

PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA¹

CAROLINA CANTON SANDRIN²

PATRICIA HERMANN BATISTA²

LIZANKA PAOLA FIQUEIREDO MARINHEIRO³

MARIA CELESTE OSÓRIO WENDER⁴

FELIPE ROISENBERG¹

Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil

Relationship between quality of life and vertebral fracture in older women living in Southern Brazil

Artigo original

Palavras-chave

Idoso
Pós-menopausa
Fraturas da coluna vertebral
Osteoporose
Qualidade de vida

Keywords

Aged
Postmenopause
Spinal fractures
Osteoporosis
Quality of life

Resumo

OBJETIVO: Verificar a relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres com mais de 60 anos em uma cidade do Sul do Brasil. **MÉTODOS:** Realizado estudo caso-controle com aplicação do questionário WHOQOL-bref em 100 mulheres residentes na cidade Chapecó (SC), com idade superior a 60 anos, na pós-menopausa de raça branca ou caucasóide, sem prejuízo cognitivo importante ou história pessoal de doenças que sabidamente afetem o metabolismo ósseo ou neoplasias malignas. A população foi dividida em dois grupos dependendo da existência ou não de fraturas vertebrais na radiografia de coluna. Foram analisadas variáveis relacionadas à história médica atual e pregressa, hábitos de vida e história familiar de fraturas, e os domínios e facetas que compõem o WHOQOL-bref. **RESULTADOS:** Observou-se que as mulheres com fratura tinham maior média de idade do que as sem fraturas ($p < 0,05$). Também pareceu haver tendência a pertencerem a classe social mais alta, terem mais anos de estudo, maior renda familiar, e maior frequência de utilização de bebida alcoólica ($p > 0,05$). Na avaliação dos domínios que compõem o WHOQOL-bref, a maior média deste grupo foi no psicológico ($\bar{x} = 63,6 \pm 13,0$), e a menor no meio ambiente ($\bar{x} = 58,8 \pm 9,3$). No grupo sem fratura, a maior média também ocorreu no domínio psicológico ($\bar{x} = 67,2 \pm 9,3$), já a menor ocorreu nas relações sociais ($\bar{x} = 57,5 \pm 7,7$). A análise estatística não mostrou correlação significativa entre as médias das facetas que compõem os domínios entre os grupos com e sem fraturas. **CONCLUSÃO:** Este estudo sugere não haver prejuízo na qualidade de vida de idosas com fratura vertebral, mas sua relação com o tempo de ocorrência e gravidade das fraturas deve ser melhor avaliada. Ambos os grupos tiveram escores mais elevados no domínio psicológico, mostrando que as entrevistadas se apoiam em crenças pessoais, espiritualidade e religião, aceitam sua aparência física mantendo a autoestima e a capacidade de pensar, aprender e concentrar-se, independentemente da existência do agravo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, e nem entre os domínios no mesmo grupo.

Abstract

PURPOSE: To investigate the relationship between quality of life and spinal fracture in women aged over 60 living in Southern Brazil. **METHODS:** A case-control study was conducted with the application of the WHOQOL-bref questionnaire to 100 women living in the city of Chapecó (SC), aged over 60, postmenopausal, white or Caucasian, with no important cognitive impairment or a history of diseases known to affect bone metabolism, or malignant neoplasias. The population was divided into two groups depending on the presence or absence of fractures in the spine radiography. We analyzed variables related to the current and previous medical history, life habits and family history of fractures, and the domains and facets that compose the WHOQOL-bref. All participants were informed about the objectives and methodologies adopted and gave written informed consent to participate in the study. **RESULTS:** The mean age of the women in the fracture group was older than that of women with fractures ($p < 0.05$). Also women with fractures tended to belong to a higher social class, to have more years of study, a higher family income, and a greater use of alcoholic drinks ($p < 0.05$). In the evaluation of the WHOQOL-bref domains, the fracture group had the highest average in the psychological field ($\bar{x} = 63.6 \pm 3.0$) and the lowest in the environment field ($\bar{x} = 9.3 \pm 58.8$). In the group without fracture, the highest average also occurred in the psychological domain ($\bar{x} = 67.2 \pm 9.3$) and the lowest in the field of social relations ($\bar{x} = 57.5 \pm 7.7$). Statistical analysis showed no significant correlation between the averages of the facets that make up the areas between the groups with and without fractures. **CONCLUSIONS:** This study suggests that there is no

Correspondência:

Patrícia Pereira de Oliveira.
Rua Senador Aílio Fontana, 591E – EFAPI
CEP: 89809-000 – Chapecó (SC), Brasil

Recebido

11/05/2011

Aceito com modificações

28/06/2011

Núcleo de Pesquisa “Qualidade de vida e ciclo evolutivo da família chapecoense” da Universidade Comunitária e Regional de Chapecó – Unochapecó – Chapecó (SC), Brasil.

¹ Professor Titular do Curso de Medicina da Universidade Comunitária e Regional de Chapecó – Unochapecó – Chapecó (SC), Brasil.

² Acadêmicas do último ano do Curso de Medicina da Universidade Comunitária e Regional de Chapecó – Unochapecó – Chapecó (SC), Brasil.

³ Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Professora Adjunta do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

impairment of quality of life among older women with vertebral fractures, but the relation between QL and time of occurrence and severity of the fractures should be better evaluated. Both groups had higher scores in the psychological domain, showing that the respondents rely on personal beliefs, spirituality and religion, accept their physical appearance while maintaining self-esteem and the ability to think, to learn and to concentrate despite the presence of this disease. There was no statistically significant difference between groups or between domains in the same group.

Introdução

O envelhecimento crescente da população mundial também se reflete na população brasileira. Estima-se que, em 2025, 14% desta população seja constituída por idosos¹, gerando novas demandas ao sistema de saúde. Além da necessidade da criação e adaptação das políticas públicas para atender a esta crescente parcela de idosos, destaca-se a importância de se reconhecer e investigar as condições que possam interferir na qualidade de vida (QV) destes indivíduos no intuito de propor ações que promovam seu bem-estar².

O conceito de QV varia conforme o autor e a subjetividade do entrevistado e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal abrangendo 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, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive³. Desta forma, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa QV⁴.

Atualmente há consciência crescente de que as fraturas afetam substancialmente a QV dos pacientes^{5,6}, e representam um significativo problema de saúde pública devido aos custos econômicos e sociais, e aos altos índices de morbidade e mortalidade^{7,8}. Pacientes com fraturas podem ser incapazes ao trabalho, limitados na sua inserção social, atividades recreativas, e emocionalmente angustiados, exigem extensos cuidados médicos, psicológicos e assistência nas atividades da vida diária⁹. A QV para as mulheres com fraturas prévias é estimada como sendo igual ou pior do que a vivida por pacientes com diabetes, artrite, doença de pulmão e outras doenças crônicas¹⁰.

As fraturas de coluna vertebral são as mais comuns e precoces relacionadas à fragilidade óssea¹¹. Sua presença representa um risco maior de ocorrência de nova fratura em qualquer sítio^{11,12}. Afeta negativamente o estado físico, emocional, ambiental e a QV das mulheres porque são frequentemente associadas à deformidade, dor, cifose, limitação do movimento, ansiedade, depressão, medo, dependência para realização das atividades corriqueiras e predisposição a novas fraturas^{6,9,12-16}.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a existência de fraturas vertebrais e a

QV das mulheres idosas residentes no município de Chapecó (SC).

Métodos

Realizado estudo do tipo caso-controle com uma população de 100 mulheres com idade superior a 60 anos, na pós-menopausa, de raça branca ou caucasóide, residentes no município de Chapecó (SC). A amostra foi selecionada de forma sequencial a partir do resultado da radiografia de coluna tóraco-lombar (RX) de projeto prévio¹⁷, sendo divididas igualmente em dois grupos: com ou sem diagnóstico de fraturas vertebrais, até atingir a amostragem prevista. No estudo original¹⁷, foi selecionada uma amostragem aleatória estratificada por bairro de origem da população feminina acima de 60 anos residentes no município. Como as unidades básicas de saúde (UBS) têm cadastradas cerca de 90% desta população, utilizamos o cadastro das UBS para selecionar a amostra por este ser representativo da população local. Não houve nenhuma recusa para participação do estudo atual.

Os critérios de inclusão foram: sexo feminino; cor branca (autorreferida); idade superior a 60 anos; diagnóstico clínico de menopausa (ausência de menstruação por pelo menos 1 ano), residência fixa na cidade de Chapecó (SC). Os critérios de exclusão foram: prejuízo cognitivo importante que impossibilitasse a obtenção das respostas do questionário; história pessoal de doenças que sabidamente afetasse o metabolismo ósseo (como artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, hiperparatireoidismo, osteogênese imperfecta); neoplasias malignas nos últimos cinco anos, exceto carcinoma basocelular de pele.

A coleta de dados foi realizada, após treinamento, pela mesma equipe de estudantes de Medicina que participaram do estudo inicial¹⁸, através de visitas domiciliares quando então foi aplicado instrumento sobre QV denominado WHOQOL–bref.

O WHOQOL–bref foi traduzido para a língua portuguesa e consta de 26 questões sendo duas gerais sobre QV, e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100)¹⁷, sendo estruturado em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) cada qual pontuado de forma independente. Apesar de ser um questionário autoaplicável, optou-se pela entrevista face a face para evitar-se potencial dificuldade de leitura. As perguntas

não compreendidas eram relidas pelas entrevistadoras de forma pausada, sem nenhuma explicação ou utilização de sinônimos, sendo que o mesmo foi respondido tendo como referência as duas últimas semanas. Outras questões sobre história pessoal foram obtidas na aplicação do primeiro inquérito¹⁸.

As radiografias de coluna vertebral torácica e lombar (RX) em perfil foram realizadas em um mesmo Serviço de Radiologia, dentro das normas do programa de qualidade do Colégio Brasileiro de Radiologia. A aquisição das imagens obedeceu aos critérios padronizados internacionalmente. O radiologista foi orientado a fazer avaliação da coluna tóraco-lombar torácica e lombar (T4-L5) para fraturas vertebrais segundo o método semiquantitativo¹⁹. Para cada vértebra, utilizamos avaliação binária (sim ou não) quanto à presença de fratura (variável dependente). Outras deformidades não relacionadas à fratura não foram avaliadas.

As variáveis independentes incluídas na análise foram: idade atual, idade da menarca e da menopausa, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), relação cintura/quadril (Rc/q), situação conjugal (casada, viúva, divorciada ou solteira), anos de estudo (nenhum, 1 a 8 anos, 9 a 11 anos, >12 anos), classe social (alta/média, baixa), renda per capita em reais (RPC; faixas: R\$ 50 a 100,00; 101 a 200,00; 201 a 400,00; 401 a 1000,00; >1001,00), história prévia de fraturas por baixo impacto com idade >50 anos (sim ou não), tabagismo (nunca fumou, atual, passado), uso de álcool (diário, 3 a 4 dias/semana, 1 a 2 dias/semana, nunca ou esporádico), tempo de realização de atividade física ao ar livre (>60 minutos, de 30 a 60 minutos; sedentário) e história materna de fratura de quadril (sim ou não). Para a comparação da distribuição das variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de Student, com os resultados expressos em média e desvio-padrão, e para as categóricas o teste de proporção simples com valores expressos em porcentagem. Foram consideradas para análise apenas as fraturas de baixo impacto, definidas como as que ocorrem por queda da própria ou menor altura após os 50 anos de idade. Também foram excluídas as fraturas traumáticas e aquelas que ocorrem em locais não frequentemente associados à fragilidade óssea (face, crânio, tíbia e fíbula). A classe social foi definida conforme classificação municipal do bairro de origem como sendo alta e média, ou baixa.

A análise dos resultados do WHOQOL-bref foram feitas através da sintaxe determinada pelos validadores do instrumento no Brasil¹⁷. A partir dos valores obtidos para cada uma das 24 facetas que compõem os 4 domínios, foram obtidas as médias das respostas, o que possibilitou verificar cada uma das facetas separadamente. Com a finalidade de comparar os domínios, foram realizadas análises de variância (ANOVA) e teste de Tukey; a primeira, com objetivo de verificar se havia diferença entre os domínios,

e a segunda, para conhecer quais domínios apresentavam diferenças estaticamente significativas.

A análise estatística dos dados foi realizada com programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, a partir de banco de dados digitado na forma Excel. Todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de qualquer procedimento. Este estudo obedeceu aos critérios de ética preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, tendo sido previamente registrado sob nº 101/06 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó (Unochapecó), e não possuiu conflitos de interesse.

Resultados

As entrevistadas tinham idade entre 62 e 89 anos (\bar{x} = 70,7 ± 6,1). As características gerais estão expressas na Tabela 1 e as características socioeconômicas na Tabela 2. Nenhuma das variáveis analisadas mostrou relevância estatística nos grupos estudados, com exceção da idade ($p < 0,05$) que demonstrou que as mulheres com fratura eram mais velhas do que as sem fraturas. Interessante observar que a maioria das mulheres com fratura pertencia às classes alta ou média. A distribuição de renda per capita (RPC) concentrou na faixa de R\$ 401,00 a 1000,00 para ambos os grupos. Nenhuma das participantes tinha RPC inferior a R\$ 50,00, e apenas três mulheres do grupo sem fratura e seis do grupo com fratura tinham RPC maior que R\$ 1000,00.

Com relação aos fatores de risco relacionados à fragilidade óssea (Tabela 3), constatou-se que a maior parte das mulheres (89%) não tinha história prévia de fratura por baixo impacto, porém 85% delas relatavam história materna de fratura de quadril. Houve também tendência das fraturadas terem mais anos de estudo concluídos, maior renda familiar, e maior frequência de utilização de bebida alcoólica, embora não tenha havido significância estatística para nenhuma das variáveis analisadas ($p > 0,05$).

Tabela 1 - Características demográficas e antropométricas das mulheres da população de estudo, comparando-se entre aquelas com e sem fraturas n=100

| Características | Total | Com fraturas | Sem fraturas | Valor p |
|---------------------------|-----------|--------------|--------------|---------|
| Idade (anos) | 70,7±6,1 | 72,5±6,5 | 69,0±4,56 | 0,0 |
| Idade da menarca (anos) | 13,6±1,9 | 13,7±2,0 | 13,5±1,88 | 0,7 |
| Idade da menopausa (anos) | 49,2±5,6 | 49,7±4,4 | 48,7±6,57 | 0,4 |
| Peso (kg)* | 67,7±13,2 | 66,3±14,7 | 69,1±11,70 | 0,3 |
| Altura (m)* | 1,5±0,0 | 1,5±0,0 | 1,5±0,06 | 0,1 |
| IMC (kg/m ²)* | 27,7±4,9 | 27,5±5,5 | 28,0±4,22 | 0,6 |
| Relação cintura/quadril* | 0,9±0,2 | 0,9±0,2 | 0,9±0,05 | 0,1 |

Dados expressos em média±desvio-padrão; IMC: índice de massa corporal; *n=43 e n=43 para população com e sem fratura, respectivamente.

Os dados obtidos com o questionário WHOQOL-bref estão resumidos na Tabela 4. No grupo com fratura, a maior média foi no domínio psicológico ($\bar{x}=63,6\pm 13,0$) e a menor no domínio do meio ambiente ($\bar{x}=58,8\pm 9,3$). No grupo sem fratura, a maior média também ocorreu no domínio psicológico ($\bar{x}=67,2\pm 9,3$); já a menor ocorreu no domínio das relações sociais ($\bar{x}=57,5\pm 7,7$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para nenhum domínio ($p>0,05$).

Tabela 2 - Características socioeconômicas da população estudada, comparando-se os grupos com e sem fraturas de coluna n=100

| Características | Total (%) | Com fraturas (%) | Sem fraturas (%) | Valor p |
|--------------------------|-----------|------------------|------------------|---------|
| Situação conjugal | | | | |
| Casada | 45,0 | 25,0 | 20,0 | 0,60 |
| Viúva | 45,0 | 21,0 | 24,0 | |
| Divorciada | 9,0 | 4,0 | 5,0 | |
| Solteira | 1,0 | 0,0 | 1,0 | |
| Anos de estudos | | | | |
| Nenhum | 22,0 | 11,0 | 11,0 | 0,08 |
| 1 a 8 anos | 68,0 | 34,0 | 34,0 | |
| 9 a 11 anos | 6,0 | 1,0 | 5,0 | |
| Mais de 12 anos | 4,0 | 4,0 | 0,0 | |
| Classe social | | | | |
| Média/Alta | 47,4 | 52,2 | 29,2 | 0,54 |
| Baixa | 52,6 | 47,8 | 70,8 | |
| Renda per capita | | | | |
| R\$ 50,00 a R\$ 100,00 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,85 |
| R\$ 101,00 a R\$ 200,00 | 8,0 | 4,0 | 4,0 | |
| R\$ 201,00 a R\$ 400,00 | 29,0 | 14,0 | 15,0 | |
| R\$ 401,00 a R\$ 1000,00 | 51,0 | 25,0 | 26,0 | |
| Mais de R\$ 1001,00 | 9,0 | 6,0 | 3,0 | |

A fim de facilitar o entendimento, foi comparada cada uma das questões que compõem os quatro domínios do questionário WHOQOL-bref. No domínio físico, observa-se que as entrevistadas de ambos grupos relataram possuir interferência pequena a moderada da dor para realização das atividades diárias. Com relação às outras questões que compõem este domínio foi encontrada maior média no grupo sem fratura, porém a diferença não foi estatisticamente significativa.

O domínio psicológico revelou que as mulheres com fratura relataram sentimentos negativos com maior frequência que as sem fraturas. Já as sem fraturas apresentaram maior média nas questões referentes ao aproveitamento e sentido da vida, capacidade de pensar, aparência física e satisfação pessoal. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Com relação ao domínio de relacionamento social, as participantes com fratura revelaram uma tendência maior à satisfação com as relações pessoais (amigos, família, conhecidos e colegas) do que as sem fratura ($p>0,05$). As médias foram semelhantes nos dois grupos quando se comparou a satisfação com a vida sexual e o apoio que recebem dos amigos.

Tabela 4 - Escores de avaliação dos domínios que compõe o WHOQOL-bref, comparando-se as médias dos domínios entre as idosas com e sem fraturas (n=100)

| Domínios | Com fratura | Sem fraturas | Valor p |
|------------------|-------------|--------------|---------|
| Físico | 60,2±13,6 | 64,5±11,1 | 0,0 |
| Psicológico | 63,6±13,0 | 67,2±9,3 | 0,1 |
| Relações sociais | 60,0±9,3 | 57,5±7,7 | 0,1 |
| Meio ambiente | 58,8±9,3 | 59,1±10,1 | 0,8 |

Dados expressos em média±desvio-padrão; diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$).

Tabela 3 - Fatores de risco associados à fragilidade óssea da população em estudo, comparando-se os grupos com ou sem fratura n=100

| Características | Total (%) | Com fraturas (%) | Sem fraturas (%) | Valor p |
|--|-----------|------------------|------------------|---------|
| História prévia de fraturas por baixo impacto com idade >50 anos | | | | |
| Sim | 11,0 | 7,0 | 4,0 | 0,3 |
| Não | 89,0 | 43,0 | 46,0 | |
| Tabagismo | | | | |
| Nunca fumou | 57,0 | 26,0 | 31,0 | 0,2 |
| Atual | 19,0 | 13,0 | 6,0 | |
| Passado | 24,0 | 11,0 | 13,0 | |
| Ingestão de Álcool | | | | |
| Diariamente | 4,0 | 4,0 | 0,0 | 0,09 |
| 3 a 4 dias/semana | 3,0 | 0,0 | 3,0 | |
| 1 a 2 dias/semana | 3,0 | 2,0 | 1,0 | |
| Nunca bebeu ou bebe esporadicamente | 90,0 | 44,0 | 46,0 | |
| Atividade física diária ao ar livre | | | | |
| >60 minutos | 21,0 | 10,0 | 11,0 | 0,5 |
| 30 a 60 minutos | 48,0 | 22,0 | 26,0 | |
| Sedentária | 31,0 | 18,0 | 13,0 | |
| História materna de fratura de quadril | | | | |
| Sim | 85,0 | 44,0 | 41,0 | 0,6 |
| Não | | | | |

Já no domínio do meio ambiente, no que se refere à satisfação com os acessos ao serviço de saúde, ambos os grupos apresentaram mesma média. Porém, quanto à disponibilidade de informações diárias, condições de moradia e acesso aos meios de transporte, houve uma tendência a maior média no grupo com fratura. E nas questões referentes à segurança com vida diária, ambiente físico saudável, recursos financeiros suficientes e oportunidade de lazer, houve uma tendência a maior média no grupo sem fraturas. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Discussão

As fraturas de coluna são uma condição frequentemente considerada assintomática, mas que podem alterar a QV das pessoas acometidas²⁰. Neste estudo, comparou-se QV de mulheres pós-menopausadas com e sem fraturas de coluna vertebral residentes em um mesmo município e não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Ao analisarmos estudos sobre a avaliação da QV em indivíduos com fraturas prévias independentemente do sítio e do instrumento utilizado, pode-se verificar que, tanto em pesquisas nacionais como internacionais, os escores de avaliação de QV relacionada à fratura são considerados baixos¹⁰. Estudo comparando a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres idosas acometidas ou não por fratura de quadril na cidade de São Carlos (SP)²¹ mostrou que estas fraturas provocaram uma piora na QVRS das acometidas. Outro estudo desenvolvido com mulheres pós-menopausadas residentes no Canadá⁹, revelou que as que tiveram algum incidente prévio de fratura vertebral, apresentaram menores escores de QVRS em comparação com as participantes não fraturadas. O fato de não termos encontrado correlação significativa entre fraturas vertebrais e QV em nosso estudo pode estar relacionado às recentes políticas públicas locais para o idoso. Sabe-se que quando se avalia QV espera-se que o indivíduo analise diferentes etapas, resumindo-as em uma avaliação global. Porém, os indivíduos podem fazer um resumo de vários aspectos e momentos de sua vida, ou podem incluir apenas fatos que os preocuparam recentemente, excluindo pontos importantes passados ou que para eles não têm tanta importância². Esta avaliação também pode variar com o tempo, com o contexto, circunstância em que vive, com as prioridades e, no caso dos idosos, com a vivência que os mesmos fazem da velhice²². Desta forma, a implementação recente de políticas públicas de atenção ao idoso pode ter influenciado as respostas dadas, mas este fator não foi avaliado diretamente neste estudo.

Causou-nos surpresa o fato do grupo considerado de classe alta/média ter maior frequência de fraturas, embora

sem significância estatística. Esperava-se que mulheres com melhor situação financeira tivessem maior qualidade de cuidados com a saúde, incluindo melhor alimentação, atividade física, etc. Uma possível explicação seria o caráter cultural dos cuidados, já que embora residam em bairros com situação socioeconômica diferente, todas sofrem influência cultural semelhante no que tange ao tipo de alimentação, trabalho, lazer, etc., por residirem em um mesmo município com forte influência de colonização italiana, alemã e polonesa. Outra possível explicação estaria na forma que se optou para fazer a estratificação em classes; usamos a classificação do bairro dada pelo serviço assistencial do município, e não critérios classificatórios previamente validados. Por outro lado, a relação entre idade e fraturas foi concordante com o restante da literatura^{11,12,15,18}.

Apesar de diversos estudos apontando para um comprometimento da QV de idosos com fraturas prévias, há uma divergência em relação aos domínios mais comprometidos, de acordo com o instrumento empregado e a amostra estudada. Enquanto encontramos maiores escores no domínio psicológico e menor no meio ambiente no grupo de mulheres com fratura vertebral, estudo desenvolvido com indivíduos idosos residentes no município de Teixeira (MG)² revelou que o domínio que mais contribuiu na QV foi o físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e por último, o psicológico (1,3%).

Outros autores avaliaram a contribuição dos diferentes domínios em diferentes doenças de base^{23,24}. Os piores escores de avaliação de QV em pessoas com lesão medular traumática foram nos domínios relacionados ao meio ambiente e à saúde física; e os melhores estavam ligados à saúde psicológica e às relações sociais²³. Já com pacientes psicossomáticos, demonstrou-se que os que participavam de atividades grupo tinham melhores escores de QV no domínio psicológico, seguido do das relações sociais²⁴ quando comparados aos pacientes em tratamento apenas em consultório médico. Já em nosso estudo, a maior média encontrada para ambos os grupos foi no domínio psicológico, que demonstra que as entrevistadas se apoiam em crenças pessoais, espiritualidade e religião, aceitam sua aparência física mantendo a autoestima e a capacidade de pensar, aprender e concentrar-se, independentemente da existência do agravo.

A convivência dos idosos com familiares e o apoio destes pode oferecer benefícios, principalmente em casos de dependência física e condições debilitantes, pois reduz o isolamento, melhora a autoestima e o estado emocional, repercutindo positivamente na QV². Isso pode ser uma explicação para os resultados do nosso estudo, já que as mulheres com fratura relataram estar mais satisfeitas com as relações pessoais que as sem fraturas, talvez por receberem

mais cuidados dos familiares devido à sintomatologia ou estado debilitante.

Nosso menor escore no grupo de mulheres com fratura foi referente ao domínio do meio ambiente. Este domínio avalia fatores relacionados à segurança e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde (acesso e disponibilidade), transporte e lazer¹⁷. Sabe-se que o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo². Desta forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou tomar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais suscetíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida². Este dado também causou-nos surpresa porque as mulheres com fratura tinham melhor situação econômica, portanto, esperava-se que referissem melhor acesso aos serviços de saúde e informações sobre a saúde, melhores condições de lazer e de moradia.

Uma das possíveis limitações de nosso estudo foi não termos analisado o tempo da ocorrência da fratura. A inclusão de todas as fraturas visualizadas na radiografia sem sabermos o tempo de ocorrência da mesma pode ter contribuído para não termos observado relação entre as fraturas vertebrais e a QV, já que o impacto negativo das fraturas de coluna são referidos principalmente por aquelas mulheres que sofreram fraturas mais recentes¹⁰.

Estudos com inclusão apenas de mulheres com fraturas ocorridas há um curto intervalo de tempo podem ser mais eficazes em avaliar as limitações das fraturas e a sua interferência na QV.

Nosso estudo também não objetivou avaliar o número e a gravidade das fraturas, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados, pois estudo prévio⁶ já havia demonstrado que a existência de um maior número de fraturas e elevados graus de deformidades (fraturas mais graves) foram determinantes de uma piora na QV. Outra dificuldade foi na comparação com a literatura nacional, já que estudos com este tema ainda são muito escassos.

Desta forma, concluiu-se não haver relação entre fraturas vertebrais e QV nas mulheres pós-menopausadas da população analisada, embora a relação entre QV e o tempo de ocorrência e gravidade da fratura deva ser melhor avaliada. Destaca-se a necessidade de realização de novos estudos com o intuito de se verificar que outros fatores podem interferir na QV das idosas, e a importância do envolvimento de toda a sociedade na busca de ações que visem manter uma QV satisfatória nesta parcela da população.

Agradecimentos

Aos estudantes de Medicina da Faculdade Unochapecó Gabriel Morandini e Jackson B. Mendes pelo auxílio na coleta de dados; à Daniela Benzano pela revisão da análise estatística, e à Unochapecó pelo auxílio financeiro de acordo com a Portaria nº 013/VICE-PEPG/2009.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage on the Internet]. Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE; 2003 [cited 2011 Jan 21]. Available from: http://www.cenrocelsfurtado.org.br/adm/enviadas/doc/24_20060704232342.pdf.
2. 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 Rio Gd Sul*. 2006;28(1):27-38.
3. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx*. 2002;44(4):349-61.
4. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(6):757-64.
5. Morosano ME, Menoyo I, Caferra DA, Sánchez A, Tomat MF, Bocanera R, et al. Vulnerability of healthy vertebrae in patients with and without previous vertebral fracture. *Bone*. 2011;48(4):820-7.
6. Rostom S, Allali F, Bennani L, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. The prevalence of vertebral fractures and health-related quality of life in postmenopausal women. *Rheumatol Int*. In press 2011.
7. Silvermann SL. Quality-of-life issues in osteoporosis. *Curr Rheumatol Rep*. 2005;7(1):39-45.
8. Salomon DH, Finkelstein JS, Polinski JM, Arnold M, Licari A, Cabral D, et al. A randomized controlled trial of mailed osteoporosis education to older adults. *Osteoporos Int*. 2006;17(5):760-7.
9. Adachi JD, Ioannidis G, Olszynski WP, Brown JP, Hanley DA, Sebaldt RJ, et al. The impact of incident vertebral and non-vertebral fractures on health related quality of life in postmenopausal women. *BMC Musculoskelet Disord*. 2002;3:11.
10. Adachi JD, Adami S, Gehlbach S, Anderson Junior FA, Boonen S, Chapurlat RD, et al. Impact of prevalent fractures on quality of life: baseline results from the global longitudinal study of osteoporosis in women. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(9):806-13.
11. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy SB, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA*. 2001;285(3):320-3.
12. Naves M, Díaz-López JB, Gómez C, Rodríguez-Rebollar A, Rodríguez-García M, Cannata-Andía JB. The effect of vertebral fracture as a risk factor for osteoporotic fracture and mortality in a Spanish population. *Osteoporos Int*. 2003;14(6):520-4.

13. Papaioannou A, Watts NB, Kendler DL, Yuen CK, Adachi JD, Ferko N. Diagnosis and management of vertebral fractures in elderly adults. *Am J Med.* 2002;113(3):220-8.
14. Cauley JA, Thompson DE, Ensrud KC, Scott JC, Black D. Risk of mortality following clinical fractures. *Osteoporos Int.* 2000;11(7):556-61.
15. Ismail AA, Cooper C, Felsenberg D, Varlow J, Kanis JA, Silman AJ, et al. Number and type of vertebral deformities: epidemiological characteristics and relation to back pain and height loss. European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Osteoporos Int.* 1999;9(3):206-13.
16. Fontenele SMA. Validação diagnóstica da densitometria óssea de antebraço para o rastreamento da desmineralização óssea axial [homepage on the Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008 [cited 2011 Jan 21]. Available from: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fontenele-sma.pdf>.
17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
18. Oliveira PP, Marinheiro LPF, Wender MCO, Roisenberg F, Lacativa PGS. Prevalência de fraturas vertebrais e fatores de risco em mulheres com mais de 60 anos de idade na cidade de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(9):1777-87.
19. Genant HK, Wu CY, van Kuijk C, Nevitt MC. Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. *J Bone Miner Res.* 1993;8(9):1137-48.
20. Bianchi ML, Orsini MR, Saraifoger S, Ortolani S, Radaelli G, Betti S. Quality of live in post-menopausal osteoporosis. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:78.
21. Navega MT, Faganello FR, Oishi J. Comparação da qualidade de vida entre mulheres com osteoporose acometidas ou não por fratura de quadril. *Fisioter Mov.* 2008;21(3):101-8.
22. Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1373-82.
23. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-Bref. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):67-77.
24. Schmitt R, Fleck MPA, Pinto TP. Terapia de grupo para síndrome psicossomática na atenção primária: avaliação da eficácia pela WHOQOL-100. In: *Anais do 7º Congresso Nacional da Rede Unida*; 2006; Curitiba, Brasil. Curitiba; 2006. p. 13.