esquecendo de

si próprio, de suas necessidades e anseios, e associado à falta de tempo restrito para o autocuidado, o lazer (Baptista et al, 2012; Oliveira et al, 2011); ocorrendo desgaste emocional e incapacidade de conciliar a sua rotina, fato observado em Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, López-Pousa e Vilalta-Franch (2009).

Quando foi realizado cruzamento entre o nível de sobrecarga e o sexo, nota-se que a média numérica da sobrecarga foi mais elevada em indivíduos do sexo feminino, concordando com o estudo de Carrilo et al (2013). Historicamente, a mulher deve assumir obrigatoriamente a tarefa de cuidar, sendo conhecida como função natural e imposta como obrigação social à mulher. E, como isso deve ser uma função intrínseca da mulher, teoricamente ela deve estar preparada para abnegação, e com isso ela não procura ajuda e se coloca como a principal responsável pelo cuidar (Folle, Shimizu & Naves, 2016; Martorell-Poveda, Reverol, Montes-Muñoz, Jimenez-Herrera & Burjalés-Marti, 2010; Oliveira & Caldana 2012; Zabalegui et al, 2007).

Ferrando, Canal, Motjé, Centellas e Roura (2006) observaram que quanto menor a idade do cuidador, maior era a sobrecarga sofrida por eles. Este resultado diverge do presente estudo e dos estudos de Leon (2015), Urizar e Madonado (2006), no qual foi observado que o aumento da idade é proporcional ao aumento numérico do nível de sobrecarga. Acredita-se que cuidadores idosos devido às próprias alterações do seu envelhecimento tenham uma sobrecarga física maior, e nos cuidadores mais jovens, a sobrecarga seja mais psicológica e de ordem social (Glozman, 2004).

Foi visto que cuidadores com IMC mais elevado apresentaram um grau de sobrecarga maior, isso provavelmente se deva às repercussões da obesidade, que promove o aumento de risco de doenças crônico-degenerativas e surgimento da incapacidade funcional (Vieira et al, 2015).

Ao analisar o nível de sobrecarga em relação ao grau de parentesco, a média numérica da sobrecarga foi mais elevada nos filhos ou filhas, cuidadores. Isso provavelmente, ocorre pela inversão dos papéis, antes quem era cuidado, passa agora a cuidar da mãe, colocando o filho à frente de situações a que não foi acostumado, o que gera desconforto para ambos (Baptista et al, 2012).

Observou-se, através do questionário WHOQOL-Bref, a QV dos cuidadores deste estudo. O que resultou no domínio com maior média numérica foi o Psicológico, dado que corresponde ao estudo de Amendola (2008), e discorda do estudo de Wachholz et al.(2013), em que esse domínio apresentou um dos piores escores.

Na literatura, enfatiza-se o lado negativo do cuidar, como sensações de esgotamento, cansaço físico, frustrações (Alfonso, 2015; Koerner, Shirai & Kenyon, 2010), mas deve-se considerar que também existem aspectos positivos, como uma maior aproximação entre o cuidador e o familiar, o sentimento de responsabilidade e de fortaleza, a satisfação do cuidar, o cuidar por amor, a proximidade e o reconhecimento do idoso (Lopes & Cachioni, 2013).

Mas, isso só ocorre quando existe uma boa relação entre o idoso e o cuidador, visto que, com o advento da dependência, normalmente ocorre um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro lado, quando na relação anterior já havia conflitos, o cuidado pode se tornar inadequado, ocasionando o ato de cuidar num desgaste psicológico e físico, demonstrando que a qualidade das relações familiares se encontra diretamente relacionada à qualidade do cuidado (Mendes, 1998).

O domínio Físico obteve a menor média, dado observado também no estudo de Fernandes e Garcia (2009) e Reis et al. (2012). Em contrapartida, Amendola (2008), Coutinho e Junior (2011) e Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009) observaram que o aspecto físico foi um dos domínios com melhor pontuação. Essas diferenças podem ser referidas com a vida diária do cuidador, se este pode ter ou não condicionamento físico eficaz e uma saúde adequada para suportar a sua rotina.

Os fatores positivos nos domínios Psicológicos e Físicos podem ser decorrentes de os cuidadores saberem lidar com o seu determinado idoso dependente. Mas, quando esses aspectos mostram algo de negativo, pode-se dizer que os cuidadores não têm meios que possam garantir a sua preservação e da sua família, em relação à sua saúde física e psicológica, como o exposto nos estudos de Gratão et al (2012) e Pinto e Barham (2014).

A pontuação do questionário em relação ao Meio Ambiente obteve uma média muito baixa, similar a do aspecto Físico, dado verificado nos estudos de Amendola et al. (2008), e no de Reis et al. (2013), portanto, pode ser que o local em que alguns cuidadores vivam com seus idosos dependentes seja um pouco precário, talvez o bairro seja um pouco barulhento, o clima desfavorável. Porém, não foram encontrados estudos que discordem com a pontuação deste determinado domínio do Meio Ambiente, confirmando a falta de pesquisas sobre o assunto abordado.

Pode-se observar que todos os domínios de QV sofreram interferência negativa quando associado ao nível de sobrecarga, fato esse encontrado nos estudos de Anjos, Boery e Pereira (2014); Pereira e Carvalho (2012); Srivastava, Tripathi, Tiwari, Sing e Tripathi (2016) e Wachholz, Santos e Wolf (2013).

No presente estudo, também foi observado que, principalmente no nível de sobrecarga, categorizado como moderada a grave, houve indícios de declínio na QV, o que foi mostrado quando existiu correlação negativa entre o *Zarit Burden Interview* e o WHOQOL-Bref. Conseqüentemente, quanto maior a sobrecarga referida pelos cuidadores, menor será a QV do cuidador familiar. Isso gera subsídios para a necessidade de intervenções precoces destinadas a esses indivíduos, para evitar que apresentem comprometimento físico e emocional, no exercício de sua tarefa.

O conhecimento dos dados sobre a qualidade de vida e o nível de sobrecarga do cuidador é um fator relevante para que seja possível identificar as modificações advindas do cuidado e, conseqüentemente, planejar uma estratégia de apoio a esses indivíduos.

Este trabalho não teve perda amostral e, como viés, não foi observado o tempo de cuidado exercido pelo cuidador e sua relação com o nível de sobrecarga e a qualidade de vida.

Conclusão

A figura do cuidador é um tema bastante abordado na literatura atual, provavelmente pelo aumento do número de idosos e seu conseqüente aumento de dependência. Porém, o cuidador familiar de idosos com doenças osteomioarticulares ainda é pouco estudado. Este familiar deve ser uma pessoa de confiança, amparo, amigo, capaz de resolver os problemas que surgem – sejam emocionais ou financeiros.

Mediante os dados analisados, observa-se que a amostra em estudo foi composta na sua maioria de homens adultos e de meia idade, casados, com escolaridade de 2º grau completo, que fazem uso de medicações. Não são fumantes, mas são sedentários.

Também possibilitou observar que existem repercussões na vida dos cuidadores familiares, tais como sobrecarga leve a moderada e diminuição na percepção da QV. E que há indícios de uma correlação negativa entre o nível de sobrecarga e os domínios da QV. Consideramos necessário o uso de estratégias, que possam minimizar essas repercussões na vida desses indivíduos.

Referências

Alfonso, H. D., Fajardo, N. M. L., Cosme, W. G., Monduy, O. L. L. & Cuba, O. G. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas*. 19(3), 478-490.

- Alvarez, A. M. (2001). *Tendo que cuidar: a vivencia do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.
- Alves, J. C. & Bassitt, D. P. (2013) Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein* 11(2):209-215.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. C. & Alvarenga, M. R. M. (2008) Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*.17(2),266-272.
- Anjos, K. F. dos, Boery, R. N. S. da & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3), 600-608.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Santos, N. O. (2012). A sobrecargado familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(1),147-156.
- Brechner, R. J.;Farris, C.; Harrison, S.;Tillman, K.; Salive, M. &Phurrough, S. (2004). *Summary of evidence: bariatric surgery*. <http://www.cms.hhs.gov/FACA/downloads/id26c.pdf>. Publicado em 4 de novembro de 2004. Acesso em 02 de outubro de 2016.
- Borghi, A. C, Sassá, A. H., Matos, P. C. B., Decesaro, M. N., Marcon, S. S. (2011). Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(4):751-758.
- Campolina, A. G., Dini, P. S. &Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (6), 2919-2925.

- Carneiro, V. L. & França, L. H. F. P. (2011). Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: O olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.14(4),647-662.
- Carrillo, M. G. C. C., Vian, O. H, Catases, M. C., Galcerán, G. P., Vian, B. H. & Duque, C. M. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 24 (3), 120-123.
- Cerqueira, A. T. & Oliveira, N. I. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia Universidade de São Paulo*. 13(1),133-50.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 31(2), 184-200.
- Ciollac, E.G; Guimarães, G. V. (2004). Exercício Físico e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2004, 10(4)319-324.
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S. & Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24,585-594.
- Coutinho, M. L. S. & Junior, D. B. (2011). Efeitos de uma intervenção fisioterapêutica em grupo na sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas com deficiência. *Fisioterapia Brasil*. 12(5),337-339.
- De Nardi, T., Rigo, J. C., Brito, M., Santos, E. L. M. & Brós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.14(3),511-519.
- Doornbos, M. M. (2002) Family coregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives Psychiatric Nursing*. 26(1),34-36.

- Fernandes, B. C. W., Ferreira, K. C. P., Marodin, M. F. & Val Mon, Fréz, A. R. do (2013) Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. *Fisioterapia & Movimento*. 26(1),151-158.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(4),818-824.
- Ferrando, D. B., Canal, D. J., Motjé, N. B., Centellas, J. D. & Roura, A. D. (2006). Cambios em los cuidadores informales em cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Revista de Enfermería de Salud mental*. 2(4).
- Ferreira, C. G.; Alexandre, T. S. & Lemos, N. D. (2011). Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde e Sociedade*. 20(2),398-409.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(1),17-20.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S, Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.&Pinzon, V.(2000)Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-183.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Denardin-Budó, M. L. & Mattioni, F. C. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(3),467-474.
- Floriano, L, A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O. & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Contexto Enfermagem* 21 (3), 543-548.
- Folle, A.D., Shimizu, H. E. & Naves, J. O. S. (2016). Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 50(1),79-85.

- Glozman, J. M. (2004). Quality of life caregivers. *Neuropsychology review*. 14 (4), 183-196.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. P. (2013) Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 47(1),137-144.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P. & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly. persons and non caregivers. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 64(8),873-9.
- Inocenti, A., Rodrigues, I. G. & Miasso, A. I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009;11(4):858-865.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*. 26(5),891-899.
- Kalmijn, M. (2007). Gender differences in the effects of divorce: widowhood and remarriage on intergenerational support: does marriage protect fathers? *Social Work Research*. 85(3)1079-1104.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. 19(3),861-866.
- Lopes, L. de O. & Cachioni, M. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3),443-460.
- Koerner, S. S., Shirai, Y. & Kenyon, D. B. (2010). Sociocontextual circumstances in daily stress reactivity among caregivers for elder relatives. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Society Sciences*. 65(5),561-572.

- Leon, A. A. (2015). Un estudio piloto sobre los cuidadores de ancianos. *Revista Novedades en población*, (22), 29-37.
- Luzardo, R., Gorini, M. I. P. C. & Silva, A. P. S. S. (2006). Características do idoso com doenças de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*. 5(4), 587-94.
- Marcon, S. S.; Andrade, O G. & Silva, D. M. P. (1998). Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem* 7(2), 289-307.
- Martorell-Poveda, M. A., Reverol, C. L. P., Montes-Muñoz, M. J., Jimenez-Herrera, M. F. & Burjalés-Martí, M. D. (2010). Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. *Index Enfermagem*. 19(2-3):106-10.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R. & Neto, T. L. B. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 5(2), 60-76.
- Mendes, P. M. T. (1998) *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. In: Karsch, U.M.S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo, EDUC; 147-170.
- Monin, J. K. & Schulz, R. (2009). Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology Aging*. 24(3), 681-695.
- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M. & Cossar, J. A. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Oliveira, A. P. & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com doença de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*. 21(3):675-85.
- Oliveira, D. C., Carvalho, G. S. F., Stella, F., Higa, C. M. H. & D'elboux, M. J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(2), 234-240.

- Peñaranda, A. P., Ortiz, L. G. & Góngora, J. N. (2006). *El cuidador primário de familiares con dependência: calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Tese de Doutorado. Salamanca (ES): Universidad de Salamanca/Facultad de Medicina.
- Pereira, M. da G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*. 20(2), 369-383.
- Pimenta, G. M. F., Costa, M. A. S. M. C., Gonçalves, L. H. T. & Alvarez, A. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3), 609-614.
- Pinto, F. N. F. R. & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar Psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*. 17(3), 525-539
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E. L., Souza, L. F., Fram, D. S. & Belasco, A. G. S. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem* 22(5), 652-657.
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Ubel, P.A., Smith, D. M., Jankovic, A. & Langa, K. M. (2010). Does a helping hand mean a heavy heart? Helping behavior and well-being among spouse caregivers. *Psychology Aging* 25(1), 108-117.
- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A. & Gomes, N. P. (2013) Quality of life and associated factors of caregivers for the elderly with impaired functional capacity. *Brazilian Journal Physical Therapy*. 17(2), 146-151.
- Resende, M. C. F. & Dias, E. C. (2008) Cuidadores de idosos: um novo/ velho trabalho. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 18(4), 785-800.
- Rodriguez, P. R. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del facilismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 40 (supl. 3), 5-15.

- Salgueiro, H. & Lopes, M. (2010) A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(1),26-32.
- Santos, S. (2010). Concepções teórico – filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6),1035-1039.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & WHOQOL Group. (2001) On behalf of the WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 10,711-721.
- Scavufca, M. (2002). Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (1): 12-17.
- Silva C. F. da, Passos, V. M. de A. & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15(4),707-731.
- Souza, G. A. S.; Pacheco, W. N.S.; Martins, J. J., Barra, D. C. C. & Nascimento, E. R. P. (2006). Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 56-63.
- Souza, R. F., Skubs, T. & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: Uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3),263-267.
- Srivastava, G. Tripathi, R. K., Tiwari, S. C., Singh, B. & Tripathi, S. M. (2016). Carigiver burden and quality life ok key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal Psychology Medicine*.38(2), 133-136.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*. 8(3),91-99.

- The World Health Organization Quality of Life Group(1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. *Psychological Medicine*.28, 551-558.
- Trentini, M. C., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hirakata, V. N. & Fleck, M. P. A. (2006) A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*. 11(2),191-197.
- Urizar, C. A. & Maldonado, J. G. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality Life Research Journal*. 15(4),719-724.
- Uesugui, H. M., Fagundes, D. S. & Pinho, L. M. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (5), 685-698.
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., He, V. Y. & Chong, S.A. (2012). “How much can I take?”: predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness. *ANNALS Academyof Medicine Singapore*. 41(5),212-220.
- Vieira, K. F. L., Lucena, A. L. R. de, Barbosa, K. K. da S., Freitas, F. F. Q., Costa, M. M. L. & Macena, J. da S. (2015) Fatores de risco e as repercussões da obesidade na vida de idosos obesos. *Revista de Enfermagem da UFPE. Online*. 9(1), 8-14.
- Vilaça, C. M., Barreiros, D. do S., Galli, F. de A., Borçari, I. T., Andrade, L. F. de, Goulart, M. A., Conceição, C. L. & Carneiro, M. L. M. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicilio - percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 221-226. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato02.htm Acessado em: 12 de julho de 2016.
- Wachholz, P. A., Santos, R. C. C. & Wolf, L. S. P. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3),513-526.
- Yamada, N. K., Dellarozza, M. S. G. & Siqueira, J. E. (2006) Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. *Revista o Mundo da Saúde*. 30(4),667-672.

Zabalegui Yarnoz, A., Juandó Prats. C., Sáenz de Ormijana Hernández, A., Ramírez Llaras A. M., Pulpón Segura, A., López Rodríguez, L., Bover Bover, A., Cabrera Torres, E., Corrales, E., Gallart Fernández-Puebla, A., González Valentín, M. A., Gual García, M. P., Izquierdo Mora, M. D. & Díaz, M. (2007). Los cuidadores informales em España: perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería*. 30(7-8), 513-518.

Comparação da qualidade de vida e o relacionamento entre mulheres idosas com osteoartrose de joelho e seus cuidadores familiares.

Comparison of quality of life and the relationship among older women with knee osteoarthritis and their family caregivers.

UCHÔA, Érica Patrícia Lira Borba¹; LIMA, Albenise de Oliveira²

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: ericauchoa@gmail.com

² Professora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Psicologia, Família e Saúde, pela Universidade de Deusto, Espanha. Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife-Pernambuco. E mail: albenise@unicap.com

Resumo

Introdução: Este artigo versa sobre a qualidade de vida (QV) e a relação entre idosos com osteoartrose (OA) de joelho, e dos seus cuidadores familiares. O tema é atual, devido ao envelhecimento populacional, fase do desenvolvimento em que o próprio processo fisiológico do organismo favorece a instalação de patologias crônico-degenerativas, necessitando a presença de um cuidador. **Objetivo:** Comparar a QV entre mulheres idosas com OA de joelho, seus cuidadores familiares e sua inter-relação. **Método:** O estudo é do tipo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. A avaliação foi composta pelo questionário sociodemográfico e clínico, o WHOQOL-Bref e o questionário da relação entre o par. Os dados foram submetidos à análise estatística e a significância do estudo foi de $p < 0,05$. **Resultado:** Todos os idosos eram mulheres (100%), com idade média de 74 anos, Índice de Massa Corporal (IMC) de 26,91Kg/m²; e, os cuidadores, 53,33% eram homens, com média de idade de 58,53 anos e IMC de 25,16. Os dados como uso de cigarro e realização de atividade física foram iguais entre os grupos, e o uso de medicação apresenta frequência alta entre os dois grupos. No WHOQOL-Bref, os domínios de QV entre o par apresentou após o pós-teste de Tukey diferenças estatisticamente significativas entre os domínios Físico do idoso com Psicológico e Relações Sociais do cuidador e Físico do idoso e com Relações Sociais do idoso ($p=0,002$). E na relação entre o par, observou-se que existiu uma sincronia de respostas entre o par. **Conclusão:** O estudo apontou que os idosos têm a QV mais comprometida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, exceto nas Relações Sociais. Por fim, pode-se concluir que existe uma boa relação entre o par. **Palavras-Chave:** osteoartrose; idoso; cuidador; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: This article focuses on the quality of life and the relationship between elderly with knee osteoarthritis and their family caregivers. The theme is current due to population aging, phase of development in which the body's physiological process itself promotes the installation of chronic-degenerative diseases requiring the presence of a caregiver. **Objective:** Compare QOL among elderly women with knee OA, their family caregivers, and their interrelation. **Methods:** The study is a quantitative type, exploratory, descriptive, transversal cutting. The evaluation was composed by socio-demographic and clinical questionnaire, WHOQOL-Bref and a relationship questionnaire between the dyad. The data were subjected to statistical analysis and significance of the study was $p < 0.05$. **Result:** All elderly were women (100%), with an average age of 74 years, body mass index (BMI) of 26.91 kg/m²; and, the caregivers, 53.33% were men, with an average age of 58.53 years and BMI of 25.16. The data as cigarette use and implementation of physical activity were the same between the two groups, and the use of medication presents high frequency between the two groups. The WHOQOL-Bref, QOL domains between the pair presented after the post Tukey test statistically significant differences between the Physical areas of the elderly with psychological and Social Relations of the caregiver and elderly's physical and Social relations of the elderly ($p = 0.002$). And in the relationship between the pair, it was observed that there was a connection of responses between the pair. **Conclusion:** The study pointed out that the elderly has the QV more impairment in all areas of the WHOQOL-Bref, except social relations. Finally, it can be concluded that there is a good relationship between the pair.

Keyword: osteoarthritis; aged; caregiver; quality of life.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores avanços da sociedade moderna, que é decorrente, principalmente, do avanço tecnológico da medicina preventiva e curativa. Contudo, está associado também à queda da taxa de natalidade e de mortalidade, e traz consigo repercussões para as políticas públicas de saúde (Campolina, Dini & Ciconelli, 2011; Gratão et al, 2013; Martins, 2014; Uesugui, Fagundes & Pinho, 2011).

O envelhecimento é um processo complexo, que decorre de forma progressiva e irreversível; e, é parte inerente da evolução dos seres vivos, surgindo, nessa fase, o declínio das funções nos diversos órgãos e sistemas humanos, acarretando modificações na mobilidade e saúde da pessoa idosa, favorecendo, assim, as limitações (Anjos et al, 2015; Araújo, Paul & Martins, 2011; Carvalho & Mota, 2012; Wang et al, 2016). Além das alterações biológicas, os componentes psicológico e social sofrem modificações mostrando as várias dimensões que estão comprometidas ao envelhecer (Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré, 2012; Garbin, Sumida, Moimaz, Prado & Silva, 2010; Wattis & Curran, 2008).

O grande desafio do envelhecer é envelhecer bem, com qualidade de vida (QV), para que o idoso mantenha sua autonomia e independência. Todavia, o próprio processo fisiológico do organismo favorece a instalação de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como a osteoartrose (OA), que gera limitação funcional e a dependência do idoso (Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011; Inouye, Pedrazzani, Pavarini & Toyoda, 2009).

Com o advento da dependência, surge a necessidade de um cuidador, que é uma pessoa responsável pela assistência, para suprir a limitação funcional através de uma relação física e afetiva (Borgui, Sassá, Matos, Decesaro & Marcon, 2011; Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011). Atualmente, uma tendência mundial é que os idosos fiquem sobre os cuidados de sua família, surgindo assim, o cuidador familiar (Gonçalves et al, 2013; Paúl, 2012).

No Brasil, o cuidador familiar não tem seu papel bem reconhecido. Apesar de ter importância fundamental no manejo com o idoso, a maioria deles não possui conhecimento sobre a patologia, nem informações necessárias para o cuidado (Anjos et al, 2015; Garbin et al, 2010; Gonçalves et al, 2013).

Normalmente, esse cuidador familiar é uma pessoa que assume o cuidado de forma integral, que exige responsabilidade, disponibilidade e boa vontade, porém o cuidado, por longo tempo, pode gerar sobrecarga física e emocional, e expõe esses indivíduos a doenças (Carneiro & França, 2011; Inouye et al, 2009; Karsch, 2003), apresentando problemas Físicos, que seriam:

cefaleia tensional, alteração de sono, dores osteomioarticulares e fadiga; além de sentimentos de insatisfação, medo, tristeza, estresse e outros (Gratão et al, 2012; Rodrigues, 2006).

A convivência com as limitações da patologia promove impacto no bem-estar e nas relações interpessoais, com isso, necessitando reorganizar a vida e, conseqüentemente, interferindo na QV da díade idoso-cuidador familiar (Borgui et al, 2011; Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011).

A QV pode ser comprometida pela dependência física e emocional gerada pela OA e as repercussões desta dependência são notadas na vida da díade, seja pela própria patologia, seja pelos aspectos sociais e econômicos. Em função disso, entende-se que a QV deva ser definida como um termo subjetivo, multidimensional e dinâmico. Deriva da percepção individual, influenciada por vários fatores como: condição de saúde, socioeconômica, cultural, ambiental, de crenças, relações sociais e estado psicológico; e sofre modificações ao longo da vida e do momento que o indivíduo está vivenciando (Alves & Bassit, 2013; Gonçalves et al, 2013; Inouye, Pedrazzani, Pavarini & Toyoda, 2010).

Outro fator que pode interferir na QV da díade é a relação existente entre ambos, pois quando existe um bom relacionamento entre o idoso e o cuidador, normalmente ocorre um maior grau de satisfação e interação entre o par; contudo, quando a relação é permeada por conflitos, isso pode gerar dificuldades e obstáculos para ambos. Na literatura, ressalta-se que não só o tipo de relacionamento, mas também a concordância de opiniões entre o par, sobre o seu relacionamento, é determinante para um andamento harmonioso da díade (Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006; Zweibel & Lydens, 1990).

Devido ao escasso número de publicações referentes a QV dos idosos e de seus cuidadores familiares, este estudo pretende contribuir para o conhecimento mais aprofundado desta relação. Então, o objetivo do presente estudo foi realizar comparação da qualidade de vida entre mulheres idosas com osteoartrose de joelho, seus cuidadores familiares e sua inter-relação.

Materiais e Método

O estudo está vinculado à Universidade Católica de Pernambuco e ao Doutorado em Psicologia Clínica. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da própria instituição. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal. A escolha da população estudada foi por conveniência, e sua realização aconteceu em um Laboratório Especializado de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da cidade do Recife – PE, Brasil.

Os participantes do estudo foram 15 pares de idosas e seus cuidadores familiares. As idosas tinham diagnóstico médico e radiológico de OA de joelho, estavam realizando tratamento fisioterapêutico e tinham idade a partir de 65 anos. Os cuidadores eram familiares e apresentavam-se como cuidadores principais.

Para os critérios de inclusão foram considerados: idosos que apresentassem OA de joelho, uni ou bilateral, com presença de alterações radiológicas e sintomatologia que dificultassem as suas atividades diárias; que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico há pelo menos dois meses, para que houvesse uma interação de confiança entre o terapeuta e o paciente; que obtivessem escore igual ou maior a oito pontos no Questionário Algodifuncional de Lequesne para o joelho, sendo classificados em grave, muito grave e extremamente grave. Este ponto de corte foi escolhido para que o indivíduo tivesse sua capacidade funcional comprometida e apontasse a necessidade de um cuidador. Também foi considerado como critério de inclusão a escolaridade mínima de quinto ano do Ensino Fundamental, uma vez que as idosas necessitam ler os questionários. Para o cuidador familiar, a exigência era apresentar idade mínima de 18 anos e que fosse o cuidador principal.

Os critérios de exclusão das idosas foram: que possuíssem doenças como déficits cognitivos e problemas demenciais. Apresentassem alguma limitação física, como amputações. E, também a presença de tumores com indicação cirúrgica e doenças terminais. Como critérios de exclusão para os cuidadores familiares: que apresentassem patologias como déficits cognitivos e problemas demenciais, tivessem alguma limitação física, como amputações e presença de tumores com indicação cirúrgica.

No primeiro dia, foi realizado um contato com os pacientes portadores de OA de joelho, sendo estes orientados sobre o objetivo da pesquisa, informando que sua participação foi voluntária; assim como, coletando as devidas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também, nesse momento, foi realizada uma rápida explicação sobre os procedimentos de coleta de dados, seguida da aplicação do Questionário Algodifuncional de Lequesne para o OA de joelho, que avalia a funcionalidade dos joelhos e quadris de pessoas com OA nessas articulações. É composto de 11 questões: 6 são para dor ou desconforto, sendo uma delas específica para joelho e outra para o quadril, 1 questão de máxima distância caminhada e 4 sobre atividades de vida diária (AVDs) diferentes para quadril e joelho. A pontuação vai de 0 a 24, e sua soma indica, extremamente grave (maior ou igual a 14 pontos), muito grave (11 a 13 pontos), grave (8 a 10 pontos), moderada (5 a 7 pontos) e pouco acometimento (1 a 4 pontos) (Marx, Oliveira, Bellini & Ribeiro, 2006).

No segundo contato, uma semana após o primeiro encontro, foi aplicado o instrumento de avaliação de QV do *The World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL], o WHOQOL–BREF, o qual possui 26 questões, sendo 2 gerais e 24 que se dividem nas 24 facetas que se distribuem nos 4 domínios em que se baseia o instrumento original, sendo esses: Físico com 7 questões; Psicológico com 6 questões; Relações Sociais com 3 questões e Meio Ambiente com 8 questões. O tempo médio para seu preenchimento é de 10 minutos. As respostas às questões foram dadas numa escala comum com um único intervalo de 1 (um) a 5 (cinco), segundo a metodologia do *WHOQOL*, a fim de obter uma resposta analítica e estatística dos resultados. O valor mínimo dos escores de cada domínio do WHOQOL-BREF é quatro (4), e o máximo é 20. O objetivo é analisar, entre os dados obtidos, a QV dos respondentes, nas suas últimas duas semanas. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio (Fleck et al., 2000; O'Carroll, Smith, Couston & Cossar, 2000; Saxena, Carlson, Billington & WHOQOL Group, 2001; WHOQOL Group, 1998).

Ao final, foi aplicado o questionário da relação entre idoso-cuidador e cuidador-idoso, os quais foram desenvolvidos pela autora, baseado em estudo prévio de Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata, e Fleck (2006), que constam de três perguntas na escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta. Para o idoso era aplicado o questionário da relação entre idoso-cuidador que continha as seguintes perguntas: “Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa que cuida de você?” (nada, pouco, mais ou menos, muito e completamente), “Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da sua capacidade funcional, como está o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa), “Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). E, para o cuidador era aplicado o questionário da relação entre cuidador-idoso que continha as seguintes perguntas: “Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa de quem você cuida?” (nada, pouco, mais ou menos, muito e completamente), “Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da capacidade funcional do idoso, como está o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa) e “Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?” (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). Destaca-se que o “nada” e “muito ruim”, receberam a pontuação 1 e “completamente” e “muito boa” pontuação 5.

Após as aplicações dos questionários foi realizada a elaboração da planilha no Excel 2007®, com os dados coletados. Na análise descritiva, foram utilizados números absolutos, percentuais, média, desvio padrão, mínimo e máximo. A análise estatística foi realizada utilizando o software *GraphPad Prism* 4. Para testar a suposição de normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar as diferenças entre as proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. A comparação entre as médias foi realizada utilizando-se os testes: teste t Student para variáveis paramétricas e os testes de Kruskal-Wallis, pós--teste de Dunn, One way ANOVA; pós teste de Tukey e teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. A correlação foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Todas as conclusões foram tomadas em nível de significância de 5%.

O estudo foi conduzido respeitando-se a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as normas internacionais de pesquisa com seres humanos (Declaração de Helsinque), sendo adotados todos os procedimentos éticos previstos pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Católica de Pernambuco, com número de CAAE: 33057714.0.0000.5206 e número do protocolo de aprovação: 834.228.

Resultados e Discussão

A amostra em estudo foi composta por 15 pares de idosas e de seus cuidadores familiares, em que 100% (n=15) foram mulheres idosas e 53,33% (n=8) dos cuidadores foram homens. Em relação à idade, a média de idade da idosa foi de $74 \pm 6,4$ anos, e dos cuidadores de $58,53 \pm 17,54$ anos, sendo observado diferença estatisticamente significante (0,0033). O IMC das idosas e dos cuidadores estão na faixa de sobrepeso com $26,91 \pm 8,85$ Kg/m² e $25,16 \pm 4,80$ Kg/m², respectivamente. Os dados como uso de cigarro e realização de atividade física foram iguais entre os grupos e o uso de medicação apresenta frequência alta entre os dois grupos, contudo com predomínio maior nos idosos (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação das características socioclínicas de idosas com OA de joelho e de seus cuidadores familiares.

	Idosas	Cuidadores	p valor
Idade (anos)	74 ± 6,4	58,53 ± 17,54	0,0033*
IMC (Kg/ m²)	26,91 ± 8,85	25,16 ± 4,80	0,1711**
Uso de cigarro			
Sim	01 (06,7)	01 (06,7)	1***
Não	14 (93,3)	14 (93,3)	
Medicação			
Sim	14 (93,3)	12 (80,0)	0,60***
Não	01 (06,7)	03 (20,0)	
Atividade física			
Sim	6 (40,0)	6 (40,0)	1***
Não	9 (60,0)	9 (60,0)	

Os valores estão expressos em média ± desvio padrão ou por frequência (%). *Teste t

**Mann-Whitney

*** Qui quadrado ou exato de Fisher quando apropriado.

Com a descrição do perfil socioclínico, pode-se perceber que a população estudada é similar em relação ao idoso, na qual normalmente há o predomínio do sexo feminino (Cunha & Mayrink, 2011; Torres, Reis, Reis & Fernandes, 2009). No presente estudo, o sexo masculino foi predominante entre os cuidadores familiares, fato este diferente do que está apontado na literatura atual, na qual a maioria das pesquisas mostra predomínio também do sexo feminino (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008; Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana & Vicente, 2006). Essa predominância do sexo feminino é explicada pelo processo de feminização da velhice, provavelmente devido às mulheres, em geral, terem maior cuidado com a saúde, se expor menos a situações de riscos e adotarem melhores hábitos de vida, como menor consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro (Azevedo, Lopes, Borgatto & Guimarães, 2014; Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

Neste estudo, identificou-se que, a maioria dos cuidadores foram significativamente mais jovens que as idosas, fato este confirmado em estudos como os de Alfonso et al. (2015); Ferreira, Alexandre e Lemos (2011); Flores, Borges, Dernardin-Budo e Mattioni (2010); Lopes e Cachioni, (2013); Pinto et al. (2009); Pinto e Barham (2014); Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata e Fleck (2006) e Wachholz, Santos & Wolf (2013). Ao observar todos os estudos, nota-se que a faixa etária prevalente é de meia idade.

Em relação ao IMC das idosas e dos cuidadores foi observado que ambos estão na faixa de sobrepeso. Este índice elevado resulta num risco aumentado de morbidade, e este risco se eleva quanto maior for o IMC (Rezende, Rosado, Franceschini, Rosado & Ribeiro, 2010). De

acordo com Rezende et al (2010), a tendência à obesidade constitui-se como risco para várias doenças, como hipertensão e diabetes não-insulino dependente.

Os dados referentes ao estilo de vida, como o uso de cigarro e a realização de atividade física foram bem semelhantes entre os grupos. Talvez esses dados ressaltem a relação entre o par, cuja alteração do comportamento de um dos componentes do par altera o outro, e assim influenciando uns aos outros nas suas atitudes e comportamentos, tanto de forma positiva como de forma negativa. Também o uso de medicações obteve um índice elevado tanto nas idosas (n=14; 93,3%) como nos cuidadores (n=12, 80%)

Destarte, ser importante o estímulo à abstenção ao fumo e à prática de atividade física de forma regular, pois promove bem-estar e melhorias na saúde, podendo interferir na redução da pressão arterial e diminuição do percentual de gordura, conseqüentemente proporcionando, em muitos casos, diminuição da necessidade de consumo de medicação (Matsudo, Matsudo & Neto, 2000; Silva, Passos & Barreto, 2012; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Toscano & Oliveira, 2009).

Na tabela 2, pode-se verificar os valores médios do WHOQOL-Bref dos cuidadores familiares em relação aos níveis categóricos do Lequesne das idosas. Observa-se que os domínios de QV do cuidador familiar foram numericamente piores nos domínios Relações Sociais (14,40±3,45) e Meio Ambiente (13,60±1,82), quando relacionados à classificação grave e muito grave do Lequesne; e, o Físico (12,95±2,60), o Psicológico (15,80±1,60) e o WHOQOL geral (14,58±1,35) foram piores quando relacionadas com a classificação extremamente grave. Porém nenhum dos dados foi estatisticamente significativo.

Tabela 2. Valores médios obtidos no WHOQOL-Bref dos cuidadores familiares em relação à categorização da escala Lequesne das idosas.

	Lequesne		p valor
	Grave e Muito Grave	Extremamente grave	
WHOQOL Cuidador*			
Físico	14,86±2,89	12,95±2,60	0,227
Psicológico	16,13±1,85	15,80±1,60	0,752
Relações	14,40±3,45	16,27±2,72	0,237
Meio Ambiente	13,60±1,82	14,10±1,97	0,901
IGQV	14,40±2,61	14,40±3,37	1,000
Geral	14,68±1,91	14,58±1,35	0,902

*Mann Whitney test

O domínio de QV mais comprometido do cuidador familiar foi o aspecto Físico. Provavelmente, este fato decorre da incapacidade do idoso em realizar suas tarefas de forma isolada, gerando uma sobrecarga física para este cuidador (Cerqueira & Oliveira, 2002; Doornbos, 2002). Nesses casos, normalmente é necessário o apoio do cuidador para as atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, locomover-se; para as atividades instrumentais, como realizar compras, tarefas domésticas e ingerir medicações no horário correto; e atividades avançadas, que incluem lazer e atividades físicas (Carneiro & França, 2011).

Além desse fato, podemos somar a realização desse trabalho sem nenhuma orientação, capacitação, nem cuidado consigo mesmo, de forma que gera impactos Físicos e Psicológicos ao longo da tarefa do cuidar, resultando em desgaste para o cuidador e o idoso cuidado (Baptista et al, 2012; Garbin et al, 2010; Oliveira et al, 2011).

A tabela 3 apresenta os resultados da análise dos domínios de QV do WHOQOL-Bref entre idosas com OA de joelho e seus cuidadores familiares. Foi observado no one way ANOVA a presença de diferença estatística ($p=0,002$), que foi confirmado no pós teste de Tukey entre os domínios Físico do idoso com Psicológico e Relações Sociais do cuidador; e Físico do idoso com Relações Sociais do idoso ($p\leq 0,05$). O alfa de Cronbach para o questionário Whoqol-Bref, aplicada aos idosos e cuidadores foi de 0,88 e 0,80, respectivamente, representando boa validade interna dos dados do questionário em ambos os casos.

Tabela 3 – Análise dos domínios de QV do WHOQOL-Bref entre idosas com OA de joelho e seus respectivos cuidadores.

DOMÍNIO	N	Média	Desvio padrão	Coef. de variação	Mínimo	Máximo	Amplitude	*pvalor
Físico								
Idoso	15	12,04	2,93	24,37	7,43	17,14	9,71	
Cuidador	15	13,90	2,86	20,59	8,00	18,29	10,29	
Psicológico								
Idoso	15	13,51	2,60	19,24	8,67	18,00	9,33	
Cuidador	15	15,91	1,63	10,25	14,00	18,67	4,67	
Relações Sociais								
Idoso	15	15,82	1,81	11,42	10,67	18,67	8,00	
Cuidador	15	15,64	3,00	19,18	10,67	20,00	9,33	0,002

Continuação da Tabela 3 – Análise dos domínios de QV do WHOQOL-Bref entre idosas com OA de joelho e seus respectivos cuidadores

Meio Ambiente							
Idoso	15	13,37	1,83	13,67	9,50	16,50	7,00
Cuidador	15	13,93	1,87	13,42	11,50	17,50	6,00
Autoavaliação da QV							
Idoso	15	12,93	3,45	26,70	6,00	18,00	12,00
Cuidador	15	14,40	3,04	21,13	10,00	20,00	10,00

*One way ANOVA; pós teste de Tukey com diferença entre o domínio Psicológico do cuidador e Físico idoso, Relações Sociais do cuidador e Físico do idoso e Físico do idoso e Relações Sociais do idoso ($p \leq 0,05$).

Na relação entre os domínios de QV do WHOQOL-Bref entre a díade idoso e cuidador, nota-se que, em todos os domínios, o escore das idosas foi inferior, exceto no domínio de Relação Social. Camargo (2010) retrata que, muitas vezes, o cuidador deixa de dar importância para a sua vida e se afasta do seu meio social. Ademais, as atividades atribuídas aos cuidadores podem fazer com que o indivíduo recuse o lazer, a profissão e realize seu trabalho de forma ininterrupta, principalmente quando o aspecto Físico do idoso é muito comprometido (Oliveira & D'Elboux, 2012; Gratão et al, 2012).

No que alude aos idosos, os demais domínios da QV foram inferiores. Em relação ao domínio Físico, como a patologia estudada promove repercussões predominantemente sobre a capacidade funcional, resultante das alterações biológicas com degradação da articulação comprometida, isso gera incapacidades e a perda da autonomia do idoso, conseqüentemente promove declínio desse domínio funcional na QV e também dificulta as suas Relações Sociais de forma significativa, pois o indivíduo evita procurar atividades que irão exacerbar o quadro doloroso e prefere ficar em sua residência, isolando-se da sociedade (Ramos, 2003; Covinsky et al, 1999; Fassino et al, 2002).

A tabela 4 é referente à correlação entre os domínios de QV de idosas e de seus cuidadores familiares, na qual observou-se correlação estatisticamente significante entre o domínio Psicológico do cuidador com Meio Ambiente do idoso ($p=0,01$), Relações Sociais do cuidador com o Psicológico ($p=0,02$), Relações Sociais ($p=0,05$) e Meio Ambiente do idoso ($p=0,01$).

Tabela 4. Correlação entre os domínios de QV das idosas e os domínios de QV dos cuidadores

CUIDADOR	DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA							
	IDOSO							
	Físico		Psicológico		Rel sociais		Meio Ambiente	
	r	p - valor	r	p - valor	r	p - valor	r	p - valor
Físico	-0,11	0,67	0,16	0,56	-0,17	0,54	-0,09	0,74
Psicológico	-0,34	0,20	-0,36	0,18	-0,13	0,63	-0,59	0,01
Rel sociais	-0,31	0,24	-0,58	0,02	-0,50	0,05	-0,69	0,01
Meio amb	0,04	0,88	0,23	0,39	-0,04	0,87	0,08	0,77

Correlação de Pearson

Outro aspecto a ser analisado é que essa diminuição da autonomia do idoso promove repercussões psicológicas na vida do cuidador, pois a sobrecarga advinda do trabalho de cuidar expõe-no continuamente a eventos estressantes, como sentimentos negativos e conflitos, que associado a fatores como sexo, idade, personalidade e histórico da relação podem influenciar de forma negativa no bem-estar geral e no domínio Psicológico do cuidador (Carneiro & França, 2011; Fernandes & Garcia, 2009; Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011).

Outra dimensão a ser considerada é o Meio Ambiente, pois se o local ou o domicílio no qual o idoso mora não apresenta segurança para seu deslocamento, isso acarreta em insegurança, consequentemente promove isolamento, mostrando que o Meio Ambiente pode ser fator decisivo na dependência ou não do idoso (del Pino, 2003; Pereira et al, 2006).

O envelhecer acarreta mudanças físicas e psicológicas, gerando sentimentos diversos, que vão da frustração a aspirações futuras (Pereira et al, 2006); o envelhecer também acarreta prejuízos à QV. No estudo de Lima, Lima e Ribeiro (2010) foi observado que as mulheres têm um menor nível de concentração e um maior índice de ansiedade e depressão.

Assim, pode-se perceber que a relação entre a QV do idoso com a do seu cuidador estão entrelaçadas. Dessa forma, qualquer alteração da QV de um dos membros da díade, vai interferir diretamente na QV do outro, mostrando que o bem-estar de ambos é interdependente.

Carter e Carter (1994) em seu trabalho, enfatizam que o cuidado diário pode levar a uma relação muito próxima, principalmente quando o cuidador é um familiar. Acredita-se que, quando existe uma boa relação entre eles, essa dependência pode ser encarada de forma fácil; mas também pode ser encarada com vários obstáculos, quando a relação prévia é conflitante; os pequenos problemas de relacionamento podem se autoperpetuar, e pequenos gestos do idoso ou do cuidador, podem repercutir nessa relação de forma positiva ou negativa, respectivamente (Chappell & Kuehne, 1998; Pruchno, Burant & Peters, 1997).

A tabela 5 refere-se aos dados das três perguntas similares provenientes do questionário de relacionamento entre idoso-cuidador e cuidador-idoso, que retrata o relacionamento entre as idosas e os seus cuidadores familiares. Ao analisar a tabela, observa-se que não existiram diferenças entre as respostas dadas pelo par idosa-cuidador.

Tabela 5. Dados referentes a perguntas comparativas sobre o relacionamento entre idosas e seus cuidadores familiares

	Questão 1		Questão 2			Questão 3			p-valor
	Muito	Completamente	Regular	Boa	Muito Boa	Regular	Boa	Muito Boa	
Idosos	6	9	0	5	10	0	4	11	0,8966
Cuidadores	3	12	1	4	10	1	3	11	

Qui-quadrado Test

As respostas dadas pelas idosas e seus cuidadores familiares mostraram que existe coerência e afinidade no relacionamento, fato este que Zweibel e Lydens (1990) defendem ser mais importante que a percepção individual, pois neste caso o par idoso-cuidador se torna um sistema único.

Porém, dados isolados são insuficientes para a compreensão dessa relação, sendo fundamental revelá-las no seu contexto real. Os indivíduos podem se relacionar de várias formas e em várias situações, tais como: dentro de casa com esposo/esposa e filhos, com a família alargada, no trabalho, na escola, na academia; significa dizer que a pessoa assume diferentes papéis no seu cotidiano, e isso altera a sua vida de diversas maneiras e podem repercutir dentro de sua família, assim como problemas no âmbito familiar podem repercutir nos outros sistemas que a pessoa vive (Esteves de Vasconcellos, 2002; Esteves de Vasconcellos, 2004).

Ao finalizar o cruzamento das informações obtidas pelo questionário, é possível observar que as respostas se relacionam ente si, mostrando que esses pares realmente têm uma sincronia de pensamentos, e isso talvez tenha refletido de forma importante na QV da díade, em que as alterações encontradas não observaram comprometimento psicológico nem do idoso, nem do seu cuidador familiar.

Conclusão

O estudo apontou que os idosos com OA de joelho têm a sua QV mais comprometida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, exceto nas Relações Sociais. Em relação ao relacionamento entre o par pode-se perceber uma congruência entre as respostas, de tal forma que se pode afirmar que existe uma boa relação entre o par. Este fato, pode ter influenciado de forma positiva a QV de ambos, não gerando alterações no domínio psicológico.

Apesar de ser um tema bastante discutido e explorado na literatura especializada, normalmente os estudos que discorrem sobre QV, falam apenas do idoso dependente ou de seu cuidador, isoladamente. Esta pesquisa mostra a pertinência do presente estudo quando dirige o seu foco para a relação entre a QV de idosos com algum tipo de limitação e de seus cuidadores, assim como a relação interpessoal do par.

Referências

- Alfonso, H. D., Fajardo, N. M. L., Cosme, W. G., Monduy, O. L. L. & Cuba, O. G. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos *Revista de Ciências Médicas*. 19(3),478-490.
- Alves, J. C. & Bassit, D. P. (2013) Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Revista Brasileira Einstein*. 11(2),209-2015.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. C. & Alvarenga, M. R. M. (2008) Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 17(2),266-272.
- Anjos, D. F. dos, Boery, R. N. S. de O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C. & Rosa, D. de O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(5),1321-1330.
- Araújo, I., Paul, C. & Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45(4),869-875.

- Azevedo, S. F., Lopes, A. S., Borgatto, A. F. & Guimarães, A. C. A. (2014) Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. *Revista de Terapia Ocupacional*. 25(1),60-69.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Santos, N. O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(1),147-156.
- Borghi, A. C, Sassá, A. H., Matos, P. C. B., Decesaro, M. N., Marcon, S. S. (2011). Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(4):751-758.
- Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 6(2),231-254.
- Campolina, A. G., Dini, P. S. & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*.16 (6),2919-2925.
- Carneiro, V. L. & França, L. H. F. P. (2011). Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: O olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.14(4),647-662.
- Carter, R. E. & Carter, C. A. (1994). Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*. 22,315-326.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, Psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 71-91). Lisboa: Lidel.
- Cerqueira, A. T. & Oliveira, N. I. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia Universidade de São Paulo*. 13(1),133-50.

- Chappell, N. L. & Kuehne, V. K. (1998). Congruence among husband and wife caregivers. *Journal of Aging Studies*.12,239-254.
- Covinsky, K. E., Wu, A. W., Landefeld, C. S., Connors, A.F. Jr, Phillips, R.S., Tsevat, J., Dawson, N. V., Lynn, J. & Fortinsky, R. H. (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *American Journal Medicine*. 106(4),435-440.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011) Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*. São Paulo. 12(2),120-124.
- del Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar Gerontología*.13(3),188-192.
- Doornbos, M. M. (2002) Family coregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives Psychiatric Nursing*. 26(1),34-36.
- Esteves Devasconcellos, M. J. (2002). Pensamento Sistêmico. *Pitágoras em rede*. 1, 1, 3 – 5.
- Esteves Devasconcellos, M. J. (2004). Pensamento Sistêmico novo-paradigmático: novo-paradigmático, por quê? *Família e comunidade*. 1(1),91-104.
- Fassino, S., Leombruni, P., Abbate Daga, G., Brustolin, A., Rovera, G.G. & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives Gerontology Geriatric*.35(1),9-20.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Determinantes de tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(3), 393-399.
- Ferreira, C. G.; Alexandre, T. S. & Lemos, N. D. (2011). Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde e Sociedade*. 20(2),398-409.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-183.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Denardin-Budó, M. L. & Mattioni, F. C. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(3),467-474.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O. & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Contexto Enfermagem*. 21 (3),543-548.
- Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L. do & Silva, M. M. da. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*.15 (6),2941-2948
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S. & Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado no contexto cultural de Florianópolis, SC. *Texto e Contexto Enfermagem*.15(4), 570-577.
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrand, L. M., Bisogno, S. C., Biosuz, S. & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(2), 315-325.
- Gratão, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F.S., Figueiredo, C., Santos, J. L. F. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecargas e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*. 21(2),304-312.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. & Toyoda, C. Y. (2009). Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. On line. 17(2).
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. & Toyoda, C. Y. (2010). Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. On line. 18(1).

- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. 19(3),861-866.
- Lima, D. L., Lima, M. A. V. D. de & Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 7(3), 346-356.
- Lopes, L. de O. & Cachioni, M. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3),443-460.
- Martins, R. A. (2014). Qualidade de vida do idoso: A sua perspectiva e a do seu cuidador formal. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.Portugal.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R. & Neto, T. L. B. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 5(2),60-76.
- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M. & Cossar, J. A. (2000) A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Oliveira, D. C., Carvalho, G. S. F., Stella, F., Higa, C. M. H. & D'elboux, M. J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(2), 234-240.
- Oliveira, D. C., D'Elboux, M. J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(5),829-838.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, Psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. do C. C., Ribeiro, R. de C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*. 28(1),27-38
- Pinto, F. N. F. R & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar Psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*. 17(3), 525-539
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E. L., Souza, L. F., Fram, D. S. & Belasco, A. G. S. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem* 22(5),652-657.
- Pruchno, R. A., Burant, C. J. & Peters, N. D. (1997). Understanding the wellbeing of care receivers. *The Gerontologist*. 37,102-109.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*. 19(3),793-798.
- Rezende, F. A. C., Rosado, L. E. F. P. L. R., Franceschini, S. C. C., Rosado, G. P. & Ribeiro, R. C. L. (2010). Aplicabilidade do índice de massa corporal. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*. 16(2),90-94.
- Rodrigues, S. L. A. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 40 (4),443-500.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*.10(6),756-764.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & WHOQOL Group. (2001) On behalf of the WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 10,711-721.

- Silva C. F. da, Passos, V. M. de A. & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15(4),707-731.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*. 8(3),91-99.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558.
- Torres, G. V., Reis, A. R., Reis, L. A. & Fernandes, M. H. (2009) Qualidade de Vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58(1),39-44.
- Toscano, J. J. O. & Oliveira, A. C. C. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*. 15 (3),169-173.
- Trentini, M. C., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hiraqueta, V. N. & Fleck, M. P. A. (2006) A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*. 11(2),191-197.
- Uesugui, H. M., Fagundes, D. S. & Pinho, L. M. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*.24 (5),685-698.
- Wachholz, P. A., Santos, R. C. C. & Wolf, L. S. P. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3),513-526.
- Wang, M., He, b., Wang, Y., Wu, F., Chen, X., Wang, W. & Yang, X. (2016). Depression among Low-Income Female Muslim Uyghur and Kazakh Informal Caregivers of Disabled Elders in Far Western China: Influence on the Caregivers' Burden and the Disabled Elders' Quality of Life. *PLOS One*. *On line*. 11(5).

Wattis, J. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Zweibel, n. & Lydens, L. A. (1990). Incongruent perceptions o folder adult/ caregiver dyads. *Family relations*, 39, 63-67.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

A realização da presente tese propiciou uma investigação acerca das repercussões da osteoartrose (OA) de joelho na qualidade de vida (QV) do idoso e de seu cuidador familiar e no nível de sobrecarga deste cuidador.

Após a análise geral da tese dois pontos foram observados: primeiro, com relação ao perfil dos participantes. Em relação ao idoso, pode-se observar a predominância exclusiva de mulheres, com média de idade de 74 anos. Em sua maioria eram casadas, aposentadas, com sobrepeso corporal, sedentárias, não fumantes e que utilizam medicações diariamente. Já o perfil do cuidador familiar, eram na sua maioria, homens, com média de idade de 58,53 anos, com sobrepeso, sedentários, não fumantes e que utilizam medicações diariamente.

A segunda observação diz respeito à dor como uma característica frequente nos idosos com OA, sendo o principal sintoma relatado pelas idosas pesquisadas. O presente estudo revela que a qualidade de vida está sofrendo interferência principalmente nos aspectos físicos, quando avaliado pelo *World Health Organization Quality of Life – Bref Form* (WHOQOL-Bref). E, também pode-se ressaltar correlações negativas entre as escalas: Escala Visual Analógica (EVA) e o questionário algofuncional de Lequesne com o WHOQOL-Bref.

Também foi possível constatar que a presença da sobrecarga é uma característica comum aos cuidadores deste estudo e que a QV se apresentou diminuída. Nesse item, também foi encontrado indícios de que a sobrecarga e a QV apresentam correlação negativa.

Na comparação da QV entre as idosas e seus cuidadores foi possível observar que a QV das idosas é mais comprometida em todos os aspectos do WHOQOL-Bref, exceto no domínio das relações sociais.

Como consideração final, ressalta-se como limitação do presente estudo fato de que os seus dados não poderão ser extrapolados para a população em geral, devido ao tamanho pequeno da amostra e por ser de conveniência.

Todos os achados da presente tese apontam a necessidade da construção de modelos alternativos de cuidados e implementação de políticas públicas para entender e adaptar esses indivíduos a sua nova realidade, com programas de orientação e autocuidado. Com esse intuito, considerou-se necessário o uso de estratégias que possam minimizar essas repercussões na vida desses indivíduos.

Recomendações

7. RECOMENDAÇÕES

A partir dos dados obtidos na tese foi possível idealizar um programa multiprofissional para o idoso e para o seu cuidador familiar, que receberá o nome de Programa de apoio para o idoso com OA de joelho e de seu cuidador familiar. Faz parte da perspectiva futura da pesquisadora implantar, experimentalmente, o programa aqui apresentado, nos Laboratórios especializados em Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, posteriormente, no Centro de Saúde da Universidade Católica de Pernambuco. Outros centros de fisioterapia e hospitais públicos que lidem com a temática poderão também dele fazer uso. O programa constará de 20 reuniões, duas por semana, com cerca de uma a duas horas de duração, em cada encontro. O programa para o idoso será iniciado logo após a primeira avaliação fisioterapêutica, fazendo parte do processo de recuperação funcional. Os grupos serão montados no início de cada semestre acadêmico e finalizados também ao término do semestre.

O programa direcionado ao idoso tem como objetivos: preservar a funcionalidade do idoso e melhorar sua qualidade de vida, conseqüentemente influenciando na melhora da autonomia e independência funcional. Este programa deverá ser realizado por vários profissionais, tais como: médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e fisioterapeutas.

O médico seria o profissional responsável pelos cuidados clínicos com a utilização das medicações e o suporte para as outras patologias frequentes do envelhecimento. O nutricionista seria o profissional responsável pelas mudanças nos hábitos alimentares, respeitando as necessidades e individualidade de cada paciente, podendo, quando necessário, apresentar dietas e cardápios variados. O educador físico atuará desde a fase inicial, com trabalhos para promoção do relaxamento, melhorar o condicionamento físico e promover autonomia para este idoso.

Os psicólogos e os fisioterapeutas serão os profissionais que ficarão o maior tempo com o paciente. Caberá aos psicólogos, através da escuta clínica, identificar as necessidades destes idosos. Averiguar o quanto a patologia interferiu nas suas atividades e o que trouxe de repercussão para sua vida e suas interações sociais e familiares. Com atividades tanto individual, quanto em grupo, o psicólogo conduzirá esses pacientes a perceberem que não estão sozinhos, o quão podem ser incentivados a realizar suas atividades e aprenderem a respeitar a si próprio e aos seus novos limites.

O fisioterapeuta teria o intuito, através de seus recursos terapêuticos, minimizar a dor, melhorar o arco de movimento (ADM) e a força muscular e trabalhar a reeducação sensório-motora, com o intuito de promover a melhora do equilíbrio, da coordenação e da melhora da

marcha, diminuindo o risco de quedas e, conseqüentemente, promovendo melhora na capacidade funcional dos idosos com OA.



Fluxograma 1: Proposição de um modelo do programa de apoio ao idoso com osteoartrose de joelho.

Neste programa, após cada semana de atividades, será imprescindível a realização de uma reunião clínica, multidisciplinar, para que os profissionais envolvidos possam discutir os vários aspectos observados em cada indivíduo. Estas reuniões funcionarão para se fazer ajustes quanto as condutas realizadas e elaborar estratégias para cada paciente individualmente.

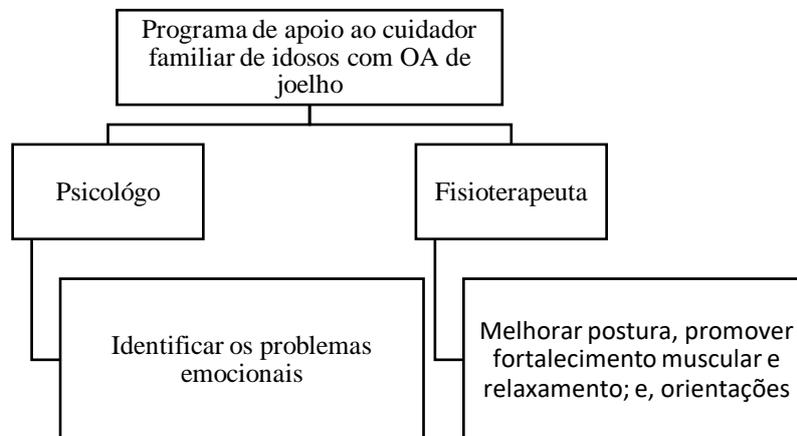
A partir da consolidação desse programa, haverá a possibilidade de estender sua ação com vistas à prevenção. Para isso, seria importante a implantação de políticas públicas de saúde ao idoso.

Para avaliação da efetividade do programa será realizada uma avaliação inicial, com dados referentes ao nível de dor referido pelo idoso através da Escala Visual Analógica (EVA), utilização do questionário algofuncional de Lequesne, para observar o nível de funcionalidade e o questionário de qualidade de vida, o WHOQOL-Bref. Após 20 reuniões será realizada a reavaliação com os mesmos dados utilizados anteriormente para observação do grau de melhora desses idosos.

Dentro da nossa perspectiva, é fundamental a extensão desse tipo de atenção aos cuidadores, uma vez que eles também são afetados fisicamente, no exercício de suas tarefas, tal como foi apontado na presente tese. O programa dedicado aos cuidadores terá duas vertentes: uma educativa, voltada para o ensino básico de informações acerca da patologia e as formas corretas de tratamento do seu familiar com osteoartrose. A segunda vertente terá como objetivo: diminuir o grau de sua sobrecarga e melhorar a sua qualidade de vida. Neste caso, os profissionais envolvidos seriam os psicólogos e fisioterapeutas.

Os psicólogos irão identificar os problemas principais, de cunho emocional, destes cuidadores e promover atividades lúdicas que permitam a expressão dos sentimentos, as dificuldades enfrentadas durante o cuidar, acolhendo os sentimentos desencadeados.

Já o fisioterapeuta, será o profissional responsável por falar a respeito da doença e as alterações que acontecem no corpo do idoso. Mas, também, será responsável por desenvolver atividades como: exercícios para melhora da postura, fortalecimento muscular, relaxamento e orientações de como devem ser realizadas as mudanças de decúbito e transferências, sem prejudicar a sua saúde física. Estas atividades serão realizadas durante o tratamento dos idosos, enquanto este aguardaria na sala de espera.



Fluxograma 2: Proposição de um modelo de programa de apoio ao cuidador familiar de idosos com OA de joelho

Para avaliação da efetividade do programa também será realizada uma avaliação inicial, com dados referentes ao nível de sobrecarga observado através da escala *Zarit Burden Interview* e o questionário de qualidade de vida, o WHOQOL-Bref. Após 20 reuniões será realizada a reavaliação com os mesmos dados utilizados anteriormente para observação do grau de melhora desses idosos.

Ao final de cada semestre, haverá um cruzamento entre os programas de apoio para o idoso e seu cuidador familiar, no qual possa haver um espaço de interação e convívio entre os pares e com isso propiciar que esta relação seja mais forte e mais afetuosa a partir de tudo que foi aprendido durante a realização dos programas.

Com a implantação desses programas, a meta é diminuir as consequências deletérias para o idoso e o seu cuidador familiar, melhorando, com isto, a aceitação da doença e

diminuindo a perda da funcionalidade do idoso e a sobrecarga do cuidador, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida de ambos.

Como já dito anteriormente, este programa deverá ser iniciado nos Laboratórios especializados em Fisioterapia e Terapia Ocupacional e depois será ampliado para o Centro de Saúde da Universidade Católica de Pernambuco. Posteriormente, a partir dos resultados obtidos, o programa será direcionado a outras instituições para que possa haver um melhor cuidado com a díade idoso-cuidador familiar.

*Referências
Bibliográficas*

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C. C. T., Vieira, A. P. G. F., Carvalho, A. F. & Montenegro-Junior, R. M. (2008). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(6), 931-939.
- Albuquerque, G. (2004). *Análise da eficácia de um protocolo de intervenção fisioterapêutica em pacientes acometidos por osteoartrite de joelho*. Monografia da Graduação em Fisioterapia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, SC, Brasil.
- Albuquerque, R. P., Fernandes, R. S. C., Barreto, J. M., Carvalho, A. C. P., Morais, M. B. & Abreu, T. (2009). Associação entre a osteoartrose de joelho e o índice de massa corporal. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 4(1), 10-18.
- Alencar, M. A., Arantes, P. M. M., Dias, J. M. D., Kirkwood, R. N, Pereira, L. S. M. & Dias, R. C. (2007) Muscular function and functional mobility of faller and non-faller elderly women with osteoarthritis of the knee. *Brazilian Journal Medicine Biology Reserach*. 40, 277-283.
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C. & Ramos, L. R. (2008, dez). Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa*. 15(4), 326-332
- Alfonso, H. D., Fajardo, N. M. L., Cosme, W. G., Monduy, O. L. L. & Cuba, O. G. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas*. 19(3), 478-490.
- Almeida MA, Gutierrez GL, Marques R. (2012). Qualidade de vida. Ed.EACH: São Paulo.
- Almeida, M. & Gutierrez, G. (2004). *Políticas Públicas de Lazer e Qualidade de Vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer*. In: Vilarta, Roberto. Qualidade de Vida e Políticas Públicas: saúde, Lazer e Atividade Física. Campinas: IPES Editorial, 67-84.

- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2012) Qualidade de vida. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edições-each/qualidade_vida.pdf acesso: 11/07/2016.
- Alvarez, A. M. (2001). *Tendo que cuidar: a vivencia do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.
- Alves, J. C. & Bassit, D. P. (2013, Jun) Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Revista Brasileira Einstein*. 11(2),209-2015.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. C. & Alvarenga, M. R. M. (2008) Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*.17(2), 266-272.
- Amin, S.; Niu, J.; Guermazi, A.; Grigoryan, M.; Hunter, D. J.;Clancy, M.; LaValley, M. P.; Genant, H. K. & Felson, D. T. (2007). Cigarette smoking and the risk for cartilage loss and knee pain in men with knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 66(42):18-22.
- Anjos, D. F., dos, Boery, R. N. S. de O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C. & Rosa, D. de O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(5),1321-1330.
- Anjos, K. F., dos, Boery, R. N. S. da & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3), 600-608.
- Araújo, I., Paul, C. & Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45(4),869-875.
- Araújo, K. B. G. (2001). *O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física*. Dissertação de Mestrado em Educação Física - Faculdade de Educação Física). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

- Arthur, K., Nascimento, L. C., Figueiredo, D. A. S., Souza, L. B. & Alfieri, F. M. (2012) Efeitos da geoterapia e fisioterapia associadas à cinesioterapia na osteoartrite de joelhos: estudo randomizado duplo cego. *Acta Fisiátrica*. 9(1), 11-15
- Azevedo, S. F., Lopes, A. S., Borgatto, A. F. & Guimarães, A. C. A. (2014) Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. *Revista de Terapia Ocupacional*. 25(1),60-69.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Santos, N. O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(1),147-156.
- Barduzzi, G. de O.; Rocha Júnior, P. R., Souza Neto, J. C. de & Aveiro, M. C. (2013) Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos à fisioterapia aquática e terrestre. *Fisioterapia e Movimento* 26(2),349-360.
- Blagojevic, M., Jinks, C. & Jordan K. P. (2010) Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 18(1), p.24-33.
- Bodur, S. & Dayanir, C. D. (2009). Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 13(7), 652-656.
- Borghini, A. C, Sassá, A. H., Matos, P. C. B., Decesaro, M. N., Marcon, S. S. (2011). Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(4):751-758.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine*, 41, 1447-1462.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 85-334-1198-7

- Brechner, R. J.; Farris, C.; Harrison, S.; Tillman, K.; Salive, M. & Phurrough, S. (2004). *Summary of evidence: bariatric surgery*. <http://www.cms.hhs.gov/FACA/downloads/id26c.pdf>. Publicado em 4 de novembro de 2004. Acesso em 02 de outubro de 2016.
- Brett, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M. & Deary, I. J. (2012) Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*. 21,505–516.
- Brito, D. C. S. de. (2009). Cuidando de quem cuida: Estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*. 14(3), 603-607.
- Brosseau, L., MacLeay, L., Robinson, V., Wells, G. & Tugwell, P. (2003). Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Busija, L., Bridgett, L., Williams, S. R., Osborne, R. H., Buchbinder, R., March, L. & Fransen, M. (2010) Osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 24(6):757-68.
- Buss, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1),163-177
- Camanho, G. L., Imamura, M. & Arendt-Nielsen, L. (2011). Gênese da dor na artrose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 46(1), 14-17
- Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 6(2),231-254.
- Campolina, A. G., Dini, P. S. & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (6), 2919-2925.
- Campos, C. de & Pailo, A. F. (2013). Conceitos atuais em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*. 21(2), 120-122.

- Campos, G. C., Kohara, M. T., Rezende, M. U., Santana, O. F. M., Moreira, M. M. & Camargo, O.P. (2014) Escolaridade dos pacientes e aplicação dos questionários em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*. 22(5),256-9.
- Cardona, D.; Estrada, A. & Agudelo, H. B. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. 26,206-215.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., Prette, A. D. (2007) Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20(2),229-237.
- Carneiro, V. L.; França, L. H. de F. P. (2011) Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 14(4), 647-662.
- Carod-Artal, F. J., Mesquita, H., Ziomkowski, S. & Martinez-Martin, P. (2013). Burden and health-related quality of life among caregivers of Brazilian Parkinson's disease patients. *Parkinsonism & Related Disorders*. 19(11), 943-948.
- Carrillo, M. G. C. C., Vian, O. H, Catases, M. C., Galcerán, G. P., Vian, B. H. & Duque, C. M. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 24 (3), 120-123.
- Carter, R. E. & Carter, C. A. (1994). Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*. 22,315-326.
- Carvalho, D. S.& Kowacs, P. A. (2006) Avaliação da intensidade de dor. *Migrêneas cefaléias* 9(4),164-168.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, Psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 71-91). Lisboa: Lidel.

- Celich, K. L. S. (2008). *Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, RS, Brasil.
- Cerqueira, A. T. & Oliveira, N. I. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia Universidade de São Paulo*. 13(1),133-50.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 31(2), 184-200.
- Chappell, N. L. & Kuehne, V. K. (1998). Congruence among husband and wife caregivers. *Journal of Aging Studies*.12,239-254.
- Ciollac, E.G; Guimarães, G. V. (2004). Exercício Físico e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2004, 10(4)319-324.
- Cobo, C. M. S. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 20(4), 172-174.
- Coimbra, I. B.; Pastor, E. H., Greve, J. M. D., Puccinelli, M. L., Fuller, R., Cavalcanti, F. S., Maciel, F.M. B & Honda, E. (2004) Osteoartrite (Artrose): Tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 450-453.
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S. & Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24,585-594.
- Corti, M. C. & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research*. 15(5), 359-363.
- Coutinho, M. L. S. & Junior, D. B. (2011). Efeitos de uma intervenção fisioterapêutica em grupo na sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas com deficiência. *Fisioterapia Brasil*. 12(5),337-339.

- Covinsky, K. E., Wu, A. W., Landefeld, C. S., Connors, A.F. Jr, Phillips, R.S., Tsevat, J., Dawson, N. V., Lynn, J. & Fortinsky, R. H. (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *American Journal Medicine*. 106(4),435-440.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011) Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*. São Paulo. 12(2),120-124.
- Custódio, E. M., Gomes, M. R. R., Avoglia, H. R. C., Bastos, I. (2004) Qualidade de vida entre universitárias: Estudos preliminares com o WHOQOL-bref. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 4(3),47-57.
- Da Nobrega, A. C. L.; De Freitas, E. V.; De Oliveira, M. A. B.; Leitão, M. B.; Lazzoli, J. K.; Nahas, R. M.; Baptista, C. A. S.; Drummond, F. A.; Rezende, L.; Pereira, J.; Pinto, M.; Radominski, R. B.; Leite, N.; Thiele, E. S.; Hernandez, A. J.; de Araújo, C. G. S.; Teixeira, J. A. C.; de Carvalho, T.; Borges, S. F. & De Rose, E. H. (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, Niterói, 5(6), 207-211.
- De Nardi, T., Rigo, J. C., Brito, M., Santos, E. L. M. & Brós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.14(3),511-519.
- De Souza, R. F., Skubs, T., Bretas, A. C. P. (2007) Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 60(3), 263-267.
- del Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar Gerontología*.13(3),188-192.
- Deyle, G. D., Allison, S. C., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Stang, J. M., Gohdes, D. D., Hutton, J.P., Henderson, N. E. & Garber, M. B. (2005) Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*. 5:1301-1137.

- Dias, R. R. De M. M., Uchôa, E. P. B. L.; Carvalho, V. C. P. De, Brito, C. M. M. De, Araújo, A. E. de L.; Buarque, G. L. A. (2016) Perfil sócio-clínico e avaliação da percepção da qualidade de vida de idosos com osteoartrose de joelho. *Revista Inspirar*. ed. 38, 8(1), 42-49.
- Doornbos, M. M. (2002) Family coregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives Psychiatric Nursing*. 26(1),34-36.
- Dragomirecká, E., Bartonová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., Von Steinbüchel, N., Schmidt, S. (2008, Mai-Jun.) Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 15(3),193-204.
- Duarte, R.M.S.C. (2011) Prevenção da osteoartrite/osteoartrose. *Temas de Reumatologia* 12(3), 67-74.
- Duarte, V. de S., Santos, M. L. dos, Rodrigues, K. de A., Ramires, J. B., Arêas, G. P. T. & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia & movimento [online]*. 26(1),193-202. ISSN 0103-5150.
- Ebrahim, S. (1995) Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41,1383-1394.
- Esteves Devasconcellos, M. J. (2004). Pensamento Sistêmico novo-paradigmático: novo-paradigmático, por quê? *Família e comunidade*. 1(1),91-104.
- Esteves Devasconcellos, M. J. (2002). Pensamento Sistêmico. *Pitágoras em rede*. 1, 1, 3 – 5.
- Farias, M., Vidmar, M. & Wibelinger, L. (2011). Risco de quedas em mulheres idosas com osteoartrose de joelho. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. ano 9, (27):7-13.
- Fassino, S., Leombruni, P., Abbate Daga, G., Brustolin, A., Rovera, G.G. & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives Gerontology Geriatric*.35(1),9-20.

- Fernandes, B. C. W., Ferreira, K. C. P., Marodin, M. F. & Val Mon, Fréz, A. R. do (2013) Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. *Fisioterapia & Movimento*. 26(1),151-158.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(4),818-824.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Determinantes de tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(3), 393-399.
- Ferrando, D. B., Canal, D. J., Motjé, N. B., Centellas, J. D. & Roura, A. D. (2006). Cambios em los cuidadores informales em cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Revista de Enfermeria de Salut mental*. 2(4).
- Ferreira, C. C. C., Peixoto, M. do R. G., Barbosa, M. A., Silveira, E. A. (2010) Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema único de saúde de Goiânia, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010 Out; 95(5), 621-628.
- Ferreira, C. G.; Alexandre, T. S. & Lemos, N. D. (2011). Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde e Sociedade*. 20(2),398-409.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A. Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J. Fernandes, P., Miguel, S. & Leal, V., Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde* 3(2), 13-19
- Ferreira, M. E. M. M. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. 123f. Dissertação do Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança, Portugal.
- Figueiredo Neto, E. M., Queluz, T. T. & Freire, B. F. A. (2011) Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Revista Brasileira de Reumatologia*.51(6),544-9.

- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(1),17-20.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S, Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.& Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da QV “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-183.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Denardin-Budó, M. L. & Mattioni, F. C. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*;31(3),467-474.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O. & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem* 21 (3), 543-548.
- Folle, A.D., Shimizu, H. E. & Naves, J. O. S. (2016). Social representation of Alzheimer`s disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*.50(1),79-85.
- Franco, L. R., Simão, L. S., Pires, E. di O. & Guimarães, E. A. (2009) Influência da idade e da obesidade no diagnóstico sugestivo de artrose de joelho. *ConScientiae Saúde*, 8(1):41-46.
- Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L. do & Silva, M. M. da. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*.15 (6),2941-2948
- Garcia, P.A., Dias, J. M. D., Dias, R. C., Santos, P. & Zampa, C. C. (2011). A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(1),15-22.
- Giorgi, R. D. N. (2005) A osteoartrose na prática clínica. *Temas de Reumatologia Clínica*. 6:17-30.
- Glozman, J. M. (2004). Quality of life caregivers. *Neuropsychology review*. 14 (4), 183-196.

- Gomes-Neto, M., Araujo, A. D.; Junqueira, I. D. A., Oliveira, D., Brasileiro, A. & Arcanjo, F. L. (2016) Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56 (2), 126-130.
- Gonçalves, L. H. T. Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S. & Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto e Contexto Enfermagem*. 15(4), 570-577.
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrand, L. M., Bisogno, S. C., Biosuz, S. & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(2), 315-325.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, C., Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 47(1), 137-144.
- Gratão, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, C., Santos, J. L. F. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 21 (2), 304-312.
- Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A. & Kvien, T. K. (2008) Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskeletal Disord.*;9(132).
- Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M. & Medina, N. V. J. (2011) Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência, *Journal Health Sciences Institute* 29(3):186-90
- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H. & Sassi, A. (2004) A realidade do idoso institucionalizado. *Texto e Envelhecimento*. 7(2), 25-34.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P. & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and

non caregivers. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 64(8),873-9.

Inocenti, A., Rodrigues, I. G. & Miasso, A. I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009;11(4):858-865.

Inouye, K., Pedrazzani, E. S. & Pavarini, S. C. I. (2008). Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*. 17(2),350-357.

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. & Toyoda, C. Y. (2009). Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. On line. 17(2).

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. & Toyoda, C. Y. (2010). Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. On line. 18(1).

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*. 26(5),891-899.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *População brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Recuperado em 12 julho de 2016, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) *Síntese de Indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira* [Recuperado em 12 julho, 2016, de http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf

Jensen, M. P., Chen, C. & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *Journal of Pain*. 4, 407-414.

- Johnson, J. K., Louhivuori, J., Stewart, A. L., Tolvanen, A., Ross, L., Era, P. (2013,jul). Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland. *International Psychogeriatrics*. 25(7),1055-1064.
- Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B, Bijlsma JW, Dieppe P, Gunther K, Hauselmann H, Herrero-Beaumont, G., Kaklamanis, P., Lohmander, S., Leeb, B., Lequesne, M., Mazieres, B., Martin-Mola. E., Pavelka, K., Pendleton, A., Punzi, L., Serni, U., Swoboda, B., Verbruggen, G., Zimmerman-Gorska, I. & Dougados, M.(2003). Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutic Trials Escisit. Eular Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*. dec., 62(12): 1145-1155.
- Junior, O. V. L. & Inácio, A. M. (2013) Uso de Glucosamina e Condroitina no Tratamento da Osteoartrose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 48(4),300-306.
- Kalmijn, M. (2007). Gender differences in the effects of divorce: widowhood and remarriage on intergenerational support: does marriage protect fathers? *Social Work Research*. 85(3)1079-1104.
- Karsch, U. M. (2003, mai-jun). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. 19(3),861-866.
- Klaumann, P. R.; Wouk, A. F. P. F.; Sillas, T. (2008) Patofisiologia da dor. *Archives of Veterinary Science*. 13(1), 1-12.
- Kluthcovsky, A. C. G. C. & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar QV: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria*. Rio Grande do Sul, 31(3),6-12.
- Koerner, S. S., Shirai, Y. & Kenyon, D. B. (2010). Sociocontextual circumstances in daily stress reactivity among caregivers for elder relatives. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Society Sciences*. 65(5),561-572.

- Leon, A. A. (2015). Un estudio piloto sobre los cuidadores de ancianos. *Revista Novedades en población*, (22), 29-37.
- Lim, A. T., Manching, J. & Penserga, E.G. (2012, aug). Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *International Journal Rheumatic Diseases*. 15(4), 407-413.
- Lima, D. L., de Lima, M. A. V. D. & Ribeiro, C. G. (2010) Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 7(3), 346-356.
- Lima, D. L., Lima De, M. A. V. D. & Ribeiro, C. G. (2010, set./dez). Envelhecimento e QV de idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo. 7(3), 346-356.
- Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C. P., Camacho, L. A. B., O'Dwyer, G., Lima, I. S. de, Andrade, M. K. de N. & Atie, S. (2016). Prevalência da sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 32(6), 1-13.
- Lopes, L. de O. & Cachioni, M. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3), 443-460.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., Power, M. J. (2011, jul). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*. 15(5), 595-600.
- Luzardo, R., Gorini, M. I. P. C. & Silva, A. P. S. S. (2006). Características do idoso com doenças de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*. 15(4), 587-594.
- Machado, A. L. G., Freitas, C. H. A. & Jorge, M. S. B. (2007). O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(5), 530-534.

- Marcon, S. S., Andrade, O G. & Silva, D. M. P. (1998). Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 7(2),289-307.
- Marin, M. J. S., Cecílio, L. C. O., Perez, A. E. W. U. F., Santella, F., Silva, C. B. A. & Filho, J. R. G. (2008) Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*.24(7),1545-1555.
- Marques, A. M. & Kondo, A. (1998) A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia* 38(2),83-90.
- Martins, R. A. (2014). Qualidade de vida do idoso: A sua perspectiva e a do seu cuidador formal. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.Portugal.
- Martorell-Poveda, M. A., Reverol, C. L. P., Montes-Muñoz, M. J., Jimenez-Herrera, M. F. &Burjalés-Marti, M. D. (2010). Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. *Index Enfermagem*. 19(2-3):106-10.
- Marx, F. C., Oliveira, L. M., Bellini, C. G. & Ribeiro, M. C. C. (2006). Tradução e Validação Cultural do Questionário Algodfuncional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadris para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 46(4),253-260.
- Matos, D. R. & De Araujo, T. C. C. F. (2009, jul./set.) Qualidade de vida e envelhecimento: Questões sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 511-518.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R. & Neto, T. L. B. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 5(2),60-76.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R.& Neto T.L. B. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 7(1), 2-13.
- Matsudo, V. K. R. & Calmona, C. O. (2009). Osteoartrose e atividade física. *Diagnóstico e Tratamento*. 14(4),146-151.

- McClane, K. S. (2006,Jul-Ago). Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. *Clinical Nurse Specialist*. 20(4), 201-207.
- Mendes, A. B. L. (2011). *Efeito da deficiência estrogênica e da atividade física sobre a cartilagem articular da cabeça do fêmur de ratas Wistar*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Mendes, P. M. T. (1998) *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. In: Karsch, U.M.S. (Org.). Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo, EDUC;147-170.
- Miguel, R. D. C. C. (2011). *Perfil sócio-demográfico, clínico e funcional de idosos comunitários com osteoartrite de joelho e/ou quadris com enfoque na síndrome da fragilidade*. Dissertação de mestrado, Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.
- Milagres, A. S., Souza, I. M., Pereira, J. O.C., Paz, R. D. & Abreu, F. M. C. (2006) Benefícios de um programa de fortalecimento do quadríceps no tratamento da osteoartrite de joelho. *Fisioterapia Brasil*.7:73-78.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A.& Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1),7-18.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): M, 2006.
- Monin, J. K. & Schulz, R. (2009). Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology Aging*. 24(3), 681-695.
- Moreira, P. H. B., Mafra, S. C. T., Pereira, E. T. & Silva, V. E. (2011). Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(3), 433-440.

- Moreno, J. A., Nicholls, E., Ojeda, N., Reyes-Aragón, C. J. De los, Rivera, d. & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Caregiving in Dementia and its Impact on Psychological Functioning and Health-Related Quality of Life: Findings from a Colombian Sample. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 30(4), 393–408.
- Morgan, C.R & Santos, F.S. (2011) Estudo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) nível sensorio para efeito de analgesia em pacientes com osteoartrose de joelho. *Fisioterapia e Movimento*. 24(4), 637-646
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, i., Machón, M. & Calderón, C. (2016). Measuring the impacto f informal elderly caregiving: a sistematic review of tools. *Quality Life Research*.25, 1059-1092.
- Mülle, T. & Woitalla, D. (2010). Quality of life, caregiver burden and insurance in patients with Parkinson´s disease in Germain. *European Journal of Neurology*. 17(11), 1365-1369.
- Nardi, T. de, Rigo, J. C., Brito, M. de, Santos, E. L. M. dos & Bós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida de cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à terceira idade do exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(3), 511-519.
- Natalio, M.A; Oliveira, R.B.C; Machado, L.V.H. (2010) Osteoartrose: uma revisão de literatura. *Revista Digital*. 15(146) publicado: <http://www.efdeportes.com>.
- Nobre, M. R. C. (1995) Qualidade de vida. São Paulo, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 64(4),299-300.
- Nobre, M. R. C. (1995) QV. São Paulo, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 64(4),299-300.
- O'Boyle, C., McGee, H. M., Hickey, A., Joyce, C. R. B, Browne, J., O'Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration Manual*. Dublin: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.

- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M. & Cossar, J. A. (2000) A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Okumura, F. A., Reis, F. A. dos, Belchior, A. C. G., Carvalho, P. T. C. de, Silva, B. A. K. da, Pereira, D. M. & Laraia, E. M. S. (2009) Avaliação dos sintomas e capacidade física em indivíduos com osteoartrose de joelho. *Revista Terapia Manual*, 7(30), 83-87.
- Oliveira, A. C. & Braga, D. L. C. (2010). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. *Journal Health Science Institute*. 28 (4), 356-358.
- Oliveira, A. P. & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com doença de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*. 21(3):675-85.
- Oliveira, D. C. & D'elboux, M. J. (2012, set-out). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 65(5),829-838.
- Oliveira, D. C., Carvalho, G. S. F., Stella, F., Higa, C. M. H. & D'elboux, M. J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(2), 234-240.
- Organización Mundial De La Salud. *Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
- Papaléo Netto, M. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Editora Atheneu, 2000- Conceito de Velhice, O idoso e a família (p. 92-97), Cuidado ao Idoso em Instituição (p. 403-414).
- Parada, E. D., Alvarez, O. S., Del Valle, R. de D., Páez, I. V., Ávilla, Y. S. & Fernández, G. B. (2014). Características y factores relacionados com sobrecarga em uma muestra de cuidadores principais de pacientes ancianos. *Semergen*. 40(2), 57-64.
- Paskulin, L. M. G. & Molzahn, A. (2007). Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*. 29(1),10- 26..

- Paskulin, L., Vianna, L. & Molzahn, A. E. (2009, mar). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*. 56(1),109-115.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In: Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, Psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paula, B., Soares, M. & Lima, G. (2010) A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelhos utilizando questionário Algo Funcional de Lequesne. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 17(4):18-26.
- Pavarini, S. C. L.; Tonon, F. L.; Silva, M., Mendiondo, Z. de, Barham, E. J. & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3),326-335. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm. Acesso em: 22 de julho de 2016.
- Peñaranda, A. P., Ortiz, L. G. &Góngora, J. N. (2006). *El cuidador primário de familiares con dependência: calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Tese de Doutorado. Salamanca (ES): Universidad de Salamanca/Facultad de Medicina.
- Pereira, M. da G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*. 20(2), 369-383.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E.& Cecon, P. R. (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*. 28(1), 27-38.
- Pimenta, G. M. F., Costa, M. A. S. M. C., Gonçalves, L. H. T. & Alvarez, A. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3),609-614.
- Pinto, F. N. F. R & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar Psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*. 17(3), 525-539

- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E. L., Souza, L. F., Fram, D. S. & Belasco, A. G. S. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem* 22(5),652-657.
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Ubel, P.A., Smith, D. M., Jankovic, A. & Langa, K. M. (2010). Does a helping hand mean a heavy heart? Helping behavior and well-being among spouse caregivers. *Psychology Aging* 25(1),108-117.
- Pruchno, R. A., Burant, C. J. & Peters, N. D. (1997). Understanding the wellbeing of care receivers. *The Gerontologist*. 37,102-109.
- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M. T., Moreno, C., Róldan, J. & Montesó, P. (2015). Quality of life and care burdenn among informal caregivers of elderly dependents in Catalonnia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 14,.9-14.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*. 19(3),793-798.
- Rasia, J., Berlezi, E. M., Bigolin, S. E. & Schneider, R. H. (2007) A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*,4(1), p. 28-38.
- Rauen, M. S., Moreira E. A. M., Calvo, M. C. M. & Lobo, A. S. (2008) Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Revista de Nutrição*, 21(3), 303-310.
- Reis, J. G., Gomes, M. M., Neves, T. M., Petrella, M., Oliveira, R. D. R. & Abreu, D. C. C. (2014). Evaluation of postural control and quality of life in elderly women with knee osteoarthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 54(3), 208–212.
- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A. & Gomes, N. P. (2013) Quality of life and associated factors of caregivers for the elderly with impaired functional capacity. *Brazilian Journal Physical Therapy*. 17(2),146-151.

- Rejaili, W. A., Chueire, A. G., Cordeiro, J. A., Petean, F. C. & Filho, G. C. (2005). Avaliação do uso do Hylano GF-20 no pós-operatório de artroscopia de joelho por artrose. *Acta Ortopédica Brasileira*. 13(1), 20-23.
- Resende, M. C. F. & Dias, E. C. (2008) Cuidadores de idosos: um novo/ velho trabalho. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 18(4),785-800.
- Rezende, F. A. C., Rosado, L. E. F. P. L. R., Franceschini, S. C. C., Rosado, G. P. & Ribeiro, R. C. L. (2010). Aplicabilidade do índice de massa corporal. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*. 16(2),90-94.
- Rezende, M. U., Hernandez, A. J., Camanho, G. L. & Amatuzzi, M. M. (2010). Cartilagem articular e osteoartrose. *Acta Ortopédica Brasileira*. 8(2), 100-104.
- Rezende, U. M. de, Campos, G. C. de & Pailo, A. F. (2013) Conceitos atuais em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*. 21(2),120-122.
- Rodrigues, R. N. & Alves, L. C. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*.17(5/6), 333-341.
- Rodrigues, S. L. A.; Watanabe, H. A. W. & Derntl, A. M. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 40(4),493-500.
- Rodriguez, P. R. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del facilismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 40 (supl. 3), 5-15.
- Rondini, C. A., Justo, J. S., Teixeira Filho, F. S., Lucca, J. A. C. de & Oliveira, P. A. de. (2011). Análise das relações entre a qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. *Estudos e pesquisas em Psicologia on line*.11(3)
- Rosemann, T., Grol, R., Herman, K. & Wensing, M. (2008) Association between obesity, quality of life, physical activity, and health service utilization in primary care patients with

osteoarthritis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 28(5):1–8.

Rubbo, A. B. (2010). *Avaliação de dor pós-operatória em cirurgia bariátrica*. 2010. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Sackser, J., Vargas, T.C. & Oliveira, A.L. (2014) Avaliação da Dor e Capacidade Funcional de Pessoas com Diagnóstico de Osteoartrose de Joelho Através do Questionário Algorfucional de Lequesne. *FIEP Bulletin*, 84, art. II.

Salgueiro, H. & Lopes, M. (2010, mar). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS). 31(1),26-32.

Santos, C. B., Pedroso, B., Scandelari, L.& Pilatti, L. A. (2009) Qualidade de vida: Interpretação da sintaxe do SPSS para análise de dados do WHOQOL-100. *Revista de saúde pública*. 11(5), 863-841.

Santos, J. P. M., Andraus, R. A. C., Pires-Oliveira, D. A. A., Fernandes, M. T. P., Frâncica, M. C., Poli-Frederico, R. C. & Fernandes, K. B. P. (2015) Análise da funcionalidade de idosos com osteoartrite. *Fisioterapia e Pesquisa*. 22(2), 161-168.

Santos, S. (2010) Concepções teórico – filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica, Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6),1035-1039.

Santos, S. R.; Santos, I. B. C. dos; Fernandes, M. C. M. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Calidad de vida del anciano en la comunidad: aplicación de la escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(6),757-764.

Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & WHOQOL Group. (2001) On behalf of the WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 10,711-721.

- Scavufca, M. (2002). Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (1): 12-17.
- Schölzel-Dorenbos, C. J., Draskovic, I., Vernooij-Dassen, M. J. & Olde Rikkert, M. G. (2009). Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 23(2), 171-177.
- Seidl E. M. F. & Zannon C. M. L. C. (2004) Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. 20(2),580-588.
- Silva C. F. da, Passos, V. M. de A. & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15(4),707-731.
- Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P, Rodrigues, R. A. P. & Marques, M. C. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(1),109-15.
- Silva, R. R. da, Santos, A. A. M., Carvalho, J. S. Júnior & Matos, M. A. (2014). Qualidade de vida após artroplastia total do joelho: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 49(5), 520–527.
- Silva, T. P. V. (2007). *Qualidade de vida de idosos da cidade de Rio Verde – GO*. 113f. Dissertação de Mestrado Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, GO, Brasil.
- Silveira, M. M. Da, Sachetti, A., Vidmar, M., Venâncio, G., Tombini, D. K., Sordi, S., Pilla, S. & Wibeling, L. M. (2009) Perfil Epidemiológico de Idosos com osteoartrose. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 9(3), 212-215.
- Souza, A.C.S. & Santos, G.M. (2012) Sensitivity of the Berg balance scale in patients with osteoarthritis. *Motriz: Revista de Educação Física*.18(2),307-318.

- Souza, G. A. S., Pacheco, W. M. S., Martins, J. J., Barra, D. C. C. & Nascimento, E. R. P. (2006). Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 56-63.
- Souza, R. F., Skubs, T. & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: Uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3), 263-267.
- Srivastava, G. Tripathi, R. K., Tiwari, S. C., Singh, B. & Tripathi, S. M. (2016). Carigiver burden and quality life ok key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal Psychology Medicine*.38(2), 133-136.
- Stackfleth, R., Diniz, M. A., Fhon, J. R. S., Vendruscolo, T. R. P., Fabrício-Whebe, S. C. C., Marques, S. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(5), 768-774.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*. 8(3),91-99.
- Talmo C. T., Kwon, Y. M., Freiberg, A. A., Rubash, H. E. & Malchau, H. (2011) Management of polyethylene wear associated with a well-fixed modular cementless shell during revision total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*. 26(4),76-81
- The World Health Organization Quality of Life Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag. p. 41-60.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558.
- (a) Torres, G. de V., Reis, L. A. dos, Reis, L. A. dos & Fernandes, M. H. (2009). QV e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58(1), 39-44.

- (b) Torres, G. De V., Reis, L. A. dos, Reis, L. A. dos, Fernandes, M. H.; Alves, G. Dos S.; Sampaio, L. S. & Mascarenhas, C. H. M. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*. 8(3),415-423.
- Toscano, J. J. O. & Oliveira, A. C. C. (2009, mai/jun). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de medicina do esporte*. 15(3), 169-173.
- Trentini, M. C., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hirakata, V. N. & Fleck, M. P. A. (2006) A percepção de QV do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*. 11(2),191-197.
- Uesugui, H. M., Fagundes, D. S. & Pinho, L. M. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (5), 685-698.
- Urizar, C. A. & Maldonado, J. G. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality Life Research Journal*. 15(4),719-724.
- Vagetti, G. G., Oliveira, V., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B. & Campos, W. (2012) Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade*. 8(Supl. 2), 709-718.
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., He, V. Y. & Chong, S.A. (2012). “How much can I take?”: predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness. *ANNALS Academyof Medicine Singapore*. 41(5),212-220.
- Vasconcelos, K. S. S. & Dias, J. M. D. (2006) Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(2), 213-218.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(3), 246-252.

- Vermelho, L. L. & Monteiro, M. F. G. (2004). Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho R. A., Carvalho, D. M., Bloch, K. V., Luiz, R. R. & Werneck, G. L. *Epidemiologia*. São Paulo (SP): Ed. Atheneu, 91-103.
- Vidmar, M. F., Sachetti, A., Silveira, M. M. da, Schneider, R. H. & Wibelinger, L. M. (2011) Quedas em mulheres idosas com dor articular. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 8(3),333-342.
- Vieira, K. F. L., Lucena, A. L. R. de, Barbosa, K. K. da S., Freitas, F. F. Q., Costa, M. M. L. & Macena, J. da S. (2015) Fatores de risco e as repercussões da obesidade na vida de idosos obesos. *Revista de Enfermagem da UFPE. Online*. 9(1), 8-14.
- Vilaça, C. M., Barreiros, D. do S., Galli, F. de A., Borçari, I. T., Andrade, L. F. de, Goulart, M. A., Conceição, C. L. & Carneiro, M. L. M. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 221-226. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato02.htm Acessado em: 12 de julho de 2016.
- Wachholz, P. A., Santos, R. C. C. & Wolf, L. S. P. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(3), 513-526.
- Wang, M., He, b., Wang, Y., Wu, F., Chen, X., Wang, W. & Yang, X. (2016). Depression among Low-Income Female Muslim Uyghur and Kazakh Informal Caregivers of Disabled Elders in Far Western China: Influence on the Caregivers' Burden and the Disabled Elders' Quality of Life. *PLOS One. On line*. 11(5).
- Wattis, J. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J. & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese Family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*. 14(99).
- Yamada, N. K., Dellarozza, M. S. G. & Siqueira, J. E. (2006) Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. *Revista o Mundo da Saúde*. 30(4),667-

672.

Zabalegui Yarnoz, A., Juandó Prats, C., Sáenz de Ormijana Hernández, A., Ramírez Llaras A. M., Pulpón Segura, A., López Rodríguez, L., Bover Bover, A., Cabrera Torres, E., Corrales, E., Gallart Fernández-Puebla, A., González Valentín, M. A., Gual García, M. P., Izquierdo Mora, M. D. & Díaz, M. (2007). Los cuidadores informales em España: perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería*. 30(7-8), 513-518.

Zacaron, K. A. M., Dias, J. M. D., Abreu, N. S. & Dias, R. C. (2006). Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 10(3), 279-284.

Zaitune, M. P. A., Barros, M. B. A., Lima, M. G., César, C. L. G., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2012) Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. 28(3), 583-595.

Zweibel, n. & Lydens, L. A. (1990). Incongruent perceptions o folder adult/ caregiver dyads. *Family relations*, 39, 63-67.

Apêndices

APÊNDICE A1**Questionário Sociodemográfico e clínico para o Idoso**

Nome _____

Idade _____ anos

Altura _____ Peso _____ IMC: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Local de residência (Local onde Mora)? _____

Ocupação: _____

Uso de cigarro

 Sim Não

Quantos Cigarros por dia: _____

Uso de medicação? Sim Não

Com quem vive? _____

Quanto tempo de artrose : _____

O que sente?

Pratica exercício físico? Sim Não

Quantas vezes por semana? _____

APÊNDICE A2**Questionário Sociodemográfico e clínico para o Cuidador**

Nome _____

Idade _____ anos

Altura _____ Peso _____ IMC: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Local de residência (Local onde Mora)? _____

Ocupação: _____

Uso de cigarro

 Sim Não

Quantos Cigarros por dia: _____

Uso de medicação? Sim NãoPratica exercício físico? Sim Não

Quantas vezes por semana? _____

APÊNDICE B1**Questionário Relação Idoso- Cuidador**

Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa que cuida de você?

() Nada () Pouco () Mais ou menos () Muito () Completamente

Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da sua capacidade funcional, como está o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você??

() Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa

Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa que cuida de você?

() Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa

APÊNDICE B2**Questionário Relação Cuidador-Idoso**

Qual o nível de conhecimento que você acredita ter em relação a pessoa de quem você cuida?

() Nada () Pouco () Mais ou menos () Muito () Completamente

Atualmente, após a instalação da doença e a diminuição da capacidade funcional do idoso, como está o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?

() Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa

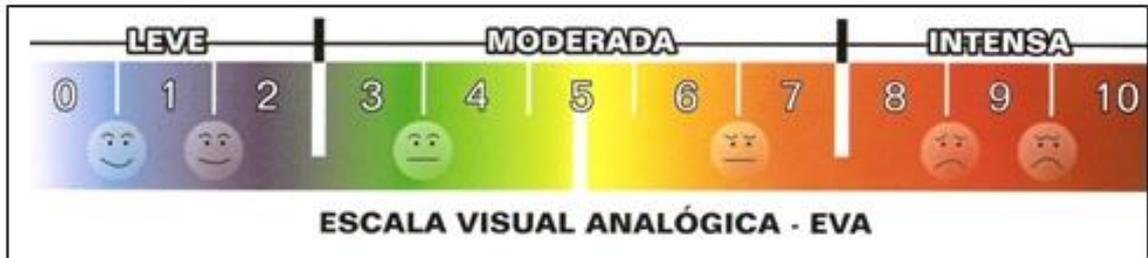
Antes da instalação da doença, como você definiria o seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?

() Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa

Anexos

ANEXO 1

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



ANEXO 2

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

OSTEOARTRITE DE JOELHO E QUADRIL – LEQUESNE

Instruções:

Aplicar separadamente para joelho e quadril.

Questionário Algofuncional de Lequesne

Dor ou desconforto

- Durante o descanso noturno:
 - nenhum ou insignificante 0
 - somente em movimento ou em certas posições..... 1
 - mesmo sem movimento..... 2

- Rigidez matinal ou dor que diminui após se levantar:
 - 1 minuto ou menos..... 0
 - mais de 1 minuto porém menos de 15 minutos..... 1
 - mais 15 minutos..... 2

- Depois de andar por 30 minutos:..... 0 – 1

- Enquanto anda:
 - nenhuma..... 0
 - somente depois de andar alguma distância..... 1
 - logo depois de começar a andar e aumenta se continuar a andar..... 2
 - depois de começar a andar, não aumentando..... 1

- Ao ficar sentado por muito tempo (2 horas) (somente se quadril):..... 0 - 1

- Enquanto se levanta da cadeira, sem ajuda dos braços (somente se joelho):..... 0 -1

Máxima distância caminhada/andada (pode caminhar com dor):

- sem limite.....	0
- mais de 1 km, porém com alguma dificuldade.....	1
- aproximadamente 1 km (em + ou - 15 minutos).....	2
- de 500 a 900 metros (aproximadamente 8 a 15 minutos).....	3
- de 300 a 500 metros.....	4
- de 100 a 300 metros.....	5
- menos de 100 metros.....	6
- com uma bengala ou muleta.....	1
-com 2 muletas ou 2 bengalas.....	2

Atividades do dia-a-dia/vida diária (Aplicar somente para quadril)*:

- colocar as meias inclinando-se para frente.....	0 -2*
- pegar um objeto no chão.....	0 -2*
-subir ou descer um andar de escadas.....	0 -2*
- pode entrar e sair de um carro.....	0 -2*

Atividades do dia-a-dia/vida diária (aplicar somente para joelho)*:

-consegue subir um andar de escadas.....	0 -2*
-consegue descer um andar de escadas.....	0 -2*
- agachar-se ou ajoelhar-se.....	0 -2*
-consegue andar em chão irregular / esburacado.....	0 -2*

***Sem dificuldade: 0**

Com pouca dificuldade: 0,5

Com dificuldade: 1

Com muita dificuldade: 1,5

Incapaz: 2

Soma da pontuação

Extremamente grave (igual ou maior que 14 pontos)

Muito grave (11 a 13 pontos)

Grave (8 a 10 pontos)

Moderada (5 a 7 pontos)

Pouco acometimento (1 a 4 pontos)

Artigo: MARX, F. et al. Tradução e Validação Cultural do Questionário Algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadris para a Língua Portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n.4, p. 253-260, jul/ago, 2006.

ANEXO 3

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 Adjunto
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	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	algumas vezes	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 4

Zarit Burden Interview

(Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Marcia Scazufca)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?

15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dívida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto S refere-se a quem È cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

Artigo: SCAVUFCA, M. Versão brasileira da escala *Burden Interview* para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interferência da osteoartrose de joelho na qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores familiares.

Pesquisador: Albenise de Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33057714.0.0000.5206

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE CATOLICA DE PERNABUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 834.228

Data da Relatoria: 29/08/2014

Apresentação do Projeto:

Qualidade de vida é uma sensação individual de conforto, bem-estar e/ou felicidade que o indivíduo tem em seu íntimo, abrangendo suas atividades, sejam elas, físicas, intelectuais e/ou psíquicas, dentro da realidade da sua família, ambiente escolar, trabalho e/ou valores da comunidade e pode estar comprometida em várias fases do ciclo da vida. O período da senescência é caracterizado pela necessidade de resolver conflitos do passado, investir nas relações sociais do presente e encarar o fim da vida com serenidade. Esta fase corresponde a um declínio das funções vitais do organismo, favorecendo o surgimento de patologias diversas, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, acidente vascular cerebral, osteoporose e, conseqüentemente, acarretando repercussões na saúde. A osteoartrose é caracterizada por um desgaste progressivo nas articulações causando modificações no estilo de vida do indivíduo. A presente pesquisa tem como objetivo analisar a qualidade de vida e as repercussões da osteoartrose de joelho dos idosos e de seus cuidadores familiares, subsidiando elaboração de um programa de orientação para o

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - Setor B - 8ºAndar

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 834.228

par idoso/cuidador. A pesquisa seguirá o desenho quali-quantitativo. A amostra será constituída por idosos diagnosticados com osteoartrose e seus cuidadores. Para os cuidadores serão aplicados o questionário sócio clínico e o instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – BREF. Para os idosos, será realizada a aplicação dos mesmos questionários acrescidas da Escala Visual Analógica e o questionário algofuncional de Lequesne. Ao final da aplicação dos questionários, tanto o cuidador quanto o idoso, responderão uma pergunta aberta. A partir dos resultados da pesquisa, espera-se obter dados a respeito da qualidade de vida do idoso e do cuidador familiar; e, as repercussões nas suas vidas. Após esta verificação será elaborado um programa de orientação para o idoso e seu cuidador com o intuito de melhorar a qualidade de vida de ambos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as repercussões da osteoartrose de joelho na qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores familiares, com vistas a subsidiar a elaboração de um programa de orientação para o par idoso/cuidador.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os idosos e os cuidadores familiares segundo variáveis sócio-clínicas (idade, índice de massa corporal (IMC) e prática de atividade física);
- Identificar, através da Escala Visual Analógica (EVA), o nível de dor do idoso portador de osteoartrose de joelho;
- Identificar, através do questionário Algofuncional de Lequesne, o grau de comprometimento funcional do idoso portador de osteoartrose de joelho;
- Identificar, através da escala Zarit Burden Interview, a sobrecarga sofrida pelos cuidadores familiares;
- Analisar, através do WHOQOL-BREF, a qualidade de vida do idoso portador de osteoartrose de joelho e do seu cuidador familiar;
- Averiguar, através da entrevista aberta, as repercussões da osteoartrose de joelho na vida do idoso que apresenta este diagnóstico e dos cuidadores familiares;
- Comparar a qualidade de vida do idoso que apresenta este diagnóstico com a dos cuidadores familiares que cuidam do idoso nessas condições, através da análise qualitativa e quantitativa;
- Elaborar um programa de orientação para os idosos e para os seus cuidadores familiares, com base nos

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - Setor B - 8ºAndar

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 834.228

resultados da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora deixa claro que existem riscos atrelados ao estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

S projeto apresenta-se de acordo com as questões éticas pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está de acordo.

O TCLE está adequado ao propósito do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

RECIFE, 16 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria da Graça de Vasconcelos Xavier Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - Setor B - 8ºAndar

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br