

Análise da Qualidade de Vida e Funcionalidade de Pacientes com Osteoartrose de Joelho.

Analysis of Quality of Life and Patient with Knee Osteoarthritis functionality.

OLIVEIRA, Flávia Iuçara Lourenço¹; DIAS, Michel Jorge²; ROBERTO, Stephanny Batista de Alencar³; ALENCAR, Carla Heloísa de⁴; FERREIRA, Francisco de Alencar⁵.

¹Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras – PB; ²Fisioterapeuta, docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras – PB; ³Enfermeira pela Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras – PB; ⁴Graduada em Farmácia pela Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras – PB, E-mail: carlaalencar@hotmail.com; ⁵Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Maurício de Nassau, João Pessoa – PB.

RESUMO

As doenças crônicas degenerativas são consideradas como grandes problemas de saúde pública, uma vez que desencadeiam um alto número de aposentadorias por invalidez. Dentre essas doenças está a osteoartrose (OA) que é uma doença degenerativa que acomete as articulações, de origem desconhecida e multifatorial, sendo que em alguns casos aparece como consequência de outra doença óssea ou articular que causa a deterioração. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida e funcionalidade de pacientes com artrose de joelho. A pesquisa foi transversal, de natureza descritiva, observacional, de campo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida no setor de Ortopedia da Clínica Escola da Faculdade Santa Maria (FSM), em Cajazeiras PB, e na Policlínica localizada em Cajazeiras PB. A amostra contou com 20 pacientes, o instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário SF-36 para qualidade de vida e o de funcionalidade elaborado pelos pesquisadores. Os dados foram analisados através de estatísticas descritivas. Os resultados apontaram o escore médio total de qualidade de vida foi de 57,69. Conclui-se que esse grupo de pacientes com artrose de joelho tem problemas de funcionalidade e quanto à qualidade de vida, se configuraram como um grupo com possíveis reduções na sua qualidade de vida e funcionalidade.

Palavras-Chave: Osteoartrose, Fisioterapia, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Chronic degenerative diseases are considered as major public health problems, since they trigger a high number of disability pensions. Among these diseases are osteoarthritis (OA), which is a degenerative disease that affects the joints, of unknown origin and multifactorial, and in some cases appears as a consequence of other bone or joint disease that causes the deterioration. The objective of this research was to evaluate the quality of life and functionality in patients with osteoarthritis of the knee. The study was cross-sectional, descriptive, observational field with a quantitative approach. Was developed in the field of Orthopedics Clinic of the School Santa Maria (WSF) in Cajazeiras PB, and Polyclinic located in Cajazeiras PB. The sample consisted of 20 patients, the data collection instrument used was the SF-36 quality of life and functionality developed by the researchers. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed the mean total score of quality of life was 57.69. We conclude that this group of patients with osteoarthritis of the knee has problems regarding the functionality and quality of life, are configured as a group with possible reductions in their quality of life and functionality.

Keywords: Osteoarthritis, Physical Therapy, Quality of life.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas degenerativas são consideradas como grandes problemas de saúde pública, uma vez que desencadeiam um alto número de aposentadorias por invalidez. Dentre essas doenças está a osteoartrose (OA), uma doença degenerativa que acomete as articulações, de origem desconhecida e multifatorial, sendo que em alguns casos aparece como consequência de outra doença óssea ou articular que causa a deterioração (SILVA et al., 2011).

O processo atinge inicialmente a cartilagem e, posteriormente, o osso subcondral. Clinicamente, os pacientes apresentam dor com características mecânicas, que surge ou agrava com início dos movimentos, rigidez pela parte da manhã de curta duração, crepitação que pode ser palpável ou até mesmo audível com a mobilização da articulação comprometida, diminuição ou perda da função articular, além de hipotrofia muscular e deformidades (GARRIDO et al., 2011; BIASOLI et al., 2003).

O joelho é uma estrutura que suporta grande carga, além de permitir mobilidade suficiente para exercer a locomoção. Esta é uma articulação sinovial, em dobradiça que possui dois graus de liberdade e três superfícies articulares: o complexo articular tibiofemoral e a articulação patelofemoral que estão inseridas na cápsula articular. O joelho é uma articulação sinovial classificada tipicamente como articulação em dobradiça. Possui três articulações, a patelofemoral e duas articulações tibiofemorais, todas estão contidas em apenas uma cápsula articular sinovial. (ALBUQUERQUE, 2004)

Pelo menos 10% da população idosa, no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta AO, ocasionando assim limitação funcional e restrição de movimentos da maioria dos idosos que apresentam essa doença crônica degenerativa. (SANTOS et al., 2012).

A queixa de dor no joelho é muito frequente e, em geral, é causada pelo desequilíbrio muscular decorrente do envelhecimento e do processo degenerativo, tão comum nesses doentes. O desequilíbrio muscular caracteriza-se por atrofia do músculo quadríceps associada à retração dos músculos posteriores da coxa, o que induz ao posicionamento em flexão do joelho. A dor decorrente desse processo degenerativo tem característica progressiva e evolutiva, agravando com a atividade física. O quadro de dor e as alterações secundárias musculares, tendinosas e ligamentares são as maiores responsáveis pela incapacidade funcional do paciente (CAMANHO et al., 2008; SILVA et al., 2011).

O termo qualidade de vida (QV) foi conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de um projeto interdisciplinar, como “a percepção do indivíduo sobre o seu modo de vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores do seu cotidiano, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito interdisciplinar e refere-se à percepção subjetiva de um indivíduo em relação a sua

vida e a outros aspectos como relacionamento familiar e a sua própria saúde, questões financeiras, moradia, bem-estar, vida social e lazer (SCALZO et al., 2010).

Ainda segundo Scalzo et al. (2010) nos dias atuais, o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo usado, e refere-se à percepção de um indivíduo às dimensões física, funcional, mental e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos.

Diante do exposto, o paciente com osteoartrose de joelho apresenta um quadro extremamente limitante, apresentando dor, limitação de movimento, encurtamentos musculares, deformidades, alterações emocionais visíveis, entre outras. Tudo isso terá um grande impacto no seu sistema músculo esquelético, na sua qualidade de vida e funcionalidade.

O presente estudo é relevante, pois a população está envelhecendo e a artrose de joelho vem se consolidando como uma doença extremamente limitante. Os pacientes com artrose de joelho na maioria das vezes apresentam diminuição da qualidade de vida, as quais limitam e interferem nas atividades de vida diária e no seu bem estar. Por isso a importância de novos estudos sobre essa patologia, com vista a propiciar uma maior normalidade e independência funcional desses indivíduos.

A pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e funcionalidade de pacientes com artrose de joelho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, observacional, de campo com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 20 pacientes com diagnóstico de artrose de joelho, realizado no setor de Ortopedia da Clínica Escola da Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras – PB e na Policlínica localizada na Rua Barão do Rio Branco da cidade de Cajazeiras - PB, no período de Março a Abril de 2003.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com diagnóstico de artrose de joelho bilateral ou unilateral de ambos os sexos com idade acima de 55 anos. Foram excluídos do estudo os pacientes que não aceitaram participar da pesquisa e com outras patologias que afetavam a função normal do joelho (cadeirante, lesão medular, AVE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB, inicialmente os participantes foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta dos dados foi realizada. A aplicação dos questionários foi realizada de forma individual e para a avaliação foi utilizada a técnica de entrevista.

Para a coleta dos dados foi utilizado uma ficha de avaliação da funcionalidade elaborada pelos pesquisadores e o Short Form Health Survey (SF – 36), sendo este multidimensional e formado por 36 itens. Contem 8 componentes ou domínios que abrangem capacidade

funcional, aspecto físico, aspecto emocional, aspecto social, vitalidade, dor e percepção geral de saúde. O cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente.

Após as pontuações de cada componente do SF-36 foi utilizado o cálculo do próprio questionário que baseiam-se em valores limites e variações inerentes a cada domínio. Logo depois de realizado o cálculo dos itens foi atribuído um escore que variam de 0-100 pontos, onde os maiores valores indicam melhor qualidade de vida. Nesse escore, o zero corresponde ao pior estado geral de saúde.

A análise dos dados foi realizada através de estatísticas descritivas, onde foi ponderada a média, desvio padrão, máxima e mínima. Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010, descritas em formas de tabelas e figuras.

O estudo seguiu os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, como garantia de confidencialidade do anonimato, onde as informações colhidas foram somente para os fins previstos da pesquisa. Seguiu as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996), assim como da resolução do COFFITO 10/78 (Código de Ética de Fisioterapia). Relata-se ainda que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria (FSM), sob parecer número 216.923.

RESULTADOS

Com relação ao gênero, evidenciamos o predomínio do sexo feminino 13 (65%) e 7 (35%) do sexo masculino (TABELA 1).

Tabela 1: Apresentação da amostra por gênero

Gênero	n	%
Feminino	13	65
Masculino	7	35
TOTAL	20	100%

Fonte: dados da pesquisa

Com relação à faixa etária evidenciamos maior predomínio da faixa entre 70 a 79 anos e menor predomínio entre 55 a 59 anos (TABELA 2).

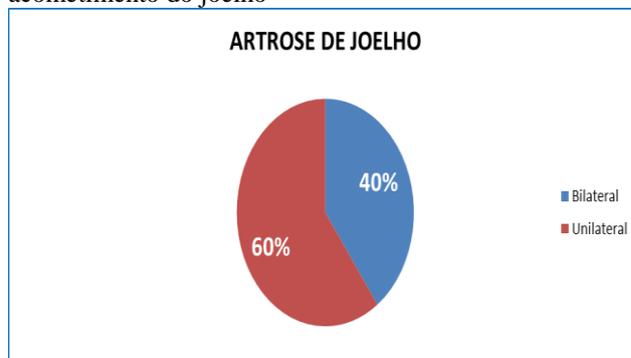
Tabela 2: Apresentação da amostra de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	n	%
55 a 59	3	15
60 a 69	6	30
70 a 79	7	35
Acima de 80	4	20
TOTAL	20	100

Fonte: dados da pesquisa

A figura 1 apresenta os dados em relação ao acometimento da osteoartrose de joelho. O estudo mostrou o percentual 12 (60%) de pacientes com artrose unilateral e 8 (40%) de pacientes com artrose bilateral.

Figura 1: Apresentação da amostra segundo o acometimento do joelho

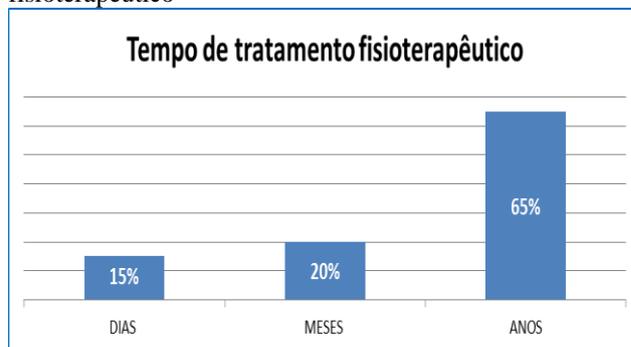


Fonte: dados da pesquisa

Relata-se que 2 homens (10%) apresentam artrose bilateral e 6 mulheres (30%) artrose bilateral. Quanto ao acometimento unilateral, 5 homens (25%) com artrose unilateral e 7 mulheres (35%) com artrose unilateral.

O estudo mostra que 13 (65%) dos pacientes realizam tratamento fisioterapêutico há anos, 4 (20%) dos pacientes realizam a meses e 3 (15%) realizam a dias (FIGURA 2).

Figura 2: Tempo de realização do tratamento fisioterapêutico

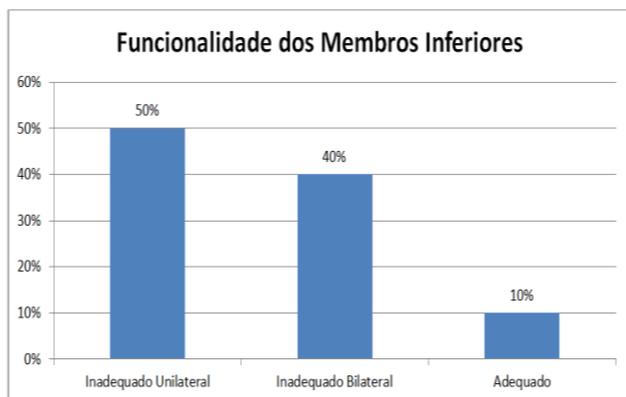


Fonte: dados da pesquisa

Sendo que 18 participantes (90%) gostam do tratamento fisioterapêutico e 2 (10%) relataram não gostar.

A figura 3 mostra à funcionalidade dos Membros Inferiores, onde 8 (40%) apresenta função inadequada bilateral, 10 (50%) apresenta função inadequada unilateral, e 2 (10%) apresenta função adequada unilateral.

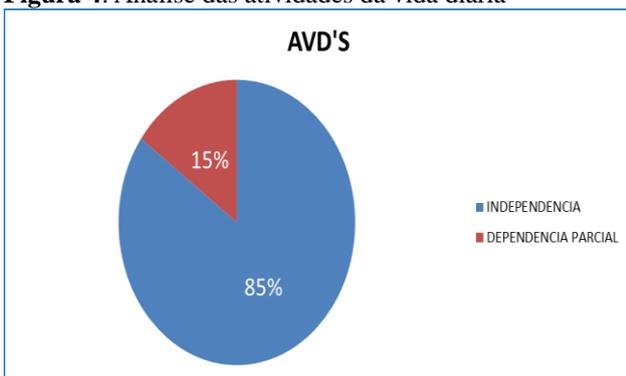
Figura 3: Funcionalidade dos Membros Inferiores



Fonte: dados da pesquisa

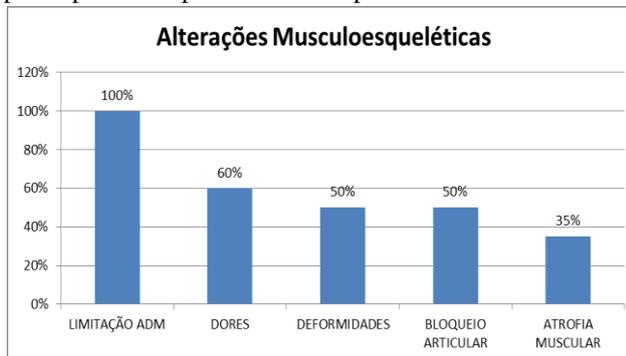
A figura 4 mostra que 17 (85%) apresentam independência funcional nas AVD'S e 3 (15%) apresentam dependência parcial na realização de algumas AVD'S.

Figura 4: Análise das atividades da vida diária



Fonte: dados da pesquisa

De acordo com a figura 5 podemos observar com relação às limitações funcionais que 20 (100%) dos participantes apresentam amplitude de movimento



diminuída, onde 12 (60%) sentem dor, 10 (50%) já tem deformidades, 10 (50%) apresentam bloqueio articular e 7 (35%) apresentam atrofia do quadríceps.

Figura 5: Alterações musculoesqueléticas encontradas

Fonte: dados da pesquisa

Na avaliação da QV através do SF-36, onde o escore máximo obtido é 100 e o mínimo é zero, foram obtidos maiores escores nas variáveis, Aspectos sociais (AS), Saúde Mental (SM), Aspectos Emocionais (AE), Vitalidade (V) e Estado Geral de Saúde (EGS), com médias respectivamente: 81.87, 73.2, 71.64, 67.25, 51.29. Os piores escores foram obtidos nos itens Dor (D) com média de 49.3, Aspecto Físico (AF) 42.5 e Capacidade Funcional (CF) 30.5 como mostrados na tabela 3.

Tabela 3: Valores dos domínios do questionário SF-36

Domínios	Média +/- DP
Capacidade Funcional	30.5 +/- 28,70
Aspecto Físico	42.5 +/- 27,50
Dor	49.3 +/- 23,39
Estado Geral de Saúde	51.29 +/- 20,84
Vitalidade	67.25 +/- 29,47
Aspectos Sociais	81.87 +/- 23,54
Aspectos Emocionais	71.64 +/- 27,90
Saúde Mental	73.2 +/- 26,53

Fonte: Coleta de Dados

Tabela 4: Distribuição da Qualidade de vida da amostra dos pacientes com osteoartrose de joelho bilateral e unilateral

Osteoartrose	Média ± DP
Joelho Bilateral	50,33 ± 16,12
Joelho Unilateral	61,87 ± 18,91

Fonte: Coleta dos Dados

Foi verificada a qualidade de vida de acordo com os domínios do questionário SF-36 individualizando o acometimento do joelho. Verificou-se que 8 (40%) pacientes tinha artrose bilateral com a média de qualidade de vida 50.33, e 12 (60%) pacientes com artrose unilateral com média de 61,87.

A tabela 5 aponta os escores médios totais, para análise da qualidade de vida, onde os resultados obteve média de 57,69, com desvio padrão de ± 18,51, mediana 61, máxima 87 e mínima 24.

Tabela 5: Distribuição da Qualidade de vida da amostra dos pacientes com artrose de joelho

Modalidades	Média ± DP	Mediana	Max	Min
Pacientes Artrose de Joelho	57.69 ± 18.51	61	87	24

Fonte: Coleta dos Dados

DISCUSSÕES

O organismo envelhecido em condições normais poderá sobreviver adequadamente, porem quando submetido a condições de stress físico e mental, pode apresentar dificuldades em manter a homeostasia e pode gerar sobrecarga funcional, a qual culmina em processos patológicos, comprometendo os sistemas orgânicos, principalmente o aparecimento de doenças crônicas degenerativas (FIRMINO, 2012).

Conforme os resultados apresentados anteriormente foi verificado entre os idosos, um maior percentual de pacientes do sexo feminino portadores de artrose de joelho que corresponde a 65% do universo da amostra. Dados que se confirmam também na pesquisa de Rosis et al. (2010) onde relata valores superiores a 70% dos pacientes do sexo feminino com diagnóstico de artrose de joelho.

Feliciano (2004) afirma que estes dados corroboram com o perfil demográfico Brasileiro atual, caracterizando a chamada "feminilização da velhice". E para Dalsenter (2009) onde relata que esses fatos são decorrentes das mulheres viverem mais que os homens, tornarem-se viúvas mais cedo, estarem menos expostas a riscos ocupacionais e principalmente as diferenças de atitudes em relação a saúde, pois as mesmas buscam com maior frequência os serviços de saúde.

O maior predomínio de idade superior a 70 anos foi similar aos resultados obtidos por Sachetti et al. (2010) que também afirma um maior percentual 35% dos pacientes portadores de artrose de joelho entre as idades de 70 e 79 anos. Corroborando com os achados deste estudo, Menezes (2005) apresenta dados semelhantes, onde o estudo realizado em idosos com doenças crônicas degenerativas no município de Fortaleza – CE, a idade variou de 60 a 99 anos.

A osteoartrose pode ainda ser classificada como primária ou secundária de acordo com suas causas ou fatores predisponentes. A primária é o tipo mais comum, é devido o processo de envelhecimento, não tem etiologia identificável ou causa predisponente. Na secundária, o envelhecimento prematuro da cartilagem articular pode decorrer de um microtraumatismo que afetou as

superfícies articulares, embora tenha um fator que predisponha ao seu surgimento é patologicamente indistinguível da osteoartrose primária (ROSIS, 2010).

O envelhecimento e os processos crônicos degenerativos são compreendidos como um conjunto de alterações estruturais e funcionais desfavoráveis do organismo que se acumulam de forma progressiva, especificamente em função do avanço da idade. Essas modificações prejudicam o desempenho de habilidades motoras, onde as que desencadeiam maior dependência funcional são o declínio da força muscular e equilíbrio, dificultando a adaptação do individuo ao meio ambiente desencadeando modificações psicológicas e sociais (CUNHA, 2009).

A média da capacidade funcional foi de 30.5+/-28,70, apontando valores negativos em relação aos valores médios estabelecidos. Para Rosa et al. (2003) a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Com isso nota-se a inclusão de comportamentos relacionados ao estilo de vida em relação ao alcoolismo, tabagismo, alimentação, exercícios físicos, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de auto eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como fatores potenciais explicativos da mesma.

O domínio Aspecto Físico na pesquisa pontuou média de 42.5 (±27,50), achados esse que vão de encontro com o estudo de Banhato et al. (2008) que apresentou menores escores de 50,0 no domínio aspectos físicos e capacidade funcional, esse domínio tem um grande impacto na qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas degenerativas e progressivas como também do processo de envelhecimento.

A dor obteve média de 49.3+/-23,39. Segundo Celich e Galon (2009) no seu estudo obteve-se menor escore abaixo de 50,0 neste domínio. A dor é conceituada como um fenômeno multifatorial que envolve aspectos orgânicos e psicossociais que intervêm sobre a qualidade de vida dos indivíduos com doenças crônicas. A dor deixa o individuo fragilizado por vezes impedindo o convívio social a realização das atividades de vida diária e o esgotamento de modo físico, funcional e mental.

No que concerne ao Estado geral de saúde dos sujeitos da pesquisa observou média de 51.29+/-20,84, achados que vão de encontro com a literatura de Coelho (2012) onde aponta médias inferiores relativas ao estado geral de saúde.

O domínio Vitalidade obteve média de 67.25 +/-29,47, onde Almeida et al (2010) em seus achados apresenta essa variável como de grande valia para a qualidade de vida dos sujeitos, visto que a vitalidade apresenta-se como a percepção subjetiva do estado de saúde.

Quanto ao aspecto social apresentaram média de 81.87+/-23,54, onde Carneiro et al (2007) relata em seu estudo a importância direta em relacionamento social de indivíduos idosos e com doenças crônicas degenerativas, melhorando assim a qualidade de vida e longevidade,

tendo em vista que o contato social pode afasta-los de fatores imponentes para o convívio com a sociedade e com isso aumenta a qualidade de vida do idoso.

O aspecto emocional obteve média de 71.64+/-27,90, o que condiz com Gáspari e Schwartz (2005) que em seu estudo também obteve valores acima de 70,0 onde eles relatam que a limitação por aspectos emocionais ocorre devido á mudança na vida pessoal em decorrência da modificação da autonomia e autoestima do idoso, podendo ainda ser influenciado por componentes negativos, como a tristeza e o estresse. O mesmo ainda menciona que a socialização desenvolve processos emocionais favoráveis, diminuindo a formação de danos mentais havendo uma diminuição de angústias.

No domínio Saúde Mental apresentou-se média de 73.2+/-26,53 o que corrobora com Resende et al. (2011) que em seu estudo sobre saúde mental e envelhecimento também obteve valores superiores nesse domínio, onde eles relatam que a fragilidade de indivíduos com doença crônica podem levar a transtornos mentais e problemas cognitivos progressivos contribuindo assim para o aparecimento de um sofrimento psíquico como a depressão. Portanto no nosso estudo verificou-se uma melhor qualidade de vida nos domínios Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental.

Segundo Miranda (2008) o termo qualidade de vida é muito amplo e atua de maneira complexa na saúde física de uma pessoa, no seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, culturais e ambientais. Corroborando com os resultados do estudo Vecchia (2005) relata que a qualidade de vida é poder adotar hábitos de vida considerados saudáveis relativos a alimentação, sono, moradia, prática de atividades físicas e assistência em todos os seus aspectos.

Assim a qualidade de vida pode ser considerada como resultante de um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano, uma comunidade ou nação (ARAGÃO et al., 2002).

No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida), e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”. (PEREIRA et al., 2006).

Esse aspecto observou um escore médio de 57.69 ± 18.51, o que se configurou como um grupo de decrescente diminuição da qualidade de vida.

Considerações Finais

Foi observado neste estudo, um maior acometimento em mulher, com idade de 70 a 79 anos, sendo na sua maioria com artrose de joelho unilateral, com um percentual elevado de limitações funcionais, alterações músculos-esqueléticas e diminuição das atividades de vida diária, resultando em uma diminuição dos aspectos considerados para uma boa qualidade de

vida.

A boa qualidade de vida desses indivíduos irá auxiliar na manutenção da autonomia e bom desempenho das funções cotidianas, tornando-as independentes dentro de um contexto sócio, econômico e cultural. Sugere-se então novos estudos sobre está patologia por se tratar de um acometimento degenerativo com possíveis complicações e limitações irreversíveis que vão contribuir de forma gradativa na funcionalidade e boa qualidade de vida.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, G. **Análise da eficácia de um protocolo de intervenção fisioterapêutica em pacientes acometidos por osteoartrose de joelho.** Cascavel, N. 2, 2004

ALMEIDA et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivências na cidade de Itabira-MG. **Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13 n.3 Rio de Janeiro 2010.

ARAGÃO et al. Efeitos da resistência muscular localizada visando á autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fintes & Performance Journal**, v.1, n.3, p.29-37, 2002.

BANHATO et al. Aspectos sociais e de saúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira. **Psicol. Am. Lat.** n.14 México out.2008.

BIASOLI, M. C.; IZOLA, L.N.T. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **Revista Brasileira Medicina.** v.60, n.3, março. 2003.

BRASIL, Resolução Conselho Nacional de Saúde – CNS N, 196, de 10 de novembro de 1996. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Brasília: Diário oficial da união, n.201,p.21082, 16 de outubro. 1996. Seção I.

CAMANHO G.L. Dor aguda no joelho do paciente idoso. **Revista Brasileira Ortopedia.**v.43, n.9 p. 361-6, 2008.

CARNEIRO et al. Qualidade de vida, Apoio Social e Depressão em Idoso: Relação com Habilidades Sociais; **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(2),229-237; 2007.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Bras. Geriatr. Gerontol.** v.12 n.3 Rio de Janeiro 2009.

COELHO, E. S.P. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes no município de Santos/SP. **Revista Ceciliansa** Jun 4(1):4-8, 2012.

CUNHA et al. A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo; Fisioterapia na prevenção na prevenção de quedas em idosos; **Motriz, Rio Claro**, v. 15 n.3 p. 527-536, jul./set.2009.

DALSENTER, A.C; MATOS,M.F. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau. **Dynamis Revista Tecno-científica.** V. 15, n.2, p.32-37, 2009.

FIRMINO, D. et al. Estilo de vida, senso de controle e

qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-.MG. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.416-430, 2012.

GARRIDO, C. A.; SAMPAIO, T.C.F.V. S.; FERREIRA, F.S. Estudo comparativo entre a classificação radiológica e análise macro e microscópica das lesões na osteoartrose de joelho. **Revista Brasileira Ortopedia**. v.46, n.2, p. 155-9, 2011.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer; **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Jan-Abr, Vol.21 n.1, pp.069-076; 2005.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M.N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista Saúde Pública**. V.39, n.2, p. 169-175, 2005.

MIRANDA, L. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicol. Pesq. [online]**., vol.2, n.1, pp. 69-80. INSS 1982-1247, 2008.

PEREIRA et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr** .28(1):27-38, RS jan/abr 2006.

RESENDE et al. Saúde mental e envelhecimento. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n.1, pp. 31-40, jan./mar. 2011.

ROSA et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Ver Saúde Pública**. 37(1): 40-8; 2003.

ROSIS et al. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Rev Bras Clin Med**. 8(2): 101-8, 2010.

SANTOS, N. G. B. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrose no município de Coari- AM. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, dez. 2012; 2(2): 107-120.

SCALZO, P. L.; SOUZA, E. S.; MOREIRA, A. G.O. et al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociência**.v.18, n.2, p. 139-144, 2012.

SILVA, L.; TAXOTO, A. N.; MONTALVÃO, E. M. et al. Efeitos da craniopuntura de Yamamoto na osteoartrite de joelho: estudo de caso. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.18 n.3 São Paulo Jul/Set. 2011.

VECCHIA R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.