

PERFIL SÓCIO-CLÍNICO E AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM OSTEOARTROSE DE JOELHO

Socio clinical profile and perception evaluation of quality of life on elderly patients with knee osteoarthritis

Roberta Raissa de Melo Matos Dias¹, Érica Patrícia Lira Borba Uchôa², Valéria Conceição Passos de Carvalho³, Cristiana Maria Macedo de Brito⁴, Ana Elisa de Lima Araújo⁵, Giselle Layse Andrade Buarque⁶

RESUMO

Contextualização: A tendência ao envelhecimento populacional acarreta grande impacto na saúde. A gonartrose é frequente na clínica diária e suas alterações geram influências diretas ao bem estar dos acometidos. Objetivo: Traçar o perfil sócio-clínico e avaliar a percepção de qualidade de vida de idosos portadores de gonartrose em um ambulatório de um hospital e em uma clínica escola da cidade do Recife-PE. Método: A pesquisa é do tipo observacional, descritiva e de corte transversal. Realizada com 20 idosos acima de 60 anos, com boa saúde mental e em tratamento fisioterapêutico e, excluídos do estudo os idosos com déficit auditivo ou de visão, doenças neurológicas e comprometimento motor. A avaliação foi composta por um questionário sócio-clínico, aplicação da Escala Visual Analógica, e dos questionários SF-36 e WHOQOL-BREF. Por fim, os dados foram submetidos às análises descritiva e estatística, onde foi utilizado o SPSS v 8.0 ($p < 0,05$). Resultado: Verificou-se que 95% da amostra foi do sexo feminino, com média de idade de $69,10 \pm 7,08$ anos, 45,0% eram obesos e 50,0% praticavam atividade física. A qualidade de vida através do WHOQOL-BREF e do SF-36 pôde ser considerada como moderada. Foram verificadas associações significantes entre o domínio físico do WHOQOL-BREF, com domínios de dor, aspectos sociais, emocionais e saúde mental do SF-36, entre domínio psicológico e social com o de saúde mental, e de meio ambiente com o de aspectos sociais. Considerações Finais: Constatou-se que os participantes dessa pesquisa, apresentaram qualidade de vida moderada na maioria dos escores do SF-36 e do WHOQOL-BREF.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Idoso, Gonartrose.

ABSTRACT

Contextualization: The tendency of population aging causes a big impact on health. The gonarthrosis is common in daily clinical and their changes generates direct influences to well-being of the affected. Objective: To describe the socio-clinical profile and evaluate the perception of quality of life on elderly patients with gonarthrosis in an ambulatory of an hospital and a clinical school in the city of Recife. Method: The study is the observational, descriptive and cross-sectional. Performed with 20 elderly over 60 years, with good mental health in physicaltherapy treatment, and excluded older people with hearing or vision deficits, neurological and motor impairment. The evaluation consisted of a socio-epidemiological questionnaire, application of Visual Analog Scale, and the SF-36 and WHOQOL-BREF. Finally, the data were subjected to descriptive and statistical analyzes. For this purpose we used SPSS v 8.0 ($p < 0.05$). Results: It was found that 95% of the sample was female, with a mean age of 69.10 ± 7.08 years, 45.0% were overweight and 50.0% practiced physical activity. The quality of life by WHOQOL-BREF and SF-36 could be considered as moderate. Significant associations were found between the physical domain of the WHOQOL-BREF, with pain, social, emotional and mental health domain of the SF-36, between psychological and social domain with mental health, and the environment with the social aspects. Final Considerations: It was found that the participants in this study had moderate quality of life in most scores of SF-36 and WHOQOL-BREF.

Keywords: Quality of Life, Elderly, Gonarthrosis.

1 Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Pernambuco. Rua do Príncipe, 160, Vila Torres Galvão, Paulista - Pernambuco. E-mail: robertaraissa92@gmail.com

2 Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, s/n, Boa Vista, Recife - Pernambuco. Email: ericauchoa@gmail.com

3 Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Neuropsiquiatria e Neurociências pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, s/n, Boa Vista, Recife - Pernambuco. Email: valeriapassos@gmail.com

4 Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. Rua do Príncipe, s/n, Boa Vista, Recife - Pernambuco. Email: brito.cristiana@gmail.com

5 Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Pernambuco. Rua Joaquim Nabuco, 507, Derby, Recife - Pernambuco E-mail: ana_elisa2@hotmail.com

6 Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Pernambuco. Rua do Progresso, 368, Boa Vista, Recife - Pernambuco. E-mail: giselleandrade_b@hotmail.com

AUTOR CORRESPONDENTE:

Roberta Raissa de Melo Matos Dias

Rua do Príncipe, 160, Vila Torres Galvão, Paulista - Pernambuco. E-mail: robertaraissa92@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tendência ao envelhecimento populacional reflete diretamente em todos os setores da sociedade, com maior impacto na saúde por exigir atenção aos cuidados direcionados à prevenção de patologias, incapacidades e dependência, comuns ao período da senescência^{1,2}. Além de estar relacionado às repercussões nos variados níveis assistenciais, o que gera impacto na economia mundial, diante do aumento crescente na demanda por novos recursos a fim de suprir as necessidades que caminham junto ao envelhecimento³.

O envelhecimento é um processo progressivo que resulta em características singulares a cada indivíduo, induzido por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais⁴. O senescente começa a buscar meios de se sentir capaz e produtivo na sociedade. Ao perder sua independência, o idoso, se desfaz automaticamente de auto-confiança e torna-se objeto de sua condição, seja física ou mental^{5,6}.

Nesta fase surgem também as múltiplas patologias recorrentes nesse período. Desse modo, destaca-se a relevância da prevenção das doenças que acometem os idosos com mais frequência. Em especial, devido às suas proporções e consequências, as doenças cardiovasculares e as doenças crônicas como a osteoartrose^{5,6}.

A osteoartrose é um desgaste gradativo que ocorre na articulação, quando há um desequilíbrio entre as células produtoras e degradativas de cartilagem articular. Sucodem-se alterações que reduzem a concentração de condroblastos, ao amolecimento da cartilagem e fissurações que podem atingir o osso subcondral na evolução da patologia. Há, então, um aumento da tensão a nível ósseo, o que acarreta no surgimento dos osteófitos que causam irritação nos tecidos peri-articulares e consequente quadro algico, com aparecimento de edema e rigidez articular^{7,8}. As modificações clínicas e funcionais ocasionadas pela patologia afetam profundamente a mobilidade e o estilo de vida dos idosos, muitas vezes tornando-os dependentes. Resultam, também, em repercussões aos seus relacionamentos familiares e sociais^{9,10}. Os joelhos, o quadril e a coluna lombar são as articulações mais acometidas. A osteoartrose de joelho é bastante frequente na clínica diária e promove alterações importantes induzidas pela dor, restrição de movimentos e pelas limitações funcionais para desempenho de suas atividades^{11,12}.

As alterações induzidas pela gonartrose geram influências diretas ao bem estar dos idosos acometidos pela doença. No momento em que tem a percepção de que é visto pelos familiares como alguém que não é mais apto a realizar as atividades habituais, a cooperar, e que foi privado de sua autonomia, o idoso tem significativa redução de sua qualidade de vida⁶. A Qualidade de vida 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”. Sendo assim, é motivada através da sua associação a quatro domínios que variam desde ambientais e de capacidade comportamental, até os domínios relacionados à percepção da qualidade de vida, e bem-estar psicológico¹²⁻¹⁴.

A partir da escassez na literatura científica brasileira acerca de dados que relacionem a qualidade de vida às doenças crônicas, o objetivo deste estudo consiste em traçar o perfil sócio-clínico e avaliar a percepção da qualidade de vida de indivíduos idosos portadores da osteoartrose de joelho.

MÉTODOLOGIA

O estudo está vinculado a Universidade Católica de Pernambuco, ao Centro de Ciências Biológicas e Saúde e ao curso de Fisioterapia. Parte integrante do projeto de pesquisa “Recursos de Avaliação e Intervenção Fisioterapêuticos em Alterações Osteomioarticulares na Saúde de Indivíduos Adultos e Idosos”, com o número de aprovação do Comitê de Ética “226.764” e o número de CAAE “09962313.8.0000.5206”, pertencente ao grupo de pesquisa “Fisioterapia Baseada em Evidências” sob responsabilidade da Prof. Érica Patrícia Borba Lira Uchôa, e ao Projeto Institucional de Bolsas de iniciação Científica (PIBIC UNICAP). Trata-se de um estudo observacional descritivo de corte transversal. Foi realizado na clínica escola Corpore Sano da referida instituição, e em um ambulatório de um hospital da cidade do Recife/PE, com indivíduos idosos, com coleta realizada no período de janeiro à abril de 2014.

Foram incluídos no estudo idosos com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico para gonartrose por pelo menos 2 meses e que tivessem consentido em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os idosos que apresentavam comprometimento cognitivo que os impedisse de responder os questionários ou que apresentassem perdas de visão, audição e outros comprometimentos motores associados, foram excluídos do estudo.

Os pacientes, no primeiro contato, participaram de uma palestra explicativa com o objetivo de esclarecer os pontos que seriam avaliados, como seria feita a coleta de informações, para apresentar o intuito da pesquisa e mostrar a necessidade de investigar a relação entre a qualidade de vida e a osteoartrose de joelho. Em seguida, eles assinaram o TCLE no qual consentiam em participar da pesquisa.

No segundo momento, para traçar um perfil de dados dos idosos, foi realizada a aplicação do questionário sócio-clínico padronizado pelos autores da pesquisa, com dados referentes a nome, sexo, idade, altura, peso, escolaridade, e prática de atividade física. Ao final do questionário, foi aplicada a Escala Visual Analógica, a qual é uma reta de 10 centímetros sem marcação, onde um extremo corresponde à ausência de dor e o outro extremo a dor máxima¹⁵.

A partir do terceiro momento, no intuito da coleta de informações relevantes ao embasamento científico da avaliação de qualidade de vida acerca do idoso em questão, foi executado o instrumento de avaliação de qualidade de vida, produzido pela Organização Mundial de Saúde - WHOQOL Bref e o questionário Medical Outcomes Study 36- Item Shorte- Form Health Survey (SF-36).

O WHOQOL-Bref, versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, consta de 26 questões, sendo 2 gerais e 24 que se distribuem em domínios físicos, psicológicos, relações sociais e de meio ambiente. As respostas às questões são dadas numa escala comum com um único intervalo de 0 a 5, e ao final é feita a soma para obter o escore total. O escore total varia de 0 a 100, onde quanto mais próximo do 0 pior o resultado e quanto mais próximo ao 100 melhor é a qualidade de vida (0 – 25 = regular; 26 – 50 = bom; 51 – 75 = muito bom; 76 – 100 = excelente)¹⁶⁻¹⁷.

O questionário genérico de Qualidade de Vida, o SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos

físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, na qual 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde¹⁸.

Para as variáveis quantitativas dos dados demográficos, foi feita análise descritiva. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a suposição de normalidade. E para análise das variáveis quantitativas foi aplicado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Para a análise de correlação foi calculado o coeficiente de correlação linear de Pearson com seu respectivo teste de significância. A análise foi feita no SPSS v 8.0 e todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra em estudo foi composta por 20 idosos com diagnóstico clínico e radiológico de osteoartrose de joelho uni ou bilateral, sem interferir o grau da osteoartrose. Onde 95,0% eram mulheres e 45,0% tinham 70 anos ou mais. Na análise 45,0% dos idosos eram obesos, 50,0% praticavam atividade física, 30,0% tinham o ensino médio e 95,0% apresentaram patologias associadas, dentre estes, 85,0% referiu ter hipertensão e 25% diabetes mellitus. Destacou-se ainda que 10,0% dos participantes relataram dor muito forte e 50,0% dor moderada (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto às características sócio-clínicas.

Características Sócio-Clínicas	N	%
Sexo		
Masculino	1	5,0
Feminino	19	95,0
Faixa etária		
60 a 69	11	55,0
70 ou +	9	45,0
IMC		
Eutrofismo	5	25,0
Sobrepeso	6	30,0
Obesidade	9	45,0
Prática de atividade física		
Sim	10	50,0
Não	10	50,0
Escolaridade		
Primário	4	20,0
Fundamental incompleto	5	25,0
Fundamental completo	5	25,0
Médio	6	30,0
Patologias		
Sim	19	95,0
Não	1	5,0
Doenças associadas		
Hipertensão	17	85,0
Diabetes mellitus	5	25,0
Outras	16	80,0
EVA		
Sem dor	2	10,0
01-03	2	10,0
04-06	10	50,0
07-09	4	20,0
10	2	10,0

A tabela 2 apresenta a distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto a idade, peso, altura, IMC e escala visual analógica. Nesta destaca-se que a idade média foi de 69,10 ±

7,08 anos, o peso médio foi de 73,90 ± 10,95 kg, a altura de 1,90 ± 0,31 m, o IMC de 29,00 ± 4,60 e a EVA teve média de 5,35 ± 3,00.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto idade, peso, altura, IMC e escala visual analógica.

	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
Idade	69,10	7,08	60,00	83,00
Peso	73,90	10,95	61,00	100,00
Altura	1,90	0,31	1,00	2,00
IMC	29,00	4,60	23,38	37,18
EVA	5,35	3,00	0,00	10,00

A tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto aos domínios do WHOQOL-Bref. Na qual os domínios com maiores médias foram o social (64,17 ± 24,20) e o psicológico (55,83 ± 19,37). E o domínio físico obteve a menor média (46,07 ± 20,13).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto aos domínios do WHOQOL-Bref.

WHOQOL-Bref	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
Físico	46,07	20,13	3,57	82,14
Psicológico	55,83	19,37	12,50	83,33
Social	64,17	24,20	16,67	100,00
Meio ambiente	49,22	18,36	12,50	90,63

A tabela 4 apresenta a distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto aos domínios do SF-36. Onde os domínios com maiores médias foram os de aspectos sociais e saúde mental. E os domínios de aspectos físicos e emocionais obtiveram as menores médias.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho quanto aos domínios do SF-36.

SF-36	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	27,50	19,63	5,00	90,00
Aspectos físicos	10,00	24,87	0,00	75,00
Dor	30,18	20,38	0,00	74,00
Estado geral de saúde	44,90	19,19	15,00	80,00
Vitalidade	55,50	17,31	25,00	100,00
Aspectos sociais	70,00	28,50	25,00	100,00
Aspectos emocionais	23,33	32,62	0,00	100,00
Saúde mental	64,20	20,46	16,00	100,00

A tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação linear de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e SF-36. As associações significantes entre domínios do WHOQOL-Bref com os do SF-36 foram representadas pelos valores de r destacados.

Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e SF-36.

SF-36	WHOQOL-Bref			
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
	r	r	r	r
Capacidade funcional	0,411	0,291	0,175	0,268
Aspectos físicos	0,327	0,077	0,153	0,171
Dor	0,479	0,190	0,348	0,393
Estado geral de saúde	0,292	0,271	0,081	0,066
Vitalidade	0,389	0,246	0,050	0,097
Aspectos sociais	0,672	0,368	0,307	0,523
Aspectos emocionais	0,500	0,363	0,319	0,389
Saúde mental	0,546	0,694	0,448	0,435

Nota – r = coeficiente.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram as variáveis sócio-clínicas que mais se destacaram dentro de um grupo de idosos portadores de patologia crônica. Fatores como idade avançada, sexo e baixo nível de escolaridade estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida. Foi possível evidenciar a prevalência do sexo feminino entre os idosos do estudo. Corroborando com o estudo realizado por Alexandre et al.¹³, assim como, no estudo de Sachetti et al.¹⁹, compostos por população semelhante, confirmando a predominância do sexo feminino. Em contrapartida, Corti e Rigon²⁰, falam sobre a prevalência de osteoartrose de quadril em homens, atribuída às questões genéticas e ao estilo de vida.

Na estrutura etária populacional do IBGE²¹, pode ser observada uma acentuação da base da pirâmide, o que pode justificar a faixa etária encontrada no presente estudo, onde a amostra apresentou média de 69,1 anos, semelhante às encontradas nas pesquisas com idosos portadores de gonartrose de Alexandre et al.¹³ e de Alves et al.¹². A associação de mulheres e maior faixa etária apontam para a feminilização da população de idosos no Brasil, como mostra Herédia e col.²² que ressaltam a relação da longevidade da mulher com a maior preocupação quanto à prevenção na saúde, aos cuidados com doenças e estilo de vida mais saudável. Percebe-se que a presença de doenças crônicas degenerativas está ligada à idade avançada, o que determina para o idoso certo grau de dependência, diretamente relacionada à perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades diárias, interferindo na sua qualidade de vida.

Com relação ao IMC, 45% dos idosos entrevistados eram obesos, apresentando média de $29 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,6$. Equivalente a pesquisa composta de idosas com osteoartrite de joelho de Alves et al.¹² ($28,35 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,24$). No estudo de Backer et al.²³ também relacionada à idosos com gonartrose, quando comparados os indivíduos com sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) àqueles sem sobrepeso ($\text{IMC} \leq 25 \text{ Kg/m}^2$), houve prevalência do primeiro grupo com diferença significativa. Grotle et al.²⁴ acreditam na hipótese de que um IMC alto é fator de risco para osteoartrose de articulações que suportam peso.

Quanto à prática de atividade física Figueiredo Neto et al.²⁵ compuseram sua amostra com 70% de idosos ativos e 30% de sedentários que contraria o estudo de Paula et al.²⁶, que contou com 100% dos idosos estudados sendo sedentários. Ambos os estudos são divergentes entre si e também diferem do resultado do presente estudo, onde se verificou que 50% dos idosos participantes praticavam algum tipo de atividade física regular, enquanto os outros 50% foram compostos por senescentes sedentários. A participação do idoso em atividades físicas habitualmente aumenta a capacidade para a realização das atividades do dia a dia, o que pode contribuir para melhoria da percepção de saúde e de bem-estar desta população. Matsudo et al.⁹ descrevem que o estilo de vida ativo é parte fundamental na prevenção, tratamento e controle das doenças crônicas, desse modo, fortalece a implementação de políticas e estratégias de promoção de atividade física regular na vida desses indivíduos.

Lima et al.²⁷ relataram em seu estudo que em relação ao grau de escolaridade dos idosos estudados foi visto que 37,7% dos participantes possuíam ensino fundamental incompleto, achado este semelhante ao presente estudo, no qual foi possível constatar que 50% dos idosos questionados haviam cursado o en-

sino fundamental, sendo incluídos os que completaram ou não, e que 30% da amostra possuía ensino médio. Porém, diferem do resultado encontrado por Pereira et al.¹ no qual 71,1% dos idosos analisados tinham menos de 4 anos de estudos formais, assim como no estudo de Torres²⁸, o que pode ser explicado por ter sido realizado em uma cidade do interior do Nordeste, no qual 63,25% dos idosos eram analfabetos, já que em geral o sistema de ensino ainda é precário nas cidades mais afastadas de regiões metropolitanas. Enfatiza-se que o nível de escolaridade é um importante fator de autopercepção de saúde, considerando que idosos com menor grau escolar têm pior percepção de seu bem estar.

Além da doença crônica, 95% dos idosos desta pesquisa apresentavam alguma outra morbidade associada, destacando-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica foi a condição clínica mais encontrada, seguida por 25% de senescentes com Diabetes Mellitus. As morbidades encontradas no estudo são análogas às do estudo de Campolina²⁹, que além de conter idosos hipertensos (40,8%) e diabéticos (21,5%), também contava com senescentes que já haviam sofrido AVE (5,4%), portadores de DPOC (11%) ou ICC (12,2%). A incidência de condições clínicas associadas foi mais baixa na pesquisa de Torres²⁸, em que 23,10% tinham Hipertensão Arterial Sistêmica e 11% já havia sofrido um AVE. Acredita-se que as alterações relacionadas à idade sofrem influências diretas no que se diz respeito à presença de fatores de risco e ocorrência das doenças crônicas degenerativas, essas alterações levam o idoso a ter perda da sua autonomia, gerando certo grau de dependência que interfere em sua qualidade de vida, já que há possível diminuição da sua capacidade de realizar como desejaria as atividades diárias³⁰.

Conforme Cunha e Mayrink³¹, escalas de intensidade de dor como a Escala Visual Analógica (EVA), são importantes instrumentos na mensuração da dor crônica. No presente estudo, a média da EVA foi de $5,35 \pm 3,00$, revelando que 50% da população estudada relatou níveis de dor moderada no momento da entrevista, enquanto 10% indicaram ausência de dor e outros 10% indicaram dor máxima. Resultados semelhantes foram encontrados por Cunha e Mayrink³¹, que identificaram idosos com intensidade de dor moderada, sendo menor para as mulheres ($3,48 \pm 0,54$) quando comparada com os homens ($4,31 \pm 1,09$).

Alexandre et al.¹³ questionaram a percepção da dor em 3 momentos, que incluíam dor ao movimento ($5,35 \pm 0,49$), dor à noite ($4,33 \pm 0,51$) e dor ao repouso ($2,97 \pm 0,50$), o autor ainda afirma que a elevada pontuação na EVA de dor à noite correlaciona-se com a percepção pior de estado geral de saúde, tendo impacto negativo na qualidade do sono. Em contradição, o estudo de Figueiredo Neto²⁵ apontou que 75% dos pesquisados relatou dor intensa, porém o autor cita que os resultados obtidos na EVA foram discrepantes dos obtidos em outros questionários, como o Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), podendo estar associada à metodologia de avaliação, já que a EVA é referida no momento da entrevista, e o WOMAC refere-se à dor nas últimas 72 horas, além da dificuldade de compreensão e em responder de maneira correta à avaliação visual. É importante compreender que a referência à níveis de dor mais elevados corresponde a pior percepção de qualidade de vida nos indivíduos que precisam conviver constantemente com dor, e acabam tornando-se objetos do seu comprometimento.

De acordo com os resultados encontrados, a qualidade

de vida dos idosos, a partir do WHOQOL-Bref, ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios da escala apresentou escores que indicavam qualidade de vida moderada, tendo maiores médias nos domínios social ($64,17 \pm 24,20$) e psicológico ($55,83 \pm 19,37$), e menor média no domínio físico ($46,07 \pm 20,13$), conseqüentemente, em razão da dificuldade de locomoção e de exercer atividades da vida diária. Semelhante ao encontrado na pesquisa de Pereira¹, em que o domínio físico também indicou a média mais fraca. Pereira¹ ainda relata que o ambiente físico deve ser considerado, uma vez que o domínio ambiental apresentou a segunda maior influência na piora da qualidade de vida. A OMS32, em 2001, declara que o ambiente em que se insere o idoso determina a dependência ou não do indivíduo, portanto, um ambiente físico adequado tem influência positiva no bem estar do senescente. Cunha e Mayrink³¹ evidenciam a influência negativa da doença crônica na qualidade de vida dos idosos, relacionando às repercussões da dor crônica, que pode afetar também na autonomia, limitando o desempenho de atividades habituais. Já no estudo de Vagetti et al.³³, o domínio psicológico foi o mais fraco, possivelmente por ser composto apenas de mulheres, apontando para as questões de caráter biológico e psicológico no período de envelhecimento feminino, pelas mudanças comportamentais comuns sofridas nessa época de suas vidas.

Ao aplicar o SF-36 foi constatado neste estudo que as maiores médias correspondiam às facetas social ($70,00 \pm 28,50$) e de saúde mental ($64,20 \pm 20,46$), indicando assim melhor qualidade de vida, enquanto os menores escores foram obtidos nos domínios físico ($10,00 \pm 24,87$) e emocional ($23,33 \pm 32,62$), indicando baixa qualidade de vida quanto à esses aspectos. O que pode ser justificado pelo fato de que quanto maior a presença de limitações funcionais, redução de capacidades e relato de dor, maiores também são as influências emocionais sofridas por esta população que não consegue realizar as atividades básicas de vida diária, deste modo, a qualidade de vida se apresenta piorada. Em concordância, a pesquisa de Campolina e col.²⁹ apresentou valores médios menores nos componentes de aspecto físico e emocional, e a maior média foi encontrada no aspecto social. Os autores ainda revelaram que a doença crônica associada ao sexo feminino, é um forte determinante de autopercepção ruim de saúde. Rodrigues e Alves³⁴ defendem que esse determinante pode estar relacionado ao maior espaço assumido pelas mulheres na sociedade e na família, podendo influenciar a forma como elas percebem a saúde. Além das diferenças de comprometimento de qualidade de vida induzidas por disparidade do sexo em certas doenças crônicas e da capacidade funcional desses indivíduos. Os achados de Alexandre et al.¹³ revelam que o segundo domínio que mais interferiu na qualidade de vida foi a capacidade funcional prejudicada, diferindo da presente pesquisa em que o domínio emocional foi o segundo que mais interferiu. Isso se justifica a partir das incapacidades e dependência que são promovidas na vida desses indivíduos, quando o idoso portador da gonartrose precisa conviver com a presença de dor, processo inflamatório, degeneração e rigidez articular ocasionadas pela doença. Acredita-se que o fator emocional tenha contribuído no presente estudo,

A respeito dos coeficientes de correlação linear de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e do SF-36, foram verificadas 7 correlações estatisticamente significativas, variando de moderada à forte magnitude. Destacam-se associações significantes, em relação ao domínio físico do WHOQOL-BREF, com os

domínios de dor, aspectos sociais, emocionais e saúde mental do SF-36, as associações foram moderadas. Em relação ao domínio psicológico foi verificada associação moderada com o domínio de saúde mental. O mesmo se verifica em relação aos domínios social e de saúde mental. Já em relação ao domínio de meio ambiente verificou-se associação com o domínio de aspectos sociais.

A correlação do domínio Físico com os domínios de Aspectos sociais, Emocionais e de Saúde mental e, também, a correlação entre Relações sociais e Saúde mental, podem ser atribuídas ao fato de que o idoso portador da gonartrose precisa conviver com as repercussões e constantes limitações físicas, tendo influência direta na interação social e bem estar emocional e mental, já que a dependência acaba favorecendo esses idosos a buscarem o isolamento, reduzindo a auto-estima, deteriorando o estado emocional e induzindo de forma negativa e marcante a qualidade de vida desse senescente.

A correlação significativa entre o domínio de Meio ambiente com o de Aspectos sociais pode ser motivada pelo ambiente físico em que o senescente está inserido contribuir diretamente com as suas relações sociais, uma vez que idosos que vivem em ambientes inseguros têm menor predisposição a saírem sozinhos, o que fortalece a tendência ao isolamento social e à depressão que são importantes fatores de risco para a morbidade e mortalidade.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo pode-se constatar que a avaliação da percepção de qualidade de vida envolve questões subjetivas que dependem do ambiente e das características físicas, sociais, psicológicas e emocionais de cada indivíduo.

Mediante os dados analisados, é possível concluir que os participantes apresentaram escores moderados, na maioria dos domínios do WHOQOL-Bref e do SF-36, com influências negativas na qualidade de vida dos idosos. A partir dos coeficientes de correlação linear de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e do SF-36, foram verificadas 7 correlações.

É necessário que mais estudos sejam realizados com amostras maiores, para ampliar a representatividade da amostra populacional.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr* 2006;28(1):27-38.
2. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto contexto – enferm* 2006;15(4):587-94.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997 Abr;31(2):184-200.
4. Trentini CM, Chachamovich E, Figueiredo M, Hirakata VN, Fleck MPA. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estud Psicol* 2006;11(2):191-7.
5. Souza RF, Skubs T, Bretas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007;60(3):263-267.

6. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm* 2010;31(3):467-474.
7. Rezende MU, Hernandez AJ, Camanho GL, Amatuzzi MM. Cartilagem articular e osteoartrite. *Acta Ortop Brás* 2000; 8(2):100-4.
8. Zacaron KAM, Dias JMD, Abreu NS, Dias RC. Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite. *Rev Bras Fisioter* 2006;10(3):279-84.
9. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2001;7(1):2-13.
10. Matos DR, Araujo TCCF. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrite. *Psicol Estud* 2009;14(3):511-8.
11. Camanho GL, Imamura M, Arendt-Nielsen L. Gênese da dor na artrose. *Rev Bras Ortop* 2011;46(1):14-7.
12. Alves JC, Bassitt DP. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein* 2013 Jun;11(2):209-15.
13. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioter Pesq* 2008 Dez;15(4):326-32.
14. Organização Mundial da Saúde. The World Health Organization quality of life assessment. Geneva; 1995.
15. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev DOR* 2005;6(1):469-513.
16. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag p. 41-60, 1994.
17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pub* 2000;34(2):178-183.
18. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999 Mai;39(3):143-50.
19. Sachetti A, Silveira M, Vidmar M, Venâncio G, Tombini DK, Sordi S et al. Perfil Epidemiológico de Idosos com Osteoartrite. *Rev. de Ciênc. Méd. e Biológicas* 2010;9(3):212-5.
20. Corti MC, Rigon C. Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging. Clin. Exp. Res.* 2003;15(5):359-63.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estudos & Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, 23. Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2013.
22. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA, Ramalho MH, Sassi A. A realidade do idoso institucionalizado. *Text. e Envelhecimento* 2004;7(2):25-34.
23. Backer RC. Prevalência de osteoartrite de joelho na população acima de 50 anos usuária da unidade local de saúde Saco Grande. 2006. 36 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
24. Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008;9(132).
25. 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):544-9.
26. Paula B, Soares M, Lima G. A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelhos utilizando questionário ALGO Funcional de Lequesne. *Rev. Bras. de Ciênc. e Movimento* 2010;17(4):18-26.
27. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. de Ciênc. do Envelhec. Humano* 2010;7(3):346-56.
28. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J. Bras. Psiquiatr.* 2009;58(1):39-44.
29. Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011;16(6):2919-25.
30. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pùb.* 2005;39(3):383-91.
31. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev. Dor* 2011;12(2):120-4.
32. Organización Mundial De La Salud. *Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
33. Vagetti GG, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade* 2012;8(S2):709-18.
34. Rodrigues RN, Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica* 2005;17(5/6):333-41.