

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS COM OSTEOARTROSE DE JOELHO (GONARTROSE) E SUA CORRELAÇÃO COM OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO.

DANDARA CAMARA DA SILVA
ANA LIGIA OLIVEIRA

Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí – Santa Catarina - Brasil
analigia@univali.br

RESUMO:

Atualmente observa-se um aumento da expectativa de vida e da população idosa, o que vem modificando as demandas de saúde e revelando uma maior preocupação com as doenças crônico-degenerativas. Esta pesquisa buscou conhecer a concepção de saúde de pessoas com osteoartrose de joelho (OAJ) que frequentaram a clínica de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí, conhecendo os principais fatores de risco, relacionando esses fatores com os sintomas, e propondo um programa de Educação em Saúde. A pesquisa utilizada foi de caráter qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas e questões abertas, baseada na Pesquisa Convergente Assistencial. Foram entrevistadas 10 pacientes com diagnóstico de OAJ. A média de idade foi de 65,5 anos e de peso 79,04 kg, com IMC médio 33,38. Quanto ao hábito tabagista, 4 nunca fumaram, 4 pararam a mais de 10 anos e 2 ainda fumam. Sobre o conhecimento das pacientes sobre sua patologia, observou-se que existe uma falha no que se refere ao esclarecimento do diagnóstico, e na troca de conhecimento entre equipe de saúde e pacientes. Neste estudo quatro participantes relacionaram saúde com dor. Para seis delas a saúde relaciona-se realizar atividades diárias sem restrições. Outro dado importante é que para 8 das participantes, o aumento de peso foi considerado como fator de piora dos sintomas. Todos os objetivos deste estudo foram alcançados, sendo possível conhecer de forma integral as pessoas com diagnóstico de OAJ, podendo conhecer e delimitar fatores de risco, sintomas, conhecimento da patologia e de que forma esta interfere em sua vida.

Palavras-chave: Osteoartrose de Joelho, Fisioterapia e Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Estima-se que em 2025, a expectativa de vida será de setenta e quatro anos, com respectivo aumento da população mais idosa, acima de oitenta anos.¹

Esse envelhecimento populacional traz novos desafios associados a esse período do ciclo de vida humano. Assim, as demandas de saúde se modificam e revelam um maior peso das doenças crônico-degenerativas, destacando-se as patologias articulares.²

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população mundial com idade acima de 60 anos, sofre de osteoartrose (OA) de joelho também chamada de gonartrose, sendo que 80% desta população têm restrição de movimentos e 25% apresentam limitações funcionais para desempenho das atividades cotidianas.³

No entanto, há poucos estudos descritos na literatura que avaliam a concepção de saúde que os pacientes acometidos pela osteoartrose de joelho (gonartrose) possuem. Isto mostrou a necessidade de aprofundar o conhecimento científico a respeito, para que assim novas medidas pudessem ser tomadas com estas pessoas.

Traçou-se como objetivo geral: Conhecer a concepção de saúde de pessoas com osteoartrose de joelho (OAJ) (gonartrose), que frequentam a consulta clínica de reumatologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). E objetivos específicos: Conhecer os principais fatores de risco de pessoas com diagnóstico de OAJ (gonartrose), que frequentam a consulta clínica de reumatologia da UNIVALI; Relacionar os fatores de risco com os sintomas e propor

um Programa de Educação em Saúde para essa população, com base na pesquisa convergente assistencial (PCA);

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa se caracterizou como uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas, questões abertas e com referencial metodológico construído a partir da teoria da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim⁴ (2004).

Após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), as pacientes foram convidadas para participar de uma entrevista individual. Antes de iniciar a entrevista, as participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa conhecendo os objetivos e a metodologia da mesma. Após concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas individuais aconteceram e as participantes foram questionadas a respeito, de seu conhecimento sobre a osteoartrose de joelho. Foram critérios de inclusão: pessoas que tinham diagnóstico de OAJ (gonartrose) unilateral ou bilateral; pacientes que frequentavam a consulta clínica de reumatologia; pessoas que concordaram e assinaram o TCLE.

As entrevistas foram gravadas através de um gravador digital marca Philips e transcritas para um arquivo. Os dados foram codificados e categorizados a partir da Análise do Conteúdo, proposta por Bardin⁵ (2010). Após a categorização e análise dos resultados, foi realizada a segunda etapa desta pesquisa: grupo de educação em saúde (Conversa Saudável). Nesta dinâmica foram abordados temas como origem da osteoartrose de joelho e fatores de risco desta patologia, como: o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo, os quais são descritos na literatura como sendo os grandes responsáveis pela retroalimentação das manifestações clínicas.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o estudo que segue, foram entrevistadas dez pacientes do sexo feminino com diagnóstico de OAJ, atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da UNIVALI no período de 24 de outubro de 2011 a 23 de abril de 2012, com duração média de 40 minutos.

A idade encontrada nas participantes foi de 65,5 anos em média. Mesmo sabendo que o processo de envelhecimento não está, necessariamente, ligado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre esta população. Sendo assim, atualmente a tendência é termos um número crescente de idosos que, apesar de viverem mais, apresentam um número maior de condições crônicas.⁶

Com relação ao peso corporal das participantes, a média de peso foi de 79,04 kg, sendo que o Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 33,38 (obesidade de grau I). Alguns estudos mostram que o IMC pode interferir na sintomatologia da OAJ, sendo os obesos com um maior risco de apresentar dor e dificuldades funcionais se comparados com indivíduos com peso normal.

Quanto ao hábito tabagista, 4 relataram nunca ter fumado, 4 pararam de fumar a mais de 10 anos e 2 ainda fumam. Quando considerada a atividade laboral, observou-se que 7 estão aposentadas por invalidez devido à OAJ, 1 está afastada e recebendo auxílio doença, 1 sempre foi dona de casa e 1 é pensionista.

Ao proceder a categorização dos resultados conforme Bardin (2010), foram elencadas três categorias principais comuns no discurso das participantes que serão discutidos a seguir.

Relacionando o tempo e a forma de manifestação dos sintomas iniciais

Todas as pessoas que participaram do estudo tiveram o diagnóstico da OA, através de um médico, sendo o tempo para esta consulta foi mais de um ano após um primeiro sintoma, que não foi considerado. As participantes não obtiveram o diagnóstico de OA inicialmente e consequentemente não realizaram o tratamento adequado após a primeira consulta médica que fizeram para tal.

“Depois eu procurei um médico, e eles acharam que era qualquer dor. Eles trataram mais ou menos um ano sem darem muita importância. Até que eu comecei a reclamar muito...e aí mandaram eu fazer uma...primeiro eu fiz um ultrassom, aí deu que era um cisto...um cisto de Becker. Aí deram o tratamento, mas continuou. Aí eu fiz uma ressonância e deu todo esse problema da artrose.” (Girasol)

A demora em procurar um médico e de se ter um diagnóstico fechado de osteoartrose é fator crucial para a boa ou não evolução e tratamento da doença. Se levarmos em consideração que todas as participantes se encaixam em diversos fatores de risco como: mulheres, obesas, sedentárias, idade média de 65,5 anos e queixa localizada na articulação do joelho, a osteoartrose deveria ser considerada como possível diagnóstico desde as primeiras consultas ao médico.

Outro dado importante relatado pelas pacientes deste estudo foi a demora em realizar exames de imagem, sendo que o primeiro tratamento realizado foi uso de analgésicos, que sem efeito, levaram a várias outras idas ao médico.

A média em anos de diagnóstico é de 15 anos, sendo que todas já se encontravam em estágio II e III de artrose, quando tiveram este fechado.

Sabe-se que se trata de uma doença crônica e de degeneração progressiva, entretanto a demora em se diagnosticar é fator delimitante para o quão intenso será o curso da doença. Quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, as alterações estruturais decorrentes da osteoartrose podem ser controladas e com menor ação nas incapacidades funcionais de seus portadores.

O conhecimento implícito de quem tem/sofre de osteoartrose e a compreensão a respeito de seus fatores de risco

Com relação ao conhecimento das pacientes sobre sua patologia, ficou bastante claro que existe uma grande falha no que se refere ao esclarecimento do diagnóstico. De todas as 10 entrevistadas, três sabiam o que era a osteoartrose, mesmo que de uma forma bastante simples.

“Os médicos me explicaram que...os meus ossos são cheios de cavernas, que tem desgaste nos ossos... e que isso não tem mais como consertar.... que eu posso ter algum alívio se colocar uma prótese. Eu também fui na internet e pesquisei e entendi um pouco mais a respeito” (Girasol).

Entre as dez mulheres entrevistadas, sete não sabiam o que era osteoartrose mesmo realizando tratamento há muitos anos. Esses dados são muito relevantes, pois entendemos que a partir do processo de conhecer a sua doença é que a pessoa pode dispor de formas de enfrentá-la.

Nogueira et al (2008)⁷, considera enfrentamento, todos os esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo, sendo esses esforços baseados nas experiências vividas por cada pessoa. Tais experiências podem ser consideradas positivas ou negativas. Sendo que a base para que aconteçam essas experiências é a possibilidade da pessoa conhecer e compreender o que ela tem, o que ela sente e com o que ela sofre.

“Nenhum médico que fui para ver esse meu joelho as dores as dificuldades que isso me causava, nenhum me disse o que significava o que eu tinha que cuidar a forma de tratar. Um médico me disse que eu que tinha que fazer fisioterapia... e me deu o remédio para tomar. A estagiária aqui é que está me explicando, que tem um líquido, e aí é quando acaba o líquido a articulação tem dificuldade para se movimentar e dói” (Rosa).

Durante as entrevistas, todas as pacientes demonstraram interesse em entender sua patologia, e sua desaprovação quanto a postura médica durante seu tratamento, relatando não ter vínculo com esse profissional.

O significado de ter saúde para quem tem/sofre com Osteoartrose

Backes et al (2008)⁸, referem que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença. Este conceito não praticável evoluiu, pois ter saúde é resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e principalmente, acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Scliar (2007)⁹ o conceito de saúde reflete o contexto social, econômico, político e cultural. Ou seja: saúde não possui a mesma representatividade para todos os indivíduos. Isto mudará de acordo com a época, o lugar, a classe social. Este conceito se alterará conforme os valores individuais e dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas, podendo ser tão variável como ao que consideramos doença.

Neste estudo quatro participantes relacionaram estar com saúde, com o fato de não sentir dor. Mostrando uma visão bastante interligada entre saúde e doença.

“Ter saúde para mim é não estar sentindo dor.” (Tulipa)

“Ter saúde é não sentir dor. Acordar bem, maravilhosa... é não senti dor. “E é difícil o dia que a gente não tem dor... ou seja , não tem saúde” (Orquídea).

Para Budó et al (2006)¹⁰ a dor é constituída em uma experiência privada e subjetiva, não sendo resultado apenas de características de lesão tecidual, mas que integra também fatores emocionais e culturais de cada indivíduo.

De acordo com Sarti (1999)¹¹ a dor como realidade social é simbolizada, ainda, mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. Dentro de uma mesma sociedade, os indivíduos são portadores de condições sociais diferenciadas. Pode haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social.

Em contrapartida, para seis pacientes participantes deste trabalho, a saúde esta relacionada em poder realizar suas atividades diárias sem restrições, da mesma forma como faziam antes de ter artrose. Diante dos achados desta pesquisa como: demora de diagnóstico, falta de conhecimento sobre a patologia, falta de entendimento sobre as técnicas existentes para tratá-la, limitação funcional, etc; constatou-se a real necessidade de aproveitar este momento para que as participantes se apropriassem de alguns conhecimentos a respeito de sua patologia e as suas implicações. Foi então instituído um programa de educação em saúde.

Utilizando uma proposta de Educação em Saúde para as pessoas com diagnóstico de osteoartrose de joelho com bases na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)

A estratégia utilizada pelas pesquisadoras foi a criação de um grupo de educação em saúde para pessoas com OAJ. Foi neste momento da pesquisa que ocorreu a devolutiva dos dados encontrados durante todo o processo de coleta e análise dos resultados.

A troca de experiência entre estas pessoas que passam ou que já passaram por situações semelhantes foi bastante valiosa, visto que eles entendem de forma mais efetiva as queixas e dúvidas existentes entre eles. O grupo todo já demonstrava uma relação muito próxima e participaram a todo instante relatando vivências e questionando sobre sua patologia.

Essa dinâmica em grupo foi muito interessante, principalmente pela troca existente entre os pacientes e os profissionais da área em que estavam sendo atendidos. Foi observado que os pacientes não queriam que essa atividade fosse encerrada e que todos estavam bastante satisfeitos em saber mais sobre a doença que possuem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste trabalho alguns apontamentos são importantes: chama a atenção o desconhecimento da população estudada a cerca de sua patologia e suas implicações. Além disso, a não comunicação dos profissionais de saúde que lidam com essa população. Quando iniciamos houve ainda muita dificuldade por parte da pesquisadora em realizar o agendamento e conseqüente comparecimento dos participantes convidados, parecidos que o que interessa ao paciente é somente o tratamento de forma convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Relatórios Técnicos do Perfil da População Brasileira**. São Paulo: 2002. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/relatorios_tecnicos/relatorios/RT_01_00.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2011.

2- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: Caderno de atenção Básica**. Brasília: DF, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2011.

3- MATOS, D. R.; ARAUJO, T.C.C.F. Qualidade de Vida e Envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 3, p. 511-518, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a12.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

4- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2 ed. Florianópolis : Insular, 2004.

5- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

6- ALVES L.C. et al. A influência das doenças na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, ago 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

7-NOGUEIRA, M. et al. As diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da dor crônica. **Revista Dor**. São Paulo, v.9, n.2, p.1242-1252, 2008. Disponível em: < http://www.dor.org.br/revistador/dor/2008/volume_9/n%C3%BAmero_2/pdf/Volume_9_n_02_Pags_1242_a_1252.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.

8-BACKES, M. T. S. et al. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=513371&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

9-SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

10-BUDÓ, M. L. D. *et al.* A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n.1, p.36-43, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a04.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2012.

11-SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.10, n.1, p.3-13, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2012.

Rua São Francisco 1339-E , Presidente Médice,
Chapecó-SC, Brasil. CEP: 89 801-328.