

RAFAEL COELHO ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM OSTEOARTROSE
DE JOELHOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2011

RAFAEL COELHO ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM OSTEOARTROSE
DE JOELHOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização
em Fisioterapia da Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista em Geriatria e Gerontologia
Orientadora: Prof. Gisele de Cássia Gomes, Ms.

BELO HORIZONTE
Universidade Federal de Minas Gerais
2011

RESUMO

O joelho é uma das articulações mais comumente sujeita à lesão, devido a sua estrutura anatômica, sua exposição às forças externas e às demandas funcionais. Além de serem inúmeros os transtornos dessa articulação, as consequências são variadas tanto para a função quanto para a qualidade de vida do indivíduo idoso.

Os principais acometimentos do joelho são as lesões ligamentares, as disfunções patelofemorais, as lesões meniscais e as lesões degenerativas.

Em relação às lesões degenerativas destaca-se a osteoartrite (OA). A OA é considerada hoje, o distúrbio articular crônico mais prevalente no mundo, e está associado à dor e a incapacidade significativa. Provoca aumento do risco de quedas, de fraturas e conseqüente piora a qualidade de vida.

Este quadro afeta economicamente uma sociedade, devido à diminuição da força de trabalho, e onera os sistemas de saúde dos países. Isso é decorrente do aumento da necessidade de atendimento médico e dos custos das medidas curativas e sintomáticas, principalmente em sociedades industrializadas (CIF, 2003). Além disso, ainda como conseqüência da lesão é observado um aumento acentuado de incapacidade funcional e de marcha, gerando uma maior dependência do indivíduo (CIF, 2003). O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, já que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo empregado como um conceito associado à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente.

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 qualidade de vida (QV). Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi investigar a influência da osteoartrose sobre a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: osteoartrite, acometimentos na articulação de joelho, fisioterapia na osteoartrite, idosos com osteoartrite de joelho, qualidade de vida e seus termos equivalentes

ABSTRACT

The knee joint is most commonly subject to injury because of its anatomical structure, its exposure to external forces and the functional demands. Besides being numerous disorders of this joint, the consequences are varied for both the function and quality of life for the elderly.

The main bouts are knee ligament injuries, dysfunctions patellofemoral, meniscal injuries and degenerative lesions. In relation to degenerative stands osteoarthritis (OA). OA is now considered the most prevalent chronic joint disorder worldwide and is associated with significant pain and disability. Causes increased risk of falls, fractures and consequent worsening of the quality of life.

This table affects a society economically, due to reduced workforce, and burdens the health systems of countries. This is due to the increased need for medical care and costs of remedial measures and symptomatic, mainly in industrialized societies.

Wherever even as a consequence of the lesion is observed a marked increase in functional disability and running, creating greater dependence of the individual. The impaired functional capacity of the elderly has important implications for the family, the community, the health system and for the life of the elderly, since the failure causes greater vulnerability and dependency in old age, contributing to decreased well-being and quality of life for seniors.

The term quality of life related to health (HRQOL) has been used as a concept associated with the patient's subjective evaluation and the impact of health status in the ability to live fully. It is known that chronic and degenerative diseases in the major therapeutic challenge is to change behavior concerning disabilities, chronic pain, disability, and how one faces the problems can negatively affect quality of life (QOL). Than, the objective do this study was to investigate the influence of osteortrose on quality of life for elderly. Keywords: osteoarthritis, impairment in the knee joint, physical therapy in osteoarthritis, elderly patients with knee osteoarthritis, quality of life and their equivalent terms.

SUMÁRIO

- METODOLOGIA	1
- INTRODUÇÃO	2
- REVISÃO DE LITERATURA	6
- OSTEOARTRITE EM IDOSOS	8
- QUALIDADE DE VIDA E OSTEOARTRITE	12
- CONCLUSÃO	17
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida utilizou como método uma revisão bibliográfica que envolveu um estudo com os seguintes temas: qualidade de vida, fisioterapia, geriatria, gerontologia, osteoartrose de joelho, idosos.

O levantamento bibliográfico refere-se às publicações dos anos 2000 a 2010. Devido à sua importância dentro do tema da pesquisa, cinco artigos de anos anteriores a 2000 foram incluídos. Foram selecionados e analisados artigos, através de leitura crítica, visando discutir as repercussões da osteoartrose (OA) na qualidade de vida dos idosos.

Para a realização desse trabalho foram revisados 60 artigos e destes selecionados 41 que foram pertinentes ao assunto. Estes foram selecionados e delimitados quanto à atualização dos temas abordados, às relações teórico-práticas estabelecidas e ao ano de publicação. As publicações foram selecionadas a princípio pelos títulos e depois pela leitura dos resumos, pelo mesmo pesquisador.

Foram ainda utilizados cinco capítulos de livro, duas meta-análises e cinco revisões sistemáticas.

Realizou-se uma revisão de literatura, buscando os dados em fontes como Pubmed, Lilacs, Scielo, MeLine, Cochane, Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (EEFFTO).

As palavras-chave utilizadas foram: osteoartrite, acometimentos na articulação de joelho, fisioterapia na osteoartrite, idosos com osteoartrite de joelho, qualidade de vida e seus termos equivalentes na língua inglesa e hispânica e portuguesa.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE) estima-se que em 2025, a expectativa de vida no Brasil será de 74 anos. Atualmente, mais de 15 milhões de brasileiros têm mais de 60 anos de idade, sendo que a participação de pessoas nessa faixa etária no total da população brasileira dobrou nos últimos 50 anos. Além disso, a população mais idosa, acima de 80 anos, também está aumentando (Chaimowicz). Ao que tudo indica em 2025 a população idosa brasileira chegará a 15,1%.

Visto esta abordagem Chaimowicz citando Chiarello et al (2007), relata que o Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para 6ª posição mundial no número absoluto de idosos. (CAPACIDADE FUNCIONAL)

Nos últimos anos ocorreu um envelhecimento da população brasileira através do aumento proporcional do número de idosos. Os idosos, particularmente os mais velhos, acima de 75 anos são o segmento que mais cresce no país. Entre os anos de 1991 e 2000 essa população cresceu duas vezes e meia comparada às outras faixas etárias (CHAIMOWICZ, 1997) o que justifica o interesse em conhecer as características dessa população, visando a necessidade desta informação para o planejamento das políticas sociais (WANIMACHER, 2006)

O envelhecimento tem sido motivo de preocupação e questionamentos constantes dentro de um contexto socioeconômico e cultural mundial. No Brasil, devido o achatamento da pirâmide demográfica conseqüente ao declive na taxa de mortalidade e também à diminuição na taxa de natalidade, a política de saúde tem sido levada a focar atenção integral à saúde do idoso dentro do sistema de saúde brasileiro, mesmo considerando suas limitações. Além disso, há um constante progresso em relação à busca de alternativas para que se melhore as condições de vida ou de sobrevivência dos idosos. (ALEXANDRE et al, 2008)

Na verdade, a expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase 25 anos nestes últimos 50 anos. No ano 2000 a expectativa ao nascimento era de 63 anos para homens e 65 anos para mulheres sem que, concomitantemente, tenham melhorado as condições de vida e de saúde da maioria da população (ASSIS et al., 2002). Segundo Camarano et al (ANO) o

processo de envelhecimento populacional no Brasil está ocorrendo bem mais rápido que nos países desenvolvidos.

Mas não é possível deixar de reconhecer que o envelhecimento populacional traz novos desafios. O processo de transição epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos em países desenvolvidos e em desenvolvimento transformou o paradigma de saúde, e faz com que, hoje, doenças crônicas e degenerativas como a osteoartrite (OA) – que afeta frequentemente a população idosa – assumam papel de destaque. Dentro dessa perspectiva, o envelhecimento saudável deve ser buscado por meio da interação entre saúde física, saúde mental, capacidade funcional, integração social, independência econômica e suporte familiar. (YLDIS, 2010)

A capacidade funcional (CF) por ser afetada diretamente por essa doença tornou-se um importante meio de avaliar a autonomia e a independência do idoso.

Essas doenças, além de interferirem negativamente na qualidade de vida destes indivíduos, sobrecarregam os serviços de saúde pública, uma vez que idosos necessitam de cuidados por períodos prolongados de tempo. (YLDIZ, 2010)

Doença articular degenerativa, osteoartrose ou osteoartrite são termos utilizados para caracterizar uma doença idiopática, das articulações sinoviais e de progressão lenta que ocorre em períodos avançados da vida ou como consequência de algum traumatismo. (COIMBRA, et al, 2002)

A osteoartrite (OA) é considerada hoje, o distúrbio articular crônico mais prevalente no mundo, e está associado à dor e a incapacidade significativa. Provoca aumento do risco de quedas, de fraturas e conseqüente piora a qualidade de vida.

Segundo Albuquerque citando Galli *et al* ano a osteoartrite (OA) é um distúrbio musculoesquelético geralmente insidioso, progressivo e lento, que afeta tipicamente as articulações das mãos, da coluna, do quadril e do joelho. É uma doença reumática degenerativa que atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar alterações na cartilagem articular. Essa, por sua vez, dá origem a zonas de fibrilação e fissuração, e observa-se também microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral e formação de osteófitos

nas bordas articulares. (YLDIZ, et al 2010) A etiologia da OA não é bem conhecida, mas está relacionada a cargas excessivas e microtraumas repetitivos associados a tarefas ocupacionais. Junto a isso, encontram-se fatores hereditários, metabólicos e endócrinos que sugerem a participação do estrógeno na fisiopatologia. (WATANABE et al, 2010)

A OMS estima que 10% da população mundial com idade acima de 60 anos sofrem de osteoartrose, sendo que 80% desta população têm restrição de movimentos e 25% apresentam limitações funcionais para desempenho das atividades cotidianas. (WATANABE et al, 2010; FACCI et al, 2007)

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 qualidade de vida (QV).

A expressão qualidade de vida tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizada na atualidade, até as relações com os sentimentos e emoções, as relações pessoais, os eventos profissionais, a política, o sistema de saúde e as atividades de apoio profissional (CAMANHO, 2001; CHACÓ, 2004). Outros fatores que influenciam na qualidade de vida é o gênero, a escolaridade, a idade, a condição econômica e a presença de incapacidades (CHACÓ, 2004).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo empregado como um conceito associado à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (COIMBRA, 2002; DANGELO, 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) refere-se à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais. Função cognitiva, sexual, produtividade no trabalho, percepção de doença, dor e auto-estima são importantes dimensões na avaliação da QV. (DIAS e DIAS, 2002)

A atuação da fisioterapia junto com a equipe multidisciplinar pode evitar que o impacto da osteoartrose cause maiores danos levando à limitação funcional. A sua proposta deve englobar vários objetivos, tais como: o alívio da

dor, a prevenção da perda de trefismo muscular, ganho/manutenção da força muscular e da amplitude de movimento, trazendo como conseqüências, de um programa terapêutico adequado, a melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi investigar a influência da osteortrose sobre a qualidade de vida dos idosos.

REVISÃO DE LITERATURA

Anatomia funcional do joelho

O joelho é uma das articulações mais comumente sujeita à lesão, devido a sua estrutura anatômica, sua exposição às forças externas e às demandas funcionais. Além de serem inúmeros os transtornos dessa articulação, as conseqüências são variadas tanto para a função quanto para a qualidade de vida do indivíduo (LOPES et al, 2007, MANN et al, 2006). Nos casos de lesões, atividades que antes faziam parte do cotidiano do indivíduo tornam-se barreiras com a nova condição da articulação . Os movimentos fundamentais como a flexão e extensão do joelho encontram-se limitados na maioria das lesões, o que interfere diretamente em tarefas como assentar, agachar,

realização de saltos, corridas, movimentos que exigem aceleração e frenagem rápida ou até mesmo uma simples caminhada em um terreno plano. (PECCIN et al, 2006; REBELATTO et al, 2007)

Do ponto de vista anatômico, o joelho é composto de três articulações: tibiofemoral, patelofemoral e tibiofibular superior

A articulação tibiofemoral é a maior articulação do corpo, classificada como do tipo gínglimo ou dobradiça modificada, e que possui dois graus de liberdade. A membrana sinovial que a envolve é extensa e comunica-se com muitas das bolsas localizadas em torno do joelho. As superfícies articulares da tíbia e do fêmur não são congruentes, o que permite aos dois ossos moverem-se em graus diferentes, guiados pelos músculos e ligamentos. (PEREIRA et al, 2006; REZENDE et al, 2009) O espaço entre o fêmur e a tíbia é parcialmente preenchido por dois meniscos que se fixam à tíbia e aumentam a congruência. O menisco medial é menor e mais espesso posteriormente. O menisco lateral é maior e, geralmente, sua espessura é uniforme. Os meniscos são responsáveis pela nutrição e lubrificação da articulação, pela absorção dos choques, pela distribuição do estresse sob a cartilagem articular. Isso vai diminuir seu desgaste, pela redução do atrito durante o movimento e ainda, ajudar os ligamentos e a cápsula a prevenir a hiperextensão (MAGEE, 2005).

Além dos meniscos, as estruturas ligamentares presentes impedem a hipermobilidade da articulação e mantêm a estabilidade da mesma. Os principais ligamentos são o ligamento cruzado anterior (LCA), o ligamento cruzado posterior (LCP), o ligamento colateral medial (LCM) e o ligamento colateral lateral (LCL) (MAGEE, 2005)

A articulação patelofemoral é do tipo plana modificada. Essa classificação deve-se ao fato da superfície articular lateral da patela ser mais larga. A patela contém a camada mais espessa de cartilagem do corpo e, na realidade, é um osso sesamóide encontrado no interior do tendão patelar. Mesmo com essa cobertura cartilaginosa, apresenta um alto índice de processos degenerativos, sendo que, a terceira faceta é a mais frequentemente afetada na condromalácia, o que é comum na síndrome patelofemoral. A função da patela é melhorar a eficiência da extensão durante os últimos 30° de extensão, pois mantém o tendão do quadríceps distante do eixo de movimento.

A articulação tibiofibular superior é uma articulação plana localizada entre a tíbia e a cabeça da fíbula. Ela é sustentada por ligamentos anteriores e posteriores de mesmo nome. O movimento ocorre nesta articulação em qualquer atividade que envolva o tornozelo . Dessa forma, pode-se supor que alterações ocorridas no tornozelo podem desencadear sintomatologia no joelho e vice-versa.

Os principais acometimentos do joelho são as lesões ligamentares, as disfunções patelofemorais, as lesões meniscais e as lesões degenerativas.

Em relação às lesões degenerativas destaca-se a osteoartrite (OA). A OA é considerada hoje, o distúrbio articular crônico mais prevalente no mundo, e está associado à dor e a incapacidade significativa. Provoca aumento do risco de quedas, de fraturas e conseqüente piora a qualidade de vida.

OSTEOARTRITE EM IDOSOS

A osteoartrite pode ser considerada a afecção músculoesquelética mais comum nos indivíduos acima de 65 anos e a maior causa de incapacidade nessa população. (Projeto diretrizes) Por volta dos 65 anos, ou mais, cerca de 85% dos indivíduos têm evidência radiológica ou clínica da enfermidade (MAGEE, 2005), sendo a maior causa de incapacidade nessa população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 25% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem de dor e incapacidade associados à OA.

Este quadro afeta economicamente uma sociedade, devido à diminuição da força de trabalho, e onera os sistemas de saúde dos países. Isso é decorrente do aumento da necessidade de atendimento médico e dos custos das medidas curativas e sintomáticas, principalmente em sociedades industrializadas . Além disso, ainda como conseqüência da lesão é observada

um aumento acentuado de incapacidade funcional e de marcha, gerando uma maior dependência do indivíduo . (LOPES et al, 2007) A OA está geralmente associada à idade, à obesidade, às lesões ou cirurgias prévias, ao esforço ocupacional ou recreacional acumulativo, ao mau alinhamento articular e à fraqueza muscular . Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam essa enfermidade. No Brasil a OA afeta de 6 a 12% da população adulta e mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade . A OA é vista hoje como uma afecção dolorosa das articulações que tem como causa o desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos. Está associada a uma variedade de demais condições: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem, fatores genéticos. (MATSUDO et al, 2009)

A osteoartrite pode ser classificada como primária ou secundária de acordo com suas causas ou fatores predisponentes. A primária é o tipo mais comum, não tem etiologia identificável ou causa predisponente. A secundária, embora tenha um fator que predisponha ao seu surgimento é patologicamente indistinguível da OA primária. (ZACARON et al, 2006; VECCHIA et al, 2005)

A dor deflagra um estresse físico e psicológico intenso que desencadeiam inúmeras repercussões tais como incapacidades, sofrimento psicológico e prejuízo na qualidade de vida.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, já que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos . (SILVA et al, 2006)

O estudo realizado por Assis et al (2000) mostra que a incidência e o número de articulações acometidas é, em geral, maior no sexo feminino, o que leva à forma generalizada ser mais comum em mulheres. Estas diferenças só se tornam relevantes após os 55 anos, quando as mulheres passam a ser mais acometidas pela doença do que os homens. O principal fator contribuinte para o aumento da incidência a partir desta idade nas mulheres está relacionado à deficiência estrogênica após a menopausa que eleva os riscos para o desenvolvimento de OA.

Tanto a prevalência quanto a incidência da artrose aumentam com a idade a partir dos 40 anos. A prevalência tem padrões específicos relacionados à idade e ao gênero: antes dos 50 anos, a prevalência é maior em homens do que em mulheres, e após os 50 anos, mulheres são mais afetadas nas mãos, pés e joelhos, enquanto a osteoartrose de quadril parece ser mais frequente em homens (SEID, 2004; TEIXEIRA, 2008) Com base nessa abordagem, a idade é o fator de risco mais consistente para o desenvolvimento da OA, podendo atingir 30% das pessoas acima de 60 anos. Segundo Carvalho apud Queiroz (2003) a OA atinge cerca de 5 a 10% da população em geral sendo que 90% da população com mais de 60 anos de idade tem OA e 100% dos indivíduos acima de 70 anos.

A OA pode ser definida a partir de suas características clínicas, uma das principais é a dor na articulação afetada, que geralmente é agravada com a atividade. Na maioria dos casos essa dor é aliviada com repouso. Estas características acabam por afetar o indivíduo em múltiplas dimensões do nível orgânico até o social. Um recente estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a osteoartrite seria a quarta causa mais importante de incapacidade entre mulheres e a oitava entre homens. (CHAIMOWICZ, 1997)

Outros sintomas são: rigidez articular, principalmente matinal, após períodos de imobilidade; aumento articular; com formação de edema e deformidade, além de instabilidade e insegurança; limitação funcional e dos movimentos.

Os sintomas mais referidos são a dor e a perda de função. A incapacidade resultante reduz a qualidade de vida e aumenta riscos de morbidade e mortalidade. (YLDIZ et al, 2009)

A presença de 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 saúde.

A OMS estima que 25% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem de dor e incapacidade associados à OA. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a

incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. (WATANABE et al, 2010)

Dentro dos serviços de saúde pública, a OA apresenta importância significativa, tanto por seus efeitos nocivos, quanto pelo impacto que esta causa à qualidade de vida das pessoas e da sociedade em geral, sendo uma das causas mais frequentes de dor no sistema musculoesquelético, de aposentadoria precoce, além de causar incapacidade e afastamento do trabalho. (MANN et al, 2006; MARQUES et al, 1998))

O número de idosos portadores de osteoartirte de joelho é expressivo, o que poucos sabem é que essa pode vim a interferir no equilíbrio estático, fazendo com que o mesmo deixe de realizar suas atividades físicas por receio a danos maiores, aumentando ainda mais os índices de sedentarismo entre essa população. Entretanto umas das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) é o envelhecimento ativo (físico, mental e social), sendo assim, a prática de exercícios físicos, com cuidado e orientação é de suma importância para reverter o sedentarismo e todas as alterações provocadas pela doença, a fim de promover uma maior independência do idoso, restaurando a qualidade de vida.(MANN et al, 1998; MATOS et al, 2009)

QUALIDADE DE VIDA E OSTEORTRITE

O aumento da expectativa de vida no contingente da população nem sempre está correlacionado com a melhora da qualidade de vida. Muitas vezes, o envelhecimento associa-se a presença de comorbidades com maior possibilidade de desenvolver doenças crônicas degenerativas, gerando os cuidados com a saúde de alto custo o de alta complexidade (DIAS et al, 2002)A osteoartrose é a forma mais comum de processo articular degenerativo no mundo ocidental. As alterações intra-articulares são caracterizadas por perda da cartilagem articular e formação marginal osteofitária (MARX et al., 2006).

Depois da doença cardiovascular, a osteoartrose é considerada como a segunda causa de enfermidade que pode levar a debilidade crônica (TILLU, TILLU & VOWLER, 2002), maior causa de morbidade, limitação para as atividades, especialmente em indivíduos mais velhos. A dor e a função limitante

são manifestações clínicas primárias da osteoartrose de joelho (BERMAN et al., 2004).

Chega a acometer 12% da população adulta dos EUA e frequentemente está associada a significativa redução e restrição da qualidade de vida (FALOPA & BELOTI, 2006). Estima-se que 4% da população brasileira apresente osteoartrose e o acometimento de joelhos é responsável por 37% dos casos. Quando a doença acomete as articulações dos membros inferiores é especialmente incapacitante (VASCONCELOS, DIAS & DIAS, 2006).

Sua prevalência aumenta com a idade, sendo maior o número de casos de osteoartrose de joelho em mulheres, diferente da osteoartrose de quadril que tem maior incidência em homens (CAMARGOS, LANA & JMD, 2004; MARX et al., 2006). Um recente estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a osteoartrose seria a quarta causa mais importante de incapacidade entre mulheres e a oitava entre homens (MARX et al., 2006).

Quanto mais velha a população pior a disfunção física e dessa forma, o acometimento da osteoartrose é proporcional ao aumento da expectativa de vida (VAS et al., 2004), já que esta pode ser classificada como: primária que é o resultante do processo de envelhecimento fisiológico; ou secundária como consequência do desgaste articular devido a fatores externos.

A OMS, em 1952, reformulou o conceito de saúde, como não somente a ausência de doença, mas também a presença de um bem estar físico, mental e social (CICONNELLI, 2003). Na evolução desse conceito, criou-se a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde e analisa as estruturas e funções do corpo, junto à Atividade de Vida Diária (AVD), participação social e fatores ambientais facilitadores ou barreiras arquitetônicas (CICONNELLI, 2003) Essa mudança de paradigma passou a nortear a prática atual de diversos profissionais da área da saúde, principalmente na fisioterapia. Sendo assim, o indivíduo deve ser avaliado quanto a sua lesão, mas também levar em consideração o impacto nas suas atividades diárias, na vida social, e na sua qualidade de vida (LOPES et al, 2007; MARX et al, 2006)

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade

funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, necessita-se que as políticas públicas tenham, também, o propósito, de melhorar esse conceito que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização social. (MAUÉS et al, 2010)

Cinco fatores são recomendados para o idoso ter saúde: vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. Se algum desses fatores estiver deficiente a qualidade de vida do idoso estará comprometida. Néri mostra que baixos níveis de saúde na velhice associam-se com altos níveis de depressão e angústia e com baixos níveis de satisfação de vida e bem estar. Também afirma que as dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária, devido a problemas físicos, ocasionam dificuldades nas relações sociais e na manutenção da autonomia, trazendo prejuízos à sua saúde emocional. (FARIAS et al, 2005)

A literatura relata que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, seja porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que se autodenominaram com boa qualidade de vida, na verdade não a possuíam segundo a interpretação dos instrumentos mencionados. Parece, portanto, que existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida da pessoa idosa. (FARIAS et al, 2005)

Os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida mais utilizados na área da saúde, mesmo sendo genéricos são: Short-form Health Survey (SF-36), Índice de LEQUESNE, WOMAC E LYSHOLM.

É preciso determinar a etiologia da dependência funcional do idoso e a possibilidade de reversibilidade desse processo. A progressão dessa doença

pode ser acentuada pela inatividade, assim, a atividade física é importante seja pelas tarefas do dia a dia ou através de programas de atividade física regular.

A osteoartrose não pode ser considerada exclusivamente uma consequência do envelhecimento, uma vez que há idosos que nunca sofrem osteoartrose.

Com o envelhecimento populacional e as modificações nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade, observa-se o aumento das doenças crônico-degenerativas.

Juntamente com a transição demográfica, houve a transição epidemiológica, caracterizada pela prevalência de doenças crônico-degenerativas, no lugar das doenças infecciosas, como causas de morbi/mortalidade.

A osteoartrite (OA) é considerada hoje, o distúrbio articular crônico mais prevalente no mundo, e está associado à dor e a incapacidade significativa. Provoca aumento do risco de quedas, de fraturas e conseqüente piora a qualidade de vida.

Com isso, viver mais pode significar o confronto com incapacidades, dependência, necessidade de cuidados prolongados, de instituições de longa permanência, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Um grande desafio que a longevidade impõe é o de conseguir uma sobrevivência maior, com melhor qualidade de vida.

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 idosa.

Essas doenças, além de interferirem negativamente na qualidade de vida destes indivíduos, sobrecarregam os serviços de saúde pública, uma vez que os idosos necessitam de cuidados por períodos prolongados de tempo segundo (MATOS et al, 2009).

O fato é que os problemas do envelhecimento e da incapacidade têm merecido a atenção e a preocupação de todos: políticas de saúde, profissionais da área, familiares e do próprio indivíduo idoso. (GARCEZ, 1996). As idades mais avançadas têm sido associadas à dependência e à perda do controle sobre a própria vida, mesmo para atos corriqueiros e banais de sobrevivência.

A AO é a afecção osteoarticular que mais atinge os idosos de ambos os sexos e interfere de modo importante na qualidade de vida destes, principalmente devido às suas características clínicas – dor acentuada na articulação afetada, rigidez articular, edema, além de instabilidade, insegurança, limitação funcional e dos movimentos – o que causa um impacto muito elevado na comunidade. O joelho é a segunda articulação mais acometida pela AO, com 37% dos casos. (GARCEZ, 1996)

Diante destes fatores, que de alguma forma influenciam negativamente na qualidade de vida do idoso, é preciso que se mantenha a capacidade funcional do mesmo por meio da promoção da saúde realizada pelas das equipes multidisciplinares, para que se evite que este reduza ou até mesmo abandone as suas atividades rotineiras, levando a um isolamento social, ansiedade e depressão. (LOPES et al, 2007)

A dor e a dificuldade nas AVD, dependência física, restrição à mobilidade e à integração social levam os idosos à pior percepção de saúde mental, seja porque apresentam dor ou porque a dor persistente desencadeou um processo depressivo. (LOPES et al, 2007)

A depressão e a ansiedade podem intensificar os efeitos da OA por aumentarem a dor, as limitações funcionais e diminuir a adesão a tratamentos medicamentosos.

A grande maioria dos estudos demonstrou que a OA interfere de forma negativa na QV dos indivíduos idosos, levando estes a um decréscimo na realização de suas Atividades de Vida Diária (AVDs), necessitando de auxílio parcial e até mesmo total para o desenvolvimento das mesmas, além, é claro, do aumento da procura aos serviços de saúde. (LEMOS et al, 2006)

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.

CONCLUSÃO

A atuação da fisioterapia junto com a equipe multidisciplinar pode evitar que o impacto da osteoartrose cause maiores danos levando à limitação funcional. A sua proposta deve englobar vários objetivos, tais como: o alívio da dor, a prevenção da perda de tônus muscular, ganho/manutenção da força muscular e da amplitude de movimento, trazendo como conseqüências, de um programa terapêutico adequado, a melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida.

É, também, de suma importância a criação de Políticas Públicas que interfiram positivamente na manutenção da QV de idosos com OA de joelho, e mesmo naqueles que apresentam qualquer outro fator predisponente de decréscimo funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE R.P., GIORDANO V., STURM L., JÚNIOR A.V., LEÃO A., AMARAL N.P., Análise da reprodutibilidade de três classificações para a osteoartrose do joelho **Rev Bras Ortop.**43(8) p.329-35, 2008.

ALENCAR M. A., ARANTES P.M.M., DIAS J.M.D.,KIRKWOOD R.N., DIAS R.C., Muscular Function and Functional Mobility of Faller and Non - Faller Elderly Women With Osteoarthritis of the Knee **Braz J Med Biol Res** 40(2) p. 277-283, 2007.

ALEXANDRE S.A., CORDEIRO R.C., RAMOS L.R., Qualidade de Vida em Idosos com Osteoartrite:326-32 **Fisioter Pesq.**,15(4) 327, 2008.

ALFIERI F. M., MORAES M. C. L., Envelhecimento e o Controle Postural **Saúde Coletiva**, v.4, n 019 p.30-33 Editorial Bolina, São Paulo, Brasil, 2008.

BRENDA W. J. H. PENNINX, PhD; STEPHEN P. MESSIER, PhD; W. JACK Rejeski, PhD; Jeff D. WILLINSON, MD, PhD; DI BARI Mauro , MD, PhD; CAVAZZINI C., MD; APPLGATE, W. B. MD; PAHOR M., MD Physical Exercise and the Prevention of Disability in Activities of Daily Living in Older Persons With Osteoarthritis **RCH INTERNMED** v. 161, OCT, 2001.

CAMANHO G.L., Tratamento da Osteoartrose de joelho **Rev Bras Ortop** V. 36, Nº 5 Maio, 2001.

CHACÓ J. N., GRANADOS I., MALDONADO I., MALDONADO T., MARÍN F., ZAMBRANO G., RODRIGUEZ M. Effect of Knee Osteoarthritis on the Perception of

Quality of Life in Venezuelan **Patients Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)** vol. 51, n. 3, p. 377–382 jun. 2004.

CICONNELI, R.S. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 43, n. 2, p. 9-13, 2003.

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 4 ed. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, p. 258-259, 2003.

COIMBRA I.B., PASTOR E.H., GREVE J.M., PUCCINELLI M. L. C., FULLER R., CAVALCANTI F.S., MACIEL F.M.B., HONDA H. Consenso Brasileiro para o Tratamento da Osteoartrite (Artrose) **Rev Bras Reumatol** – vol. 42 – N. 6 – nov/dez, 2002

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana sistêmica e segmentar: para o estudante de medicina**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 671, 2003

DELISA, J. A.; GANS, B. A. **Tratado de Medicina de Reabilitação – Princípios e Prática**. 3. ed. v. 2. São Paulo: Manole, 2002, p. 951 -1911.

FACCI L.M., MARQUETTI R., COELHO K.C., Fisioterapia Aquática no Tratamento da Osteoartrite de Joelho: série de casos **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 17-27, jan./mar., 2007.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FRANCHI K.M.B., JÚNIOR R.M.M., Atividade Física: Uma Necessidade Para a Boa Saúde na Terceira Idade **RBPS**; 18 (3): p.152-156, 2005

LE MOS, M. C. D.; MIYAMOTO, S. T.; VALIM, V.; NATOUR, J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 44, n. 5, p. 323-328, 2006.

LIMEIRA, S.C. Benefícios dos Exercícios Contra-Resistidos Para Idosos Com Osteoartrose De Joelho.

LOPES A.D., CICONELLI R.M., REIS dos F.B., Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Rev Bras Ortop.** 2007;42(11/ 12):p. 355-9.

MAGEE, D.J. Avaliação músculoesquelética. 4. ed. Barueri, SP. Manole, 2005. 1014p.

MANN, B.J.; KROCHER M.S.; IRRGAN, J.J.; HARRAST, J.J.; ANDERSON, A.F. and members of the international knee documentation committee. The international knee documentation committee subjective knee evaluation form: normative data. **The american journal of sports medicine**, v. 34, n. 1, p. 128-135, 2006.

MARQUES, A.P.; KONDO, A. A Fisioterapia na Osteoartrose Uma Revisão de Literatura. **Rev. Bras. Reumatol.** v. 38, nº 2, mar/abr., 1998.

MARX, F.; OLIVEIRA, L.; BELLINI, C.; RIBEIRO, M. Tradução e Validação Cultural do Questionário Algofuncional de Leque para Osteoartrite de Joelhos e Quadril para Língua Portuguesa. **Rev. Bras. De Reumatologia**, v.46, n.4, p. 253-260, jul/ago, 2006.

MATOS D.R., ARAÚJO T.C.C.F., Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre a osteoartrose. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 511-518, jul./set. 2009.

MATSUDO S.M., Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, p.135-37, set. 2006. Suplemento n.5.

MATSUDO V.K.R., CALMONA C.O., Osteoartrose e Atividade Física **Diagn. Tratamento**. 2009;14(4):p.146-51.

MITRE N.C.D., Avaliação da Capacidade Funcional de Mulheres Idosas com Osteoartrite de Joelho e Sua Relação Com Queda (Dissertação), 2006.

MAUÉS C.R., PASCHOAL S.M.P, JALUUL O., FRANÇA C.C., FILHO W.J. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2010 set-out;8(5):p.405-10.

PAULA, J.A.M.;TAVARES, M.C.G.C.F. & DIOGO, M.J.D. Avaliação Funcional em Gerontologia. **Gerontologia** 6(2):81-88, 1998.

PECCIN, M.S.; CICONNELI, R.; COHEN, M. Questionário específico para sintomas do joelho “*Lysholm Knee Scoring Scale*” – Tradução e validação para a língua portuguesa. **Acta Ortop Bras**, v. 14, n. 5, p. 268-272, 2006.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

REZENDE M.U., GOBBI R.G., Tratamento Medicamentoso da Osteoartrose do Joelho **Rev Bras Ortop**. 449(1): p. 14-19, 2009.

ROSIS R.G., MASSABIK P.S., KAIRALLA M. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência **Rev Bras Clin Med** 8(2): p.101-8, 2010.

SEID E.M.F., Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):p.580-588, mar/abr, 2004.

SILVA, R.R.; SILVA, D.J.A.; MATOS, M.A.; ABREU, M.S. Associação entre o tempo de ruptura do ligamento cruzado anterior e frequência de outras lesões articulares do joelho. **Rev. Bras. Ortop.**, v. 41, n. 7, p. 268-271, 2006.

TAMEGUSHI A.S., TRELHA C.S., DELLAROZA M. S.G., CABRERA M., RIBEIRO T.N., Capacidade Funcional de Idosos com Osteoartrite de Joelhos e Quadril **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.08-16, jun.2008

TEIXEIRA, C.V. O Papel da Atividade Física e/ou Exercício Físico nas Alterações Morfológicas e Funcionais Ocorridas com o Envelhecimento. **Informe Phorte**, v.10, n. 22, out.mar.2007/2008.

VASCONCELOS K.S.S., DIAS J.M.D., DIAS R.C., Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Rev Bras Fisiot.** 10(2) p. 213-218, 2006.

VECCHIA, R. D., RUIZ T, BOCCHI S.C.M., CORRENTE J.E., Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo **Rev Bras Epidemiol**; 8(3), p. 246-252, 2005.

WANNMACHER, L. Osteoartrose de joelhos parte II: evidências sobre abordagens não-medicamentosas. **ISSN 1810-0791**, v. 3, n. 4, p. 1-6, 2006.

WITVROUW, E.; VANDERSTRAETEN, G.; PEERS, K.; LYSSENS, R; BELLEMANS J. Open versus closed kinetic chain exercises for patellofemoral pain: a prospective, randomized study. **The american journal of sports medicine**, vol. 28, n. 5, p. 687-694, 2000.

World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

ZACARON K.A.M., DIAS J.M.D.; ABREU N.S., DIAS R.C., Nível de Atividade Física, Dor e Edema e suas relações com disfunção muscular de joelho de idosos com osteoartrite **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 279-284, jul./set. 2006