

Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho

Factors associated to quality of life among elderly with knee osteoarthritis

Tiago da Silva Alexandre¹, Renata Cereda Cordeiro², Luiz Roberto Ramos³

Estudo desenvolvido no Depto. de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

- ¹ Fisioterapeuta; Prof. Ms. do Depto. de Fisioterapia da Universidade de Taubaté, SP, Brasil
- ² Fisioterapeuta Ms.; Coordenadora geral do setor de Reabilitação Gerontológica do Lar Escola São Francisco, vinculado à EPM/Unifesp
- ³ Médico; Prof. Dr. titular do Depto. de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tiago da Silva Alexandre
R. José Gonçalves 73 Parque Industrial
12237-710 São José dos Campos SP
e-mail: tsfisioalex@gmail.com

APRESENTAÇÃO jan. 2008

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
nov. 2008

RESUMO: O estudo visou investigar se a qualidade de vida (QV) de idosos com osteoartrite (OA) de joelho pode ser influenciada por fatores sociodemográficos e/ou por parâmetros clínicos e funcionais gerados pela doença. A uma amostra de 40 idosos atendidos em ambulatório de reabilitação gerontológica na cidade de São Paulo foi aplicado o questionário de QV 36-Item Short-Form Survey (SF-36). A funcionalidade, a rigidez articular e a dor foram medidas pelo Womac – Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index; os dados sociodemográficos, as variáveis clínicas e o uso de recursos físicos e medicamentosos para controle da dor foram obtidos por questionário complementar. A análise de regressão linear mostrou relação independente entre o domínio funcionalidade do Womac e seis domínios do SF-36 ($p < 0,05$). São determinantes de pior QV na amostra estudada a dificuldade na realização de atividades funcionais, usar dispositivo de auxílio à marcha, apresentar comprometimento articular bilateral, o recurso a diversos meios para alívio da dor, bem como a baixa escolaridade e o fato de morar com outro de sua geração ($r = 0,3$; $p < 0,05$). As atividades funcionais mais comprometidas foram as que envolvem a flexo-extensão de joelho e descarga de peso na articulação afetada. Fatores tanto sociodemográficos como clínicos e funcionais gerados pela OA influenciaram negativamente a QV de idosos com OA de joelho.

DESCRIPTORES: Idoso; Osteoartrite do joelho; Qualidade de vida

ABSTRACT: This study inquired whether quality of life (QoL) among elderly patients with knee osteoarthritis (OA) may be influenced by sociodemographic and/or clinic and functional factors. A sample of 40 elderly outpatients from a gerontological rehabilitation service in Sao Paulo answered the Brazilian version of the 36-Item Short Form Survey (SF-36). Functionality, joint stiffness and pain were assessed by the Womac – Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index. Further data on sociodemographic and clinical features, including pain-relieving strategies, were obtained by a complementary questionnaire. By means of linear regression analysis, an independent relationship was found between the Womac functionality domain and six SF-36 domains ($p < 0.05$). In the studied sample, poor QoL was found to be correlated to difficulty in functional activities, using a gait assistive device, to present bilateral knee impairment, to resort to several means to relieve pain, as well being illiterate and living with another elderly ($r = 0.3$; $p < 0.05$). The most impaired functional activities were those that involve knee flexion and extension, and weight support on the affected limb. Both sociodemographic and clinical, functional factors generated by OA negatively influenced QoL of elderly patients with knee OA.

KEY WORDS: Aged; Osteoarthritis, knee; Quality of life

INTRODUÇÃO

O processo de transição epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos em países desenvolvidos e em desenvolvimento transformou o paradigma de saúde, fazendo com que, hoje, doenças crônicas e degenerativas como a osteoartrite (OA) – que afeta frequentemente a população idosa – assumam papel de destaque. A capacidade funcional (CF), por ser afetada diretamente por essa doença, tornou-se um importante meio de avaliar a autonomia e a independência do idoso¹.

A OA é uma doença articular crônica, caracterizada por dor e limitações funcionais; é a mais comum queixa musculoesquelética no mundo hoje². A prevalência de OA de joelho em idosos é de 12,2%, sendo a idade avançada, a obesidade, a sobrecarga mecânica articular e a fraqueza muscular os principais fatores de risco para seu desenvolvimento³. A dor ao subir e descer escadas e ao deambular, associada à rigidez matinal, são as principais queixas com repercussões no estilo de vida e nas características psicossociais desses pacientes³. Embora muitas pesquisas focalizem a dor e a incapacidade física, há um crescente interesse em mensurar o impacto dessa doença na qualidade de vida (QV), principalmente na população idosa⁴.

A QV refere-se à “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais”⁵. Trata-se de um conceito multidimensional, com componentes objetivos e subjetivos que podem se inter-relacionar, variando de acordo com o tempo, a idade, o gênero, a raça, a cultura, a presença de doenças, o estado financeiro e a relação com a sociedade⁶. Assim, a QV refere-se a quatro domínios: ambiente, capacidade comportamental (incluindo saúde), percepção da QV, e bem-estar psicológico (incluindo satisfação com a vida). Condições intra e extra-pessoais a influenciam: saúde, capacidade funcional e mecanismos de auto-aceitação são consideradas condições internas, enquanto ambiente, trabalho, condição de moradia e suporte

social são consideradas condições externas⁷.

O bem-estar pode ser influenciado por dor ou sofrimento físico e psicológico. Pessoas com dor crônica usam basicamente duas estratégias de enfrentamento: a “reação passiva” ou o “pensamento tranquilizador”. O primeiro comportamento pode ser considerado como negativo, resultando talvez em maior utilização de serviços de saúde. Já o segundo pode ser considerado como positivo, pois esses indivíduos acreditam que sua condição clínica e funcional poderia ser pior⁸.

Sabe-se que em doenças crônicas e degenerativas o maior desafio terapêutico é a mudança de comportamento frente à deficiência; e que a dor crônica, a incapacidade e a maneira como a pessoa enfrenta os problemas podem afetar negativamente a QV⁸. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi 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.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal analítico, com amostra de conveniência constituída por 40 idosos, de ambos os sexos, atendidos no centro de reabilitação e no Ambulatório de Doenças Osteoarticulares ligados à disciplina de Geriatria da EPM/Unifesp – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Foram incluídos idosos com OA de joelho, uni ou bilateral, confirmada clínica e radiologicamente por um médico, de acordo com os critérios do American College of Rheumatology⁹, excluía a presença de outra patologia de ordem reumatológica; foram incluídos aqueles com deambulação independente, com ou sem dispositivo de auxílio à marcha, e dor em um ou ambos os joelhos com frequência constante ou intermitente nos últimos seis meses. Foram critérios de exclusão: cirurgia prévia de joelho devido à OA; artroplastia de quadril ou joelho; locomoção exclusiva por cadeira de rodas; seqüelas de acidente vascular encefálico; doença de Parkinson, Alzheimer ou outros tipos

de deficiência cognitiva. Todos os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade.

Para avaliar a qualidade de vida, dor, rigidez articular e atividades funcionais, foram aplicados questionários sob a forma de entrevista na sala de espera do centro de reabilitação e do ambulatório, na ausência de qualquer outra pessoa a não ser o entrevistador e o idoso, enquanto os idosos aguardavam seu atendimento regular.

Para a avaliação da QV foi utilizada a versão brasileira do questionário genérico SF-36 – Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. Esse instrumento foi recomendado pela Liga Internacional de Associações de Reumatologia e pela Sociedade de Pesquisas em OA como o mais adequado instrumento de avaliação genérica de saúde para o acompanhamento de populações com OA de joelho, além de ter se mostrado um instrumento adequado para a população idosa^{10,11}. Os itens são agrupados em oito domínios cujo escore varia de 0 a 100 e, quanto mais alta a pontuação total, melhor a qualidade de vida.

Para avaliar dor, rigidez articular e funcionalidade foi utilizado o questionário específico para OA Womac – Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index¹², também em sua versão brasileira¹³. Este registra a percepção de dor, rigidez articular e funcionalidade com base nas 48 horas que antecedem sua aplicação; a pontuação, em escala tipo Likert, varia de 0 a 4 e, quanto mais elevado o escore, pior a dor, a rigidez articular e a funcionalidade.

A percepção de dor, referente às últimas 24 horas, também foi avaliada por uma escala visual analógica (EVA) em três situações: durante o movimento, à noite e em repouso; medida em cm de 0 a 10, escores elevados indicam dor mais intensa.

Dados sociodemográficos e clínicos como sexo, estado civil, estrutura familiar, escolaridade, situação previdenciária e ocupacional, condição de moradia, renda pessoal, uso de medica-

mentos, tempo de dor, fatores que melhoram a dor e co-morbidades foram obtidos por meio de um questionário estruturado pelo pesquisador. As co-morbidades foram relatadas pelos idosos, exceto depressão, que foi confirmada por diagnóstico médico registrado no prontuário do paciente, dada sua importância e interferência na QV.

Foi realizada análise descritiva simples, envolvendo medidas de tendência central e dispersão. Para testar a associação entre a pontuação nos domínios do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, clínicas, os escores nos três domínios do Womac, de dor nas três EVAs e os demais dados clínicos obtidos, foram usados: o coeficiente de correlação de Pearson (correlações presentes, positivas ou negativas, foram consideradas fracas se $=0,3|r|<0,5$; moderadas, se $=0,5|r|<0,7$; e fortes, se $|r|=0,7$); o teste t para amostras não-relacionadas; e a análise de variância (Anova). Em seguida, conduziu-se análise de regressão linear múltipla, onde as variáveis estrutura familiar e escolaridade foram divididas em subgrupos identificados pelos

números 0 e 1 (*dummy-variables*) para participarem do modelo estatístico. O nível de significância para todos os testes foi fixado em 0,05.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se praticamente só de mulheres (97,5%, apenas um homem), com idade média de 73 e desvio padrão (DP) de seis anos, sendo a idade mínima encontrada 60 anos e a máxima 88 anos, sem vida conjugal (65%). Em relação à escolaridade, 57,5% tinham de um a quatro anos de estudo. Quanto à estrutura familiar, 57,5% residiam com família multigeracional e em casa própria.

O número médio de co-morbidades foi de 6,88, com DP de 2,6. A hipertensão arterial sistêmica estava presente em 65% da amostra, seguida por dislipidemia (30%), osteoporose, quedas, obesidade e fibromialgia (22,5%). O número médio de medicamentos utilizados pelos idosos era $4,2\pm 2,0$.

O tempo em anos de dor relatada no joelho foi de $8,5\pm 6,9$ anos. Para reduzir a dor, 15% dos idosos usavam calor, 20% gelo, 20% repouso e 62,5%, analgésicos. O comprometimento da OA era bilateral em 52,5% dos sujeitos. Recorriam a dispositivo de auxílio à marcha 25% dos participantes.

O questionário Womac evidenciou maior ocorrência de dor ao subir e descer escadas (87,5%), ao ficar em pé (85%), ao caminhar em superfície plana (77,5%) e ao sentar e deitar (75%); maior ocorrência de rigidez após acordar de manhã (80%) e após sentar-se, deitar-se ou descansar (72,5%); maior dificuldade em entrar e sair do carro (97,5%), ao realizar tarefas domésticas pesadas (92,5%), ao descer escadas (87,5%), ao curvar-se para tocar o chão (87,5%) e ao subir escadas (82,5%).

Devido à distribuição heterogênea, as variáveis sexo, situação previdenciária e renda pessoal não foram incluídas nos testes preliminares de correlação com os domínios do SF-36. As médias de pontuação obtidas no SF-36 em função

Tabela 1 Qualidade de vida (pontuação média nos domínios do SF-36) em função das variáveis sociodemográficas

Variável	Categoria	Média de pontuação nos domínios do SF-36							
		CF	AF	Dor	EGS	V	AS	AE	SM
Sexo	Masculino n=1	40,0	100	41,0	97,0	85,0	100,0	100,0	92,0
	Feminino n=39	42,9	39,4	46,0	62,5	54,1	64,4	67,5	59,5
Estado civil	Com vida conjugal n=14	39,6	41,1	44,9	64,1	50,0	63,4	61,9	57,7
	Sem vida conjugal n=26	44,6	41,3	46,4	62,9	57,5	66,3	71,8	61,7
Estrutura familiar	Vive só n=10	51,5	45,0	55,2*	74,5	60,5	70,0	70,0	68,4
	Com outro de sua geração n=7	41,9	21,9	27,4*	64,4	46,3	43,8	58,3	52,0
	Em família multigeracional n=23	39,3	46,6	48,4*	57,9	55,5	71,0	71,2	59,6
Escolaridade	Analfabeto n=4	27,5	0,0	23,3*	49,8	56,3	31,3	25,0	28,0*
	1 a 4 anos n=23	44,8	44,6	52,0*	63,0	56,7	72,8	72,5	64,0*
	5 e + anos n=13	44,2	48,1	42,0*	68,1	51,2	62,5	74,4	63,7*
Situação previdenciária	Aposentado n=26	45,6	45,2	46,5	63,9	56,2	67,3	64,1	60,2
	Pensionista n=10	35,5	27,5	40,0	62,6	54,0	58,8	73,3	60,0
	Outros n=4	43,8	50,0	56,5	61,5	48,8	68,8	83,3	62,0
Situação ocupacional	Aposentado ou trabalha n=8	38,8	62,5	46,8	64,0	51,3	76,6	83,3	63,0
	Dona de casa n=32	43,9	35,9	45,7	63,2	55,8	62,5	64,6	59,6
Condição de moradia	Moradia própria n=23	42,2	43,5	44,6	62	52,6	57,6	65,2	54,3*
	Alugada ou cedida n=17	43,8	38,2	47,6	65,1	57,9	75,7	72,5	68,5*
Renda pessoal	Sem renda n=5	49,0	40,0	47,6	64,6	42,0	57,5	66,7	60,0
	1 a 3 salários mínimos n=31	41,6	35,5	46,3	62	55,3	65,3	64,5	60,8
	4 a 6 salários mínimos n=4	45,0	87,5	40,8	72,0	67,5	75,0	100,0	57,0
Média		42,9	41,3	45,9	63,3	54,9	65,3	68,3	60,3
DP		23,1	42,9	20,7	23,8	19,3	33,2	41,3	21,8

CF = capacidade funcional; AF = aspecto físico; EGS = estado geral de saúde; V = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspecto emocional; SM = saúde mental; DP = desvio padrão; * $p=0,05$

das variáveis sociodemográficas e clínicas estão dispostas nas Tabelas 1, 2 e 3.

A análise preliminar mostrou correlações negativas (de moderadas a fortes) entre o domínio funcionalidade do Womac e os domínios capacidade funcional (CF), aspecto físico (AF), dor, estado geral de saúde (EGS), aspectos sociais (AS) e saúde mental (SM) do SF-36 (Tabela 3) ou seja, quanto maior o escore no domínio funcionalidade do Womac, mais negativa a percepção da interferência desses domínios do SF-36 na qualidade de vida. Também foram encontradas correlações moderadas

entre o maior uso de medicamentos e a pior pontuação no domínio dor do SF-36; entre os escores na EVA de dor à noite e do domínio EGS do SF-36, bem como na EVA de dor ao repouso e do domínio aspecto emocional (AE) do SF-36.

Usar dispositivo de auxílio à marcha correlacionou-se com mais baixos escores nos domínios CF, AF e dor do SF-36 (Tabela 2). Ter comprometimento bilateral dos joelhos e usar gelo para diminuir a dor e apresentaram correlação com a percepção de menor vitalidade; e usar calor para aliviar a dor, com menor pontuação no domínio AE do SF-36.

Foi encontrada correlação entre a estrutura familiar e o domínio dor do SF-36: os que moravam sozinhos tiveram menor pontuação nesse domínio quando comparados aos que vivem em família multigeracional ou com outro de sua geração. A escolaridade e a condição de moradia apresentaram correlação com pior escore no domínio SM, sendo os idosos analfabetos e moradores em casa própria aqueles com pior pontuação nesse domínio.

A análise de regressão linear múltipla permite supor uma relação de causa-efeito entre duas variáveis, de tal forma que uma variável pode ser predita a

Tabela 2 Qualidade de vida (pontuação média nos domínios do SF-36) em função das variáveis clínicas

Variável	Categoria	Média de pontuação nos domínios do SF-36							
		CF	AF	Dor	EGS	V	AS	AE	SM
Repousa para reduzir a dor	Sim n=8	49,4	50,0	56,3	76,8	56,3	73,4	79,2	68,0
	Não n=32	41,3	39,1	43,3	60	54,5	63,3	65,6	58,4
Usa medicação para reduzir a dor	Sim n=25	40,4	42,0	43,4	59,8	52,4	63,0	73,3	58,4
	Não n=15	47,0	40,0	49,9	69,2	59,0	69,1	60,0	63,5
Usa gelo para reduzir a dor	Sim n=8	32,5	21,9	39,1	62,8	38,1*	50,0	45,8	54,0
	Não n=32	45,5	46,1	47,6	63,5	59,1*	69,1	74,0	61,9
Usa calor para reduzir a dor	Sim n=6	30,0	16,7	39,8	52,2	45,0	41,7	22,2*	46,0
	Não n=34	45,1	45,6	46,9	65,3	56,6	69,5	76,5*	62,8
Usa dispositivo de auxílio à marcha	Sim n=10	25,0*	12,5*	28,9*	55,4	49,0	46,3*	36,7*	52,8
	Não n=30	48,8*	50,8*	51,5*	66,0	56,8	71,7*	78,9*	62,8
Comprometimento em membros inferiores	Unilateral n=19	53,2*	46,1	54,7*	68,2	62,1*	76,3*	71,9	68,2*
	Bilateral n=21	33,6*	36,9	37,9*	59,0	48,3*	55,3*	65,0	53,1*
Depressão	Sim n=7	43,6	35,7	41,6	57,6	47,9	53,6	52,3	49,1
	Não n=33	42,7	42,4	46,8	64,5	56,4	67,8	71,7	62,6
Média		42,9	41,3	45,9	63,3	54,9	65,3	68,3	60,3
DP		23,1	42,9	20,7	23,8	19,3	33,2	41,3	21,8

CF = capacidade funcional; AF = aspecto físico; EGS = estado geral de saúde; V = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspecto emocional; SM = saúde mental; DP = desvio padrão; * $p=0,05$

Tabela 3 Correlação (r) entre os escores (média e desvio padrão) nos domínios do Womac, de dor, medicamentos, diagnósticos e as médias nos domínios do SF-36

Variável	Média	DP	Correlação com as médias nos domínios do SF-36							
			CF	AF	Dor	EGS	V	AS	AE	SM
Dor (Womac)	1,69	0,86	-0,7*	-0,4†	-0,6‡	-0,5†	-0,2	-0,5†	-0,2	-0,6‡
Rigidez articular (Womac)	1,62	1,04	-0,6‡	-0,2	-0,5†	-0,4†	-0,04	-0,3	-0,06	-0,5†
Funcionalidade (Womac)	1,60	0,87	-0,8*	-0,5‡	-0,6‡	-0,6‡	-0,2	-0,5‡	-0,3†	-0,6‡
Dor (EVA) ao movimento	5,35	0,49	-0,6‡	-0,3	-0,4†	-0,4†	-0,2	-0,4†	-0,3	-0,4†
Dor (EVA) à noite	4,33	0,51	-0,5‡	-0,2	-0,4†	-0,6‡	-0,2	-0,3†	-0,2	-0,3†
Dor (EVA) ao repouso	2,97	0,50	-0,5‡	-0,3	-0,5†	-0,5†	-0,2	-0,5†	-0,4†	-0,4†
Número de medicamentos	4,18	2,01	-0,2	-0,3	-0,5†	-0,3†	-0,1	-0,4†	0,1	-0,3
Nº de hipóteses diagnósticas	6,88	2,57	0,1	-0,2	0,1	-0,1	-0,1	0,01	<0,001	0,05

Correlação: * $r \geq 0,7$; † $\geq 0,3$ $r < 0,5$; ‡ $\geq 0,5$ $r < 0,7$; DP = desvio padrão; CF = capacidade funcional; AF = aspecto físico; EGS = estado geral de saúde; V = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspecto emocional; SM = saúde mental

DISCUSSÃO

partir de outra ou outras. No presente estudo, supõe o quanto a QV (medida pelo SF-36) poderia variar segundo as mudanças nas demais variáveis. Essa estimativa é determinada pelo valor do coeficiente β , que indica quanto os escores de QV aumentam ou diminuem de acordo com a mudança do comportamento das demais variáveis.

O aumento de um ponto no escore do domínio funcionalidade (Womac) indica perda de 19,72 pontos no escore do domínio CF do SF-36 ($p < 0,001$); 21,12 no domínio AF ($p = 0,004$); 11,11 no domínio dor ($p < 0,001$); 11,4 no domínio EGS ($p = 0,004$); 19,58 no domínio AS ($p = 0,001$); e 11,65 pontos no domínio SM ($p < 0,001$).

Quanto à influência da pontuação nas EVAs de dor sobre os escores do SF-36, o aumento de um ponto na EVA de dor à noite levaria à perda de 2,63 pontos no escore do domínio EGS ($p = 0,012$); e um ponto a mais na EVA de dor ao repouso, à perda de 4,36 pontos no domínio AE ($p = 0,02$). O aumento no consumo de um medicamento implicaria perda de 2,23 pontos no domínio dor ($p = 0,042$).

Os idosos que não utilizam dispositivo de auxílio à marcha apresentaram 13,98 pontos a mais no escore do domínio CF ($p = 0,005$); 27,78 a mais no escore do domínio AF ($p = 0,049$) e 12,7 a mais no escore do domínio dor. Os que não utilizam gelo para diminuir a dor tiveram 21,38 pontos a mais no domínio vitalidade ($p = 0,002$), os que não utilizam calor apresentaram 46,09 pontos a mais no domínio AE ($p = 0,006$). Aqueles com comprometimento bilateral de joelhos apresentaram 14,2 pontos a menos no escore do domínio vitalidade ($p = 0,009$).

Quanto às variáveis sociodemográficas, os analfabetos e aqueles que tinham até quatro anos de escolaridade apresentaram 23,86 pontos a menos no domínio SM do SF-36 ($p = 0,011$) quando comparados aos que têm cinco anos ou mais de estudo. Os que vivem sozinhos ou com família multigeracional apresentaram 17,02 pontos a mais no domínio dor ($p = 0,002$) quando comparados aos que vivem com outra pessoa de sua geração.

O fato de a amostra estudada apresentar alto número de co-morbidades corrobora os dados de Van Dijk e colaboradores¹⁴, segundo os quais idosos com OA têm maior risco de desenvolvê-las; o número de co-morbidades foi associado ao pior desempenho nos domínios funcionalidade do Womac e capacidade funcional do SF-36¹⁶. Apesar de essa associação não ter sido encontrada no presente estudo, neste o domínio do SF-36 que mais interfere na qualidade de vida foi justamente a capacidade funcional prejudicada.

A dor, o processo inflamatório, a degeneração e a rigidez articular ocasionadas pela doença, deficiências musculoesqueléticas presentes nos pacientes com OA, promovem incapacidades em atividades funcionais relacionadas à flexo-extensão de joelho e à constante descarga de peso na articulação, conforme observado nos relatos de dificuldade nas atividades de subir e descer escadas, permanecer em pé e caminhar. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Jinks e colaboradores¹⁵, no qual 25% dos idosos apresentavam dor ao subir e descer escadas, seguida de 12% ao permanecer em pé e 11% ao caminhar.

A dificuldade na realização de atividades funcionais foi avaliada pelo domínio funcionalidade do questionário Womac. A relação negativa entre os escores nesse domínio e nos domínios CF, AF, dor e EGS do SF-36 sugere que, quanto maior a dificuldade do idoso em realizar atividades de vida diária (AVD), pior sua percepção em importantes domínios da QV. O uso de dispositivo de auxílio à marcha reflete-se em pior percepção da atividade física e dor na avaliação da QV. Os idosos acreditam que apresentar dificuldades ao realizar atividades funcionais é indicativo de saúde ruim e decrepitude, sendo o uso de dispositivos um indicador direto de incapacidade¹⁶.

A dor e as incapacidades prejudicam a mobilidade, resultando em desvantagem e piora da integração social. Maly e Krupa¹⁷, em seu estudo qualitativo sobre a experiência de idosos vivendo com OA, relatam que eles restringem sua

mobilidade, principalmente quando a dor está exacerbada, deixando de realizar suas atividades sociais rotineiras, aumentando o risco de isolamento social. Neste estudo, isso pôde ser observado pela relação entre a funcionalidade avaliada pelo questionário Womac e a percepção da interferência dos aspectos sociais (no SF-36) na qualidade de vida.

A dor e a dificuldade nas AVD, dependência física, restrição à mobilidade e à integração social geradas pelas incapacidades aumentam a ansiedade, o desânimo e podem culminar no aparecimento da depressão¹⁸. A incapacidade leva os idosos à pior percepção de saúde mental, seja porque apresentam dor ou porque a dor persistente desencadeou um processo depressivo. A depressão e a ansiedade podem intensificar os efeitos da OA por aumentarem a dor, as limitações funcionais e diminuir a adesão a tratamentos medicamentosos⁸. Parmelee e colaboradores¹⁹ mostraram que, inicialmente, a relação da depressão com incapacidade funcional é mediada pela dor; em contrapartida, a atividade e a participação social são independentemente associadas à depressão. Após um ano, os sintomas depressivos aumentaram com o aumento dos problemas de saúde e com a redução da participação social. Neste estudo, não foi encontrada associação entre depressão e QV, o que pode ser explicado pela limitação da fonte de informações referentes à depressão, coletadas em prontuários com esse diagnóstico médico, independente do período em que lhe fora atribuído. Em razão de critérios diagnósticos de depressão pouco definidos e discrepância temporal entre esse dado e a avaliação da QV, assume-se a limitação da impossibilidade de atribuir relações de determinação entre depressão e QV.

O maior número de medicamentos utilizados relacionou-se à percepção de pior interferência da dor na QV. O recurso a medicamentos, mesmo sem prescrição médica, é uma estratégia muito usada para controlar a dor em idosos com OA²⁰. Os idosos da amostra estudada não tomavam apenas medicamentos para a dor, mas também para controlar doenças crônicas, o que nos leva a supor que a relação verificada não

decorra do uso exclusivo de analgésicos ou antiinflamatórios. Não houve controle dessa variável (tipo de medicação), o que constitui uma limitação do presente estudo, prejudicando a interpretação dessa relação encontrada.

Elevada pontuação na EVA de dor à noite correlacionou-se com percepção de pior EGS, assim como elevada pontuação na EVA da dor ao repouso com pior percepção do AE. O processo inflamatório relacionado à OA muitas vezes está associado a edema articular, rigidez matinal e dor no período noturno. A dor noturna e ao repouso têm impacto negativo direto na qualidade do sono dos idosos. O fato de a insônia estar associada à dor implica irritabilidade, pior percepção da função emocional e, portanto, de pior estado geral de saúde⁸. Considerando o peso de fatores psicológicos na percepção de bem-estar geral, pode-se inferir que a presença de dor pode interferir negativamente na percepção da função emocional (aspecto psicológico)²¹.

Foi observada uma discrepância entre os escores encontrados no domínio dor do questionário Womac e nas EVAs. Isso pode ser explicado pois neste estudo a EVA foi aplicada referindo-se a três situações (movimentação, noite e repouso) distintas daquelas avaliadas pelo Womac – caminhando, subindo e descendo escadas, deitado na cama, sentado ou deitado e ficando em pé.

O fato de morar sozinho/a pareceu estar relacionado à melhor capacidade

de lidar com a dor. Idosos parecem preferir morar em suas próprias casas, pois morar com outros é vinculado à perda de privacidade e autonomia, sendo percebido como ameaça à integridade pessoal²². A própria autonomia faz com que utilizem estratégias comportamentais para regular, tolerar ou minimizar o distresse psicológico gerado pela dor. Outra possível explicação de que esses idosos que moram só apresentam melhor QV seria a presença de OA menos grave e, portanto, de menos dor e incapacidade.

Também é possível supor que usar gelo ou calor, ou mais medicamentos, para aliviar a dor seja um indicativo de dor mais intensa, talvez de OA mais grave, o que justificaria as relações encontradas entre essas variáveis e a percepção de pior QV.

No presente estudo não se avaliou a gravidade clínica e radiológica da OA, pois diversos estudos têm demonstrado que a radiografia de joelho é um guia impreciso quando a dor articular e a incapacidade estão presentes²³. Esta é uma limitação deste estudo; futuras pesquisas devem buscar incluir o grau de gravidade do acometimento.

A escolha dos instrumentos utilizados baseou-se na classificação de instrumentos de QV em genéricos e específicos. Os perfis de saúde são instrumentos genéricos (psicométricos), que buscam medir os aspectos importantes da QV. Os instrumentos específicos (clínimétricos) centram sua avaliação em aspectos do estado de saúde, podendo ser espe-

cíficos para uma doença, para uma função ou para um problema. O Womac, embora concebido como um instrumento clinimétrico, não foi validado em dois dos cinco domínios de sua concepção original (domínios emocional e social), o que limita sua classificação¹². Por essa razão, o Womac foi utilizado somente para avaliar a percepção de dor, rigidez articular e funcionalidade. O impacto dessas deficiências, incapacidades e desvantagens na QV foi avaliado pelo SF-36, instrumento psicométrico.

CONCLUSÃO

Este estudo confirma que as atividades funcionais mais comprometidas nos idosos com OA de joelho são as que envolvem a flexo-extensão de joelho e descarga de peso na articulação afetada. Coerentemente, a dificuldade na realização de atividade física, a redução da capacidade funcional foram os fatores que mais interferiram na QV na amostra estudada; outros determinantes de pior QV foram usar dispositivo de auxílio à marcha, apresentar comprometimento articular bilateral, apresentar maior queixa de dor à noite e ao repouso, recorrer a maior número de medicamentos, a gelo e calor para aliviar a dor, bem como a baixa escolaridade e o fato de morar com outra pessoa de sua geração. Foi possível verificar que tanto fatores sociodemográficos como fatores clínicos e funcionais gerados pela OA influenciaram negativamente a QV de idosos com OA de joelho.

REFERÊNCIAS

- 1 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8.
- 2 Hinman RS, Bennell KL, Metcalf BR, Crossley KM. Delayed onset of quadriceps activity and altered knee joint kinematics during stair stepping in individuals with knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:1080-6.
- 3 Cecchi F, Mannoni A, Molino-Lova R, Ceppatelli S, Benvenuti E, Bandinelli S, et al. Epidemiology of hip and knee pain in a community-based sample of Italian persons aged 65 and older. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16:1039-46.
- 4 Keenan AM, Mckenna SP, Doward LC, Conaghan PG, Emery P, Tennant A. Development and validation of a needs-based quality of life instrument for osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2008;59(6):841-8.
- 5 OMS – Organização Mundial da Saúde. The World Health Organization quality of life assessment. Geneva, 1995.
- 6 Faden R, German PS. Quality of life: considerations in geriatrics. *Clin Geriatr Med*. 1994;10:541-51.
- 7 Lawton, M. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren J, Lubbenj RJ, Detchman D, editors. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academic Press; 1991. p.3-27.
- 8 Hopman-Rock M, Kraaiaat FW, Bijlsma JWJ. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Qual Life Res*. 1997;6:67-76.
- 9 Altman R, Asch E, Bloch D, Bole D, Borenstein K, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 1986;29:1039-49.
- 10 Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey" (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- 11 Dieppe P, Altman R, Lequesne M, Menkes J, Pelletier JP, Pelletier-Martel J. Osteoarthritis of the knee: report of a task-force of the International League of Associations For Rheumatology and the Osteoarthritis Research Society. *JAGS* 1997;45:850-2.
- 12 Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of Womac: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. 1988;15:1833-40.
- 13 Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de QV específico para osteoartrose Womac – Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index – para a língua portuguesa [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2002.
- 14 Van Dijk GM, Veenhof C, Schellevis F, Hulsmans H, Bakker JPI, Arwert H, et al. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC Musculoskel Disord*. 2008;9(1):95-.
- 15 Jinks C, Ong BN, Richardson J. A mixed methods study to investigate needs assessment for knee pain and disability: population and individual perspectives. *BMC Musculoskel Disord*. 2007;8:59-.
- 16 Vrandenburg JA, Simoes EJ, Thompson JJ, Murary T. The prevalence of arthritis and activity limitation and their predictor in Missouri. *J Community Health*. 2002;27(2):91-107.
- 17 Maly MR, Krupa T. Personal experience of living with knee osteoarthritis among older adults. *Disabil Rehabil*. 2007;29(18):1423-33.
- 18 Tsai PF, Tak S, Moore C, Palencia I. Testing a theory of chronic pain. *J Adv Nursing*. 2003;43(2):158-69.
- 19 Parmelee PA, Harralson TL, Smith LA, Schumacher HR. Necessary and discretionary activities in knee osteoarthritis: do they mediate the pain-depression relationship? *Pain Med*. 2007;8(5):449-61.
- 20 McCarberg BH, Herr KA. Osteoarthritis: how to manage pain and improve patient function. *Geriatrics*. 2001;56(10):14-24.
- 21 Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1025-33.
- 22 Geib S. Associação entre capacidade funcional e QV de idosos da comunidade que moram sozinhos no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- 23 Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskel Disord*. 2008;9:116-27.