

Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho

Quality of life and functional capacity of elderly women with knee osteoarthritis

Janice Chaim Alves¹, Debora Pastore Bassitt¹

RESUMO

Objetivo: Relacionar capacidade funcional e qualidade de vida de idosas com osteoartrite do joelho. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 40 idosas com osteoartrite do joelho. Foram aplicados os seguintes formulários: Questionário de Identificação, Questionário para Osteoartrite *Western Ontário and McMaster Universities* e Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD, sigla em inglês). Definiu-se nível de significância de 0,05 (5%) e intervalo de confiança de 95%. Foram utilizados testes estatísticos paramétricos, análise descritiva, teste de igualdade de duas proporções, correlação de Pearson, teste de correlação e teste de ANOVA. **Resultados:** Com idade média de 74,1 ($\pm 6,7$) anos, 47,5% dos pacientes tinham osteoartrite nos dois joelhos. Apresentaram dor moderada: 45% ao caminhar em lugar plano; 40% sentando-se, deitando-se e deitado; 55% apresentaram dor intensa ou muito intensa ao subir ou descer escadas; 50% relataram rigidez articular moderada após sentar, deitar e repousar; e 65% relataram pouca ou moderada rigidez após acordar. Na função física, 60% apresentaram dificuldade moderada ou intensa para descer escadas; 67,5% para subir escadas; 60% relataram dificuldade intensa ou muito intensa para entrar e sair do carro; e 70% para fazer tarefas domésticas pesadas. A correlação do WHOQOL-OLD com o Questionário para Osteoartrite *Western Ontário and McMaster Universities* foi negativa e não significativa – exceto em “autonomia”, que foi significativa. Idosas sedentárias e que usam dispositivo de auxílio à marcha apresentaram pior capacidade funcional no Questionário para Osteoartrite *Western Ontário and McMaster Universities*, sem significância estatística. No WHOQOL-OLD, voluntárias tiveram maior pontuação em “participação social” e praticantes de atividade física, em “autonomia”, com diferença estatisticamente significativa em relação às não voluntárias e às sedentárias, respectivamente. **Conclusão:** É possível ter uma boa qualidade de vida mesmo com o comprometimento funcional gerado pela osteoartrite do joelho.

Descritores: Qualidade de vida; Osteoartrite do joelho; Idoso; Saúde do idoso; Doença crônica

ABSTRACT

Objective: To correlate functional ability and quality of life of elderly women with knee osteoarthritis. **Methods:** Cross-sectional study composed of 40 elderly women with knee osteoarthritis. We used the following instruments: identification questionnaire, Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC), and World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD). The significance level was 0.05 (5%), and confidence intervals were 95%. For statistical analysis we used parametric statistical tests, descriptive analysis, test for equality of two proportions, Pearson's correlation, correlation test, and analysis of variance. **Results:** The mean age (\pm standard deviation) was 74.1 (± 6.7) years, and 47.5% of patients had osteoarthritis in both knees. Moderate pain was reported by 45% of patients when they walked on a flat plane and 40% when they were seated or lying down; 55% had severe or very severe pain when climbing or descending stairs; 50% reported moderate joint stiffness after sitting, lying, or resting; and 65% reported moderate or little stiffness after waking. In physical function, 60% of patients had moderate or severe difficulty in descending stairs and 67.5%, when climbing stairs; 60% reported severe or very severe difficulty in getting in and out of the car, and 70%, when performing strenuous housework. The correlation with WHOQOL-OLD and WOMAC was negative and not significant except for autonomy, which was significant. Sedentary and elderly women who used walking aid devices had worse WOMAC functional capacity, but this finding was not statistically significant. In WHOQOL-OLD, volunteers scored higher on social participation and engagement in physical activity on autonomy, which was statistically significant compared with the nonvoluntary and sedentary domains, respectively. **Conclusion:** It is possible to have a good quality of life even with functional impairment from knee osteoarthritis.

Keywords: Quality of life; Osteoarthritis, knee; Aged; Health of elderly; Chronic disease

Trabalho realizado no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Janice Chaim Alves – Rua Pedro de Toledo, 1.800 – Vila Clementino – CEP: 04039-004 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 5088-8599 – E-mail: janicechaim@yahoo.com.br

Data de submissão: 29/1/2013 – Data de aceite: 27/4/2013

Conflitos de interesse: não há.

Fontes de financiamento: não há.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA), também conhecida como osteoartrite ou, simplesmente, artrose, é a queixa musculoesquelética mais comum na atualidade, atingindo 10% da população mundial com idade acima de 60 anos⁽¹⁾.

As alterações clínicas e funcionais geradas pela OA são capazes de influenciar a qualidade de vida (QV) dos idosos acometidos pela doença⁽²⁾, sendo que as mulheres com OA de joelhos costumam referir mais dor, maior perda funcional e maior comprometimento da QV, quando comparadas aos homens⁽³⁾.

A QV tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. O grupo de estudiosos em QV da Organização Mundial da Saúde, conhecido como o Grupo WHOQOL (sigla do inglês *World Health Organization Quality of Life Group*), propõe um conceito subjetivo e multidimensional, englobando elementos positivos e negativos em sua definição: “QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A partir desse conceito, o Grupo WHOQOL elaborou o instrumento WHOQOL-100 e sua versão específica para avaliar a QV da população idosa, o WHOQOL-OLD^(4,5).

Apesar de estudos terem abordado a QV de indivíduos com OA de joelhos^(6,7), os mesmos abrangem uma faixa etária ampla, e, dessa forma, acabam por utilizar questionários genéricos para tal fim, com conceitos inespecíficos para uma determinada idade.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo relacionar capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas com osteoartrite de joelho

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), número do protocolo 0131/11. Tratou-se de um delineamento transversal, realizado no Setor de Fisioterapia do Ambulatório do Serviço de Medicina Física do IAMSPE, em 2012.

A amostra foi constituída por mulheres a partir dos 60 anos de idade, encaminhadas pela primeira vez ao Setor de Fisioterapia para tratamento da OA de joelho, uni ou bilateral, diagnosticada por um médico ortopedista ou fisiatra; com deambulação independente, com ou sem utilização de dispositivo de auxílio à marcha; e que não tivessem se submetido a qualquer cirurgia de

joelho anteriormente. Outros tratamentos previamente realizados não foram considerados critério de exclusão do estudo. Todas as participantes estavam em fase de atividade da doença, motivo que gerou o encaminhamento à fisioterapia. Os questionários foram preenchidos no primeiro dia de tratamento no ambulatório, antes do início do mesmo, ou seja, os encaminhamentos das pacientes que iniciariam o tratamento chegavam ao Setor de Fisioterapia, os quais eram analisados pela pesquisadora e, havendo pacientes que se enquadrassem nos critérios de inclusão do estudo, estas eram convidadas a responder os questionários naquele exato momento, antes de entrarem e darem início efetivo à primeira sessão de tratamento.

As participantes responderam ao questionário de identificação contendo os seguintes dados: idade; gênero; data de nascimento; etnia; estado civil; número de filhos; com quem reside; se possui casa própria; renda; anos de estudo; peso e altura; tipo, frequência, duração e local de prática de atividade física; participação em grupo de convivência; profissão; ocupação atual; realização de trabalho voluntário; atividades de lazer; medicamentos em uso; utilização de dispositivo de auxílio à marcha; doenças e comprometimentos previamente diagnosticados.

Utilizou-se o Questionário para Artrite *Western Ontario and McMaster Universities* (WOMAC, sigla do inglês *Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index*), instrumento específico para OA do joelho e quadril, em sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa⁽⁸⁾. O instrumento contém 24 questões divididas em 3 subescalas – dor, 5 questões; rigidez, 2 questões; funções físicas, 17 questões. Há cinco opções de resposta para cada questão, em uma escala do tipo Likert (nenhuma, leve, moderada, forte e muito forte) – pontuadas em 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A pontuação zero representa a ausência do sintoma e 4, o pior resultado quanto àquele sintoma. Cada uma das dimensões recebe uma pontuação, que é transformada em uma escala de zero (melhor estado de saúde) a 100 pontos (o pior estado de saúde possível).

Para avaliar a QV, aplicou-se instrumento WHOQOL-OLD, módulo específico para avaliação da QV em idosos. Este é composto de 24 itens atribuídos a 6 domínios: “função sensorial”, que avalia o funcionamento sensorial (visão, audição, tato, olfato e paladar) e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV; “autonomia”, referente à capacidade de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; “atividades passadas, presentes e futuras”, que descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseiam; “participação social”, na qual se delineia a participação

em atividades do cotidiano e na comunidade; “morte e morrer”, relacionado a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer; “intimidade”, que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. Cada um dos domínios possui 4 itens, com pontuação de 1 a 5 cada; assim, para todos os domínios o escore pode oscilar entre 4 e 20. Os escores são combinados para produzir um o escore total, o qual pode oscilar entre 24 e 120. Quanto maior o escore total, melhor a QV. A pontuação também pode se dar por meio de porcentagem, conforme indica o Manual WHOQOL-OLD^(4,5).

Não houve perdas na aplicação dos questionários.

Para a análise estatística, foram definidos nível de significância de 0,05 (5%) e intervalo de confiança de 95%. Foram utilizados testes estatísticos paramétricos. Para as variáveis quantitativas dos dados demográficos, foi feita análise descritiva. O teste de igualdade de duas proporções foi utilizado para as variáveis referentes a possuir casa própria, com quem reside, estado conjugal e etnia. A correlação de Pearson mediu o grau de relação entre WOMAC e o índice de massa corporal (IMC), produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado; escores do WHOQOL-OLD; a correlação do total de doenças; e os comprometimentos com os escores do WHOQOL-OLD. Para validar as correlações, foi utilizado o teste de correlação. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparar o WOMAC com a prática de atividade física e o uso de dispositivo de auxílio à marcha, bem como para comparar as médias dos escores do WHOQOL-OLD para as covariáveis: “trabalho voluntário”, “participação em grupo de convivência”, “prática de atividade física”, “lazer e uso de dispositivo de auxílio à marcha”. Foram utilizados os *softwares Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 17, Minitab 16 e Excel Office 2010*.

RESULTADOS

A idade média das 40 participantes foi de 74,1 ($\pm 6,7$) anos. Todas eram do gênero feminino. Elas apresentaram, em média, 8,5 ($\pm 4,9$) anos de estudo, 2,2 ($\pm 1,7$) filhos, renda pessoal mensal de R\$ 1.613,00 (\pm R\$ 1.014,00) e renda familiar mensal de R\$ 2.889,00 (\pm R\$ 2.333,00). Residem em casa própria 87,5% e 82,1% com uma ou mais pessoas; 40% eram casadas ou em viviam união consensual, 40% eram viúvas, 12,5% eram solteiras e 7,5% eram separadas ou divorciadas. Eram de etnia branca 50%; 23,7% eram de etnia parda. O IMC apresentou média de 28,35kg/m² ($\pm 4,24$).

Das entrevistadas, 5% relataram ter OA apenas no joelho direito, 15% apenas no joelho esquerdo, 47,5% em ambos e 30% não sabiam responder.

Quanto ao total de acometimentos autorreferidos, a média foi de 3,5 ($\pm 1,8$), estando entre os mais frequentes a hipertensão arterial sistêmica, a osteoporose, doenças gastrintestinais, problemas de coluna e alterações visuais. Não houve correlação estatisticamente significativa do total de acometimentos com nenhum dos escores do WHOQOL-OLD.

Entre os medicamentos utilizados para o tratamento da OA e sua sintomatologia estiveram a glucosamina, a condroitina e o paracetamol. Das participantes, 50% não faziam uso de fármacos para OA; 20% utilizavam um medicamento; 15% faziam uso de dois medicamentos e 12,5% utilizavam três medicamentos para tal fim.

Na avaliação da intensidade da dor, por meio do WOMAC, apresentaram dor moderada 45% ao caminhar em um lugar plano; 40% sentando-se ou deitando-se; 40% durante a noite, deitada na cama; e 55% apresentaram dor intensa ou muito intensa ao subir ou descer escadas. Quanto à rigidez articular, 50% relataram rigidez moderada após sentar-se, deitar-se ou repousar no decorrer do dia, e 65% relataram pouca ou moderada rigidez logo após acordar de manhã. Com relação à atividade física, ou seja, à capacidade do indivíduo de se movimentar e cuidar de si, 60% apresentaram dificuldade moderada ou intensa para descer escadas e 67,5% para subir escadas; 60% relataram dificuldade intensa ou muito intensa para entrar e sair do carro e 70% para fazer tarefas domésticas pesadas.

A pontuação do WOMAC apresentou correlação positiva com o IMC, mas não significativa. Com as dimensões do WHOQOL-OLD, exceto a faceta “autonomia”, o WOMAC apresentou correlação negativa, conforme mostra a tabela 1. No entanto, ao se classificarem essas correlações, observa-se que não foram significativas.

Tabela 1. Correlação entre os escores do Questionário para Artrite *Western Ontário and McMaster Universities* e do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para idosos

| Dimensões do WHOQOL-OLD | WOMAC | |
|--|----------------|------------|
| | Correlação (%) | Valor de p |
| Função sensorial | -17,6 | 0,278 |
| Autonomia | 0,5 | 0,978 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | -28,6 | 0,074 |
| Participação social | -24,7 | 0,124 |
| Morte e morrer | -20,8 | 0,199 |
| Intimidade | -34,5 | 0,029* |
| Total | -37,0 | 0,019* |

Testes estatísticos: correlação de Pearson (relação entre WOMAC e escores do WHOQOL-OLD) e teste de correlação (validação das correlações).

* estatisticamente significante

Maiores pontuações do WOMAC foram encontradas entre as participantes que não realizam atividade física ($53,81 \pm 19,23$ versus $45,29 \pm 18,53$ das que realizam) e entre as que fazem uso de algum dispositivo de auxílio à marcha ($55,78 \pm 18,21$ versus $49,39 \pm 19,52$ das que não utilizam dispositivos auxiliares). Apesar das diferenças, as mesmas não foram estatisticamente significantes.

Na comparação das médias dos escores do WHOQOL-OLD com as variáveis “trabalho voluntário”, “participação em grupo de convivência”, “prática de atividade física”, “atividades de lazer” e “uso de dispositivo de auxílio à marcha”, houve diferença estatística-

mente significativa no escore de “participação social”, no qual as idosas que realizam trabalho voluntário tiveram média de $75 (\pm 18,75)$ versus $60,98 (\pm 15,07)$ daquelas que não o realizam (Figura 1). Também houve significância no escore de “autonomia”; para atividade física, no qual as praticantes de atividade física tiveram média de $69,20 (\pm 12,61)$ versus $58,17 (\pm 15,79)$ das sedentárias (Figura 2).

A tabela 2 mostra a análise descritiva para os escores de WOMAC e WHOQOL-OLD. Em todos os escores, a variabilidade é baixa, indicando dados homogêneos.

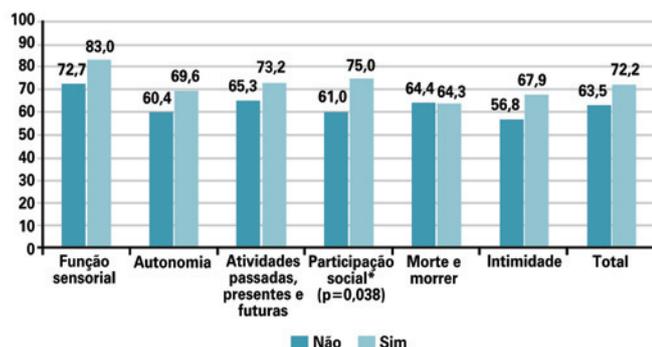


Figura 1. Comparação dos escores do Questionário de Qualidade de Vida para a população idosa da World Health Organization Quality of Life-Old com a variável “trabalho voluntário”

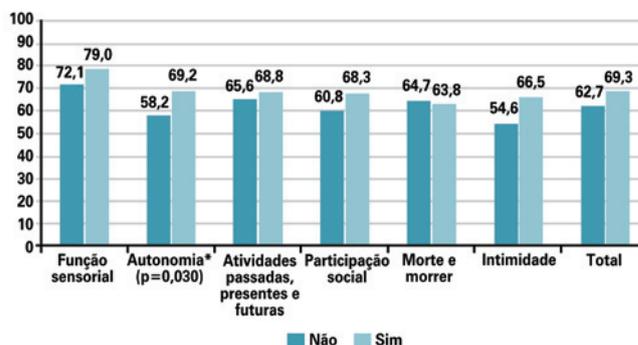


Figura 2. Comparação dos escores do Questionário de Qualidade de Vida para a população idosa da World Health Organization Quality of Life-Old com a variável “prática de atividade física”

Tabela 2. Descritiva completa dos escores do Questionário para Artrite Western Ontário and McMaster Universities e do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para idosos

| Descritiva | | Média | Mediana | Desvio padrão | CV (%) | Q1 | Q3 | Min. | Max. | n | IC |
|------------|--|-------|---------|---------------|--------|------|------|------|------|----|-----|
| WOMAC | Intensidade da dor | 53,6 | 50,0 | 20,4 | 38 | 43,8 | 65,0 | 15,0 | 100 | 40 | 0,2 |
| | Rigidez | 52,2 | 50,0 | 22,4 | 43 | 37,5 | 62,5 | 12,5 | 100 | 40 | 0,2 |
| | Atividade física | 53,6 | 54,4 | 20,3 | 38 | 39,3 | 64,7 | 14,7 | 100 | 40 | 0,2 |
| WHOQOL-OLD | Função sensorial | 74,5 | 75,0 | 20,0 | 27 | 62,5 | 87,5 | 18,8 | 100 | 40 | 6,2 |
| | Autonomia | 62,0 | 62,5 | 15,5 | 25 | 54,7 | 68,8 | 25,0 | 100 | 40 | 4,8 |
| | Atividades passadas, presentes e futuras | 66,7 | 68,8 | 15,1 | 23 | 56,3 | 75,0 | 31,3 | 100 | 40 | 4,7 |
| | Participação social | 63,4 | 68,8 | 16,4 | 26 | 54,7 | 75,0 | 25,0 | 100 | 40 | 5,1 |
| | Morte e morrer | 64,4 | 65,6 | 24,7 | 38 | 48,4 | 81,3 | 6,3 | 100 | 40 | 7,7 |
| | Intimidade | 58,8 | 65,6 | 25,9 | 44 | 37,5 | 75,0 | 0,0 | 100 | 40 | 8,0 |
| | Total | 65,0 | 65,6 | 11,7 | 18 | 57,0 | 73,2 | 39,6 | 95 | 40 | 3,6 |

Testes estatísticos: análise descritiva completa.

CV: coeficiente de variação; Q1: 1º quartil; Q3: 3º quartil; Min.: valor mínimo; Max.: valor máximo; IC: intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

O perfil etário da população estudada difere de estudos realizados em outros países^(9,10) pelo fato de terem sido incluídas apenas mulheres a partir dos 60 anos de idade, mas se assemelha ao de estudos nacionais^(2,11).

O fato deste trabalho ter optado por avaliar apenas mulheres com OA de joelhos vai ao encontro da importância do gênero no estudo da OA: as mulheres referem maior dor e menor QV quando comparadas aos homens, mesmo após a contabilização das diferenças de idade, gravidade da OA, IMC e diferenças radiográficas⁽³⁾.

Quanto à avaliação de dor, rigidez articular e funções físicas realizada através do WOMAC, foi encontrado certo obstáculo, devido ao fato de não haver notas de corte para classificar a pontuação obtida no questionário. Além disso, trabalhos anteriores não apresentam uniformidade ao pontuar o WOMAC^(2,12-15), o que dificulta a comparação com os dados deste estudo. De qualquer forma, observou-se que, na maior parte das situações, a dor relatada foi do tipo moderada, resultado similar ao demonstrado em alguns trabalhos^(11,14), mas também bastante diferente de outros^(13,15).

Observou-se que, quanto a subir e descer escadas, mais da metade das participantes relatou dor intensa ou muito intensa. Quanto à rigidez articular referida pelas pacientes, a mesma também se mostrou moderada. Até mesmo quanto às funções físicas, a realização da maior parte das situações foi descrita como de dificuldade moderada, sendo intensa ou muito intensa apenas ao descer e subir escadas, entrar e sair do carro, e realizar tarefas domésticas pesadas.

A explicação para essas pontuações intermediárias pode residir no tempo de espera entre a consulta e prescrição médicas e o início efetivo do tratamento fisioterapêutico. Considerando-se a primeira consulta no Setor de Ortopedia, a realização de exames de imagem, o retorno ao ortopedista, a marcação de consulta com a Fisioterapia no Setor de Medicina Física, o agendamento da reabilitação e o primeiro dia de fisioterapia, há uma relativa lacuna de tempo. Isso acontece porque, devido à grande demanda, a prioridade é dada para pacientes em pós-operatório, que requerem maior agilidade na marcação da fisioterapia. Durante a espera para iniciar o tratamento, muitas vezes, os pacientes fazem uso de analgésicos, protetores articulares e tratamentos de termoterapia em seu domicílio, com orientação médica ou não. Isso propicia que muitos compareçam à Fisioterapia referindo pouca sintomatologia.

O WOMAC apresentou correlação fraca, porém positiva, com o IMC, que indicou sobrepeso⁽¹⁶⁾, ou seja, o sobrepeso relacionou-se a piores sintomas da OA.

Pior condição funcional foi encontrada entre as participantes que não praticam atividade física. Cabe o questionamento: estaria a capacidade funcional dessas idosas prejudicada pelo sedentarismo ou, numa visão contrária, a severidade da OA, com suas conseqüentes dores e prejuízos funcionais, seria o motivo para essas mulheres evitarem o exercício?

A literatura aponta que é comum encontrar indivíduos com OA contrários à realização de atividade física em razão do desconforto, do medo da dor, ou por terem recebido orientações anteriores para evitarem o exercício. Também existe o mito de que o exercício possa induzir à perda óssea e cartilaginosa. O medo do movimento, por sua vez, impediria a participação em atividades envolvendo exercícios e em eventos sociais, o que poderia levar a um maior isolamento físico e social^(17,18).

No entanto, os exercícios de resistência são um componente importante de um regime geral destinado a compensar as limitações físicas e psicológicas associadas à OA do joelho, ao reduzir a dor, melhorar a função física, restaurar a força muscular e a mecânica articular, promover a diminuição da ansiedade e da depressão. A prescrição de exercícios é possível em todo o espectro de gravidade da OA, obviamente levando-se em conta a dor durante e após o exercício, o respeito ao descanso e a constante inovação nas atividades, para garantir adesão e continuidade dos exercícios pelas praticantes⁽¹⁹⁾. A literatura é rica em demonstrar os benefícios gerados pelo exercício físico na OA de joelhos⁽²⁰⁻²²⁾.

As participantes que fazem uso de dispositivo de auxílio à marcha apresentaram pior capacidade funcional, o que encontra respaldo em literatura pertinente ao tema, segundo a qual a necessidade dos dispositivos está relacionada à maior idade, maior intensidade de dor e maior incapacidade⁽²³⁾. Seu uso parece diminuir a dor, bem como melhorar a função e alguns aspectos da QV em pacientes com OA^(22,24).

Na avaliação da QV realizada por meio do WHOQOL-OLD, a maior média encontrada foi na faceta “funcionamento do sensorio” – de 75%, resultado que se assemelha a outros estudos⁽²⁵⁻²⁷⁾, e a menor média reside na faceta “intimidade” – de (56,25%), semelhante a outros trabalhos^(26,27). A menor pontuação da faceta “intimidade” pode ser justificada pelo fato de que 60% das idosas eram solteiras, viúvas ou separadas. Outro fator foi o acanhamento demonstrado pelas mesmas ao responderem perguntas sobre relações pessoais e íntimas.

A disponibilidade de estudos que tenham utilizado o instrumento WHOQOL-OLD é bastante limitada ainda nos dias de hoje, talvez por sua relativa recentidade. O fato é que a comparação com outros trabalhos permanece bastante comprometida.

Na análise da correlação entre WOMAC e WHO-QOL-OLD, a piora na capacidade funcional esteve associada a menores escores de QV, exceto com relação à faceta “autonomia”. Sabe-se que a autonomia está relacionada à habilidade de fazer julgamentos e de agir⁽²⁸⁾. Dessa forma um comprometimento físico não tem, necessariamente, interferência negativa na capacidade de decisão do indivíduo acometido. Isso significa que, mesmo com alterações físico-funcionais, a autonomia pode estar perfeitamente preservada no idoso.

Pode-se sugerir que as idosas do presente estudo gozam de QV considerada de regular a boa, pelo escore total médio encontrado (65%) e pelo fato de o WHO-QOL-OLD não possuir notas de corte para classificação, mas apenas a indicação de que menores escores representam uma baixa QV e escores altos, uma boa QV. Estudiosos do envelhecimento afirmam que, ao se definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não está considerando que seja um indivíduo sem doenças, mas que, mesmo com elas, é capaz de agir sobre o ambiente⁽²⁸⁾.

As idosas que realizam trabalho voluntário tiveram maiores médias se comparadas àquelas não voluntárias, com diferença estatisticamente significativa no escore de “participação social”. Assim como na literatura, o trabalho voluntário mostrou relação com melhor QV entre seus adeptos⁽²⁹⁾. O destaque do aspecto social corrobora o conceito da Organização Pan-Americana de Saúde⁽³⁰⁾ de que o trabalho voluntário exerce importante papel na manutenção do bem-estar e da QV na velhice, além de ser um elemento chave quando se pensa em envelhecimento ativo, ao extrapolar a ideia de se manter fisicamente em atividade e envolver todo o tipo de participação: econômica, cultural, espiritual, civil e social.

Entre as limitações do presente estudo, pode-se sugerir o número restrito de participantes; a opção por analisar um grupo único, o que dificultou a comparação de resultados dentro do próprio estudo; a impossibilidade de avaliar os pacientes imediatamente após a consulta médica, o que poderia permitir uma análise com menor influência dos tratamentos farmacológico e/ou não farmacológicos orientados pelo médico; a heterogeneidade na distribuição do tempo de doença entre as participantes; a impossibilidade de controlar tratamentos conservadores anteriormente realizados em outros serviços de saúde.

Não há outros estudos, além do presente, que tenham utilizado o instrumento WHOQOL-OLD para avaliar a QV de idosas com OA de joelhos.

Mais estudos são necessários, principalmente com a utilização de instrumentos específicos para avaliação da

população idosa, para que se possa entender o processo de envelhecimento humano, direcionando as ações a serem tomadas em benefício dos idosos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o comprometimento funcional gerado pela OA de joelhos pode interferir de maneira negativa na QV de idosas, mas, com base nos resultados deste estudo, não se deve exaltar o domínio físico em detrimento dos demais aspectos que constituem a vida de um indivíduo. Isso porque é possível ter uma boa QV na velhice, independentemente de conviver ou não com doenças e acometimentos.

REFERÊNCIAS

1. Corti MC, Rigon C. Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(5):359-63.
2. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioter Pesqui*. 2008;15(4):326-32.
3. Jawahar R, Yang S, Eaton CB, McAlindon T, Lapane KL. Gender-specific correlates of complementary and alternative medicine use for knee osteoarthritis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(10):1091-9.
4. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9.
5. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
6. Muraki S, Akune T, Oka H, En-yo Y, Yoshida M, Saika A, et al. Association of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis with health-related quality of life in a population-based cohort study in Japan: the ROAD study. *Osteoarthr Cartil*. 2010;18(9):1227-34.
7. Kim IJ, Kim HA, Seo YI, Jung YO, Song YW, Jeong JY, et al. Prevalence of knee pain and its influence on quality of life and physical function in the Korean elderly population: a community based cross-sectional study. *J Korean Med Sci*. 2011;26(9):1140-6.
8. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario McMaster Universities) para a língua portuguesa [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Departamento de Reumatologia; 2003.
9. Li LC, Sayre EC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, Cibere J. Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *J Rheumatol*. 2011;38(10):2230-7.
10. Hoogeboom TJ, den Broeder AA, Swierstra BA, de Bie RA, van den Ende CH. Joint-pain comorbidity, health status, and medication use in hip and knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(1):54-8.
11. Santos MLAS, Gomes WF, Queiroz BZ, Rosa NMB, Pereira DS, Dias JMD, et al. Desempenho muscular, dor, rigidez e funcionalidade de idosas com osteoartrite de joelho. *Acta Ortop Bras*. 2011;19(4):193-7.
12. Guillemin F, Rat AC, Roux CH, Fautrel B, Mazieres B, Chevalier X, Euller-Ziegler L, Fardellone P, Verrouil E, Morvan J, Pouchot J, Coste J, Saraux A; KHOALA cohort study. The KHOALA cohort of knee and hip osteoarthritis in France. *KHOALA cohort study*. *Joint Bone Spine*. 2012;79(6):597-603.
13. Figueiredo Neto EM, Queluz TT, Freire BFA. Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(6):539-49.

14. Oliveira AMI, Peccin MS, Silva KNG, Teixeira LEPP, Trevisani VFM. Impacto dos exercícios na capacidade funcional e dor em pacientes com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico randomizado. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(6):870-82.
15. Serrao PRM, Gramani-Say K, Lessi GC, Mattiello SM. Knee extensor torque of men with early degrees of osteoarthritis is associated with pain, stiffness and function. *Rev Bras Fisioter.* 2012; 16(4):289-94.
16. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(4):759-68.
17. Hootman JM, Macera CA, Ham SA, Helmick CG, Snizek JE. Physical activity levels among the general US adult population and in adults with and without arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2003;49(1):129-35.
18. Steultjens M, Dekker J, Bijlsma J. Avoidance of activity and disability in patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* 2002;46(7):1784-8.
19. Vincent KR, Vincent HK. Resistance exercise for knee osteoarthritis. *PM R.* 2012;4(5 Suppl):S45-52.
20. White DK, Keysor JJ, Neogi T, Felson DT, LaValley M, Gross KD, et al. When it hurts, a positive attitude may help: association of positive affect with daily walking in knee osteoarthritis. Results from a multicenter longitudinal cohort study. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(9):1312-9.
21. Aglamis B, Toraman NF, Yaman H. Change of quality of life due to exercise training in knee osteoarthritis: SF-36 and WOMAC. *J Back Musculoskeletal Rehabil.* 2009;22(1):43-5,47-8,46.
22. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(4):465-74.
23. Akinbo SR, Sokunbi O, Ogunbameru T. Factors contributing to possession of walking aids among persons with osteoarthritis of the knee. *Nig Q J Hosp Med.* 2008;18(2):64-8.
24. Jones A, Silva PG, Silva AC, Colucci M, Tuffanin A, Jardim JR, et al. Impact of cane use on pain, function, general health and energy expenditure during gait in patients with knee osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(2):172-9.
25. Vitorino LM, Parkulin LM, Viana LA. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(6):1186-95.
26. Sewo Sampaio PY, Ito E. Activities with Higher Influence on Quality of Life in Older Adults in Japan. *Occup Ther Int.* 2013;20(1):1-10.
27. von Mackensen S, Gringeri A, Siboni SM, Mannucci PM; Italian Association Of Haemophilia Centres (AICE). Health-related quality of life and psychological well-being in elderly patients with haemophilia. *Haemophilia.* 2012;18(3):345-52.
28. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):159-65.
29. Parkinson L, Warburton J, Sibbritt D, Byles J. Volunteering and older women: psychosocial and health predictors of participation. *Aging Ment Health.* 2010; 14(8):917-27.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.