

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

**IMPACTO DA OSTEOARTRITE DE QUADRIL E JOELHO NA
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, RIGIDEZ MATINAL, CAPACIDADE
FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA.**

ANTÔNIA LUCIANA MOURA JÁCOME
VANESSA SOUZA DO SACRAMENTO

NATAL/RN
2010

ANTÔNIA LUCIANA MOURA JÁCOME
VANESSA SOUZA DO SACRAMENTO

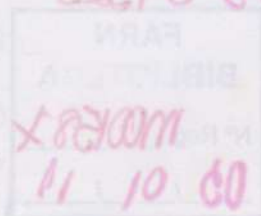
IMPACTO DA OSTEOARTRITE DE QUADRIL E JOELHO NA SINTOMATOLOGIA
DOLOROSA, RIGIDEZ MATINAL, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA.

IMPACTO DA OSTEOARTRITE DE QUADRIL E JOELHO NA
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, RIGIDEZ MATINAL, CAPACIDADE
FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA.

Monografia apresentada como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em
fisioterapia na FARN - FACULDADE
NATALENSE PARA O
DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE
DO RIO GRANDE DO NORTE.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Cristina de
Andrade

NATAL/RN
2010



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Jácome, Antônia Luciana Moura

Impacto da osteoartrite de quadril e joelho na sintomatologia dolorosa, rigidez matinal, capacidade funcional e qualidade de vida / Antônia Luciana Moura Jácome, Vanessa Souza de Sacramento. – Natal: FARN, 2010.

47 f.

Orientador: Sandra Cristina de Andrade (Dra.)

Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Sacramento, Vanessa Souza de. 2. Fisioterapia Reumatológica – Monografia. 3. Capacidade Funcional – Monografia. 4. Qualidade de vida – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 615.8



**ANTÔNIA LUCIANA MOURA JÁCOME
VANESSA SOUZA DO SACRAMENTO**

**IMPACTO DA OSTEOARTRITE DE QUADRIL E JOELHO NA SINTOMATOLOGIA
DOLOROSA, RIGIDEZ MATINAL, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA.**

Monografia apresentada à Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Rio Grande do Norte - FARN, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel no Curso de Fisioterapia.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Sandra Cristina de Andrade
Orientadora

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN - FARN

Profª. Ms. Denise Dal'ava
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN - FARN

Profº. Ms. Robson Alves da Silva
Membro Examinador
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN - FARN

Aprende que com a mesma severidade com que julga ,
você será em algum momento condenado. Aprende que o
tempo não é algo que possa voltar para trás. E você
aprende que realmente pode suportar... Que realmente é
forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar
que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e
que você tem valor diante da vida.

William Shakespeare

Dedicado este trabalho primeiro a Deus, pois todos os dias me dá forças para enfrentar a vida e a luta pela construção do meu futuro.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em tudo, me encorajando nas horas difíceis e me dando, por vezes, palavras de conforto.

Aos meus amigos, que em vários momentos da minha vida me ajudaram a superar as dificuldades e a manter a fé e a esperança em Deus e na vida.

A minha filha, que sempre esteve ao meu lado durante a elaboração deste trabalho, que me deu a força e a coragem para enfrentar a vida.

Aos meus professores, que sempre me ajudaram a aprender e a crescer durante o tempo que estive na escola, e que me deram a oportunidade de aprender e crescer.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me ajudaram a superar as dificuldades e a manter a fé e a esperança em Deus e na vida.

Aos meus amigos de infância, que sempre me ajudaram a superar as dificuldades e a manter a fé e a esperança em Deus e na vida.

Aos meus professores de ensino médio, que sempre me ajudaram a aprender e a crescer durante o tempo que estive na escola, e que me deram a oportunidade de aprender e crescer.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me ajudaram a superar as dificuldades e a manter a fé e a esperança em Deus e na vida.

A todos os professores e alunos que me ajudaram a superar as dificuldades e a manter a fé e a esperança em Deus e na vida.

Vanessa Souza de Sacramento

Dedicado, em especial a meu marido e aos meus filhos, que souberam compreender a minha ausência em vários momentos; compartilharam comigo os momentos de tristezas e também de alegrias nesta etapa que, com a graça de Deus, está sendo vencida.

Antônia Luciana Moura Jacome

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela saúde, fé e perseverança que tem me dado a cada dia ao longo da construção do mesmo.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim, me encorajando nas horas difíceis onde, por vezes, pensei em desistir.

Ao meu esposo, que por vários momentos abriu mão do tempo que poderíamos estar juntos, para que eu pudesse me dedicar aos estudos e enfim realizar meu objetivo de conseguir a titulação de bacharel em fisioterapia.

A minha filha Vivianne Louize que nasceu durante a elaboração deste trabalho, que veio para dar um sentido especial a minha vida.

Aos meus irmãos por toda ajuda e paciência durante o tempo que tiveram que ficar no estabelecimento de trabalho para que eu pudesse usar a internet para a elaboração desta monografia.

Ao meu tio Francisco Francerle que se não fosse por ele eu não teria conseguido entrar na faculdade.

Aos meus avós que muito me ajudaram, me orientando e me dando força para que eu nunca desistisse dos meus objetivos.

A minha professora orientadora Dra. Sandra Cristina de Andrade pela paciência, incentivo, simpatia e boa vontade no auxílio para a elaboração dessa Monografia de Conclusão de Curso.

A todos os meus amigos que me incentivaram a nunca desistir quando encontrava um problema que considerava sem solução, ao longo da construção desse trabalho.

A todos os professores e professoras que muito contribuíram para a minha formação, dos quais tenho boas lembranças e em especial ao professor Robson Alves, pela sabedoria e dedicação que sempre dedicou a mim e a minha turma, supervisionando nossas atividades e estágios, levando em consideração os problemas que fazem parte de nosso contexto enquanto alunos, sendo sensível às diversas situações e entraves que lhes foram apresentadas.

Vanessa Souza do Sacramento

Agradeço a Deus, por sempre guiar meus passos, me iluminar, abençoar e me dar forças para alcançar este objetivo.

Aos Meus Filhos, Breno, Fabrício e Milena pelo reconhecimento e a compreensão por tantos momentos de ausência.

Ao meu esposo Divanaldes, pelo apoio e incentivo, e que com muito carinho não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha orientadora Dr^a. Sandra Cristina, pela contribuição grandiosa, pela paciência e dedicação na arte de ensinar os passos da investigação científica para realização desta.

A Vanessa por ter me ajudado na realização deste trabalho.

A equipe de fisioterapia da Clínica Articular, em especial a Fisioterapeuta Kaline por ter contribuído encaminhando os pacientes para a realização desta pesquisa.

Aos voluntários que aceitaram participar deste estudo.

Antônia Luciana Moura Jácome

Vanessa Souza do Sacramento

RESUMO

Agradeço a Deus pela força que me foi dada para que eu pudesse enfrentar todas as barreiras que ocorre em nosso dia a dia nos fazendo pensar em desistir de nossos objetivos. E pela oportunidade de compartilhar tamanha experiência ao longo deste curso.

A minha família que tanto me ajudou e me incentivou para que este trabalho viesse a se concretizar.

A meu esposo pela compreensão nos momentos que eu não pude estar presente.

A minha companheira de monografia Antônia Luciana pela paciência e ajuda que me deu na elaboração de nossa monografia.

As amigas que fizeram parte do meu grupo de estudos, Alanne Kécia, Leandra Helena, Paula Edna e Taisa Carla, que nunca vou esquecer, pois estavam junto comigo em uma batalha diária por essa titulação em bacharel em fisioterapia tão almejada.

A clínica Articular, e em especial a fisioterapeuta Kaline que muito nos ajudou na coleta de nossas avaliações.

A clínica integrada da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte que também nos foi cedida para realização de nossas coletas de avaliações para efetivação da monografia.

A professora orientadora Dra. Sandra Cristina de Andrade pela dedicação e paciência na elaboração do nosso trabalho final.

A todos os professores e seus convidados pelo carinho, dedicação e entusiasmo que demonstraram ao longo de curso.

A todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram na elaboração desta monografia.

Vanessa Souza do Sacramento

RESUMO

Introdução: A osteoartrite (OA) é uma doença articular crônica degenerativa que evidencia desgaste da cartilagem articular e mudanças no osso subcondral, na qual, dentre as articulações de sustentação de peso, o joelho e o quadril são mais frequentemente acometidas. O sintoma dominante da osteoartrite é a dor articular de duração e intensidade variáveis, de acordo com o estágio evolutivo da doença. O quadro clínico de dor, rigidez articular e perda da função frequentemente levam à redução de capacidade funcional e prejuízos na qualidade de vida com consequente repercussão psicológica. **Objetivo:** Avaliar a intensidade subjetiva da dor, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com OA de joelho e quadril, bem como verificar a correlação entre essas variáveis. **Metodologia:** Todos os pacientes foram avaliados através de uma ficha para coleta dos dados demográficos (idade, sexo, ocupação, estado civil e escolaridade), e clínicos (articulação acometida, membro acometido e acometimento articular, deformidade angular, intensidade de rigidez articular e intensidade subjetiva da dor medidas através da escala visual analógica - EVA). A capacidade funcional foi avaliada através do questionário de Lequesne e a qualidade de vida pelo Short Form 36 Health Survey (SF-36). A análise estatística foi realizada pelo SPSS, versão 17.0. Para avaliar a normalidade dos valores amostrais, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, como também a estatística descritiva dos dados, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas são apresentadas em média e desvio padrão. A correlação entre as variáveis foi verificada pelo teste de correlação Pearson, para todas as análises foi considerado significância estatística, $p < 0.05$. **Resultados:** Dos 71 pacientes avaliados 60 tinham OA de joelho e 11 de quadril. Mais de 80% eram do sexo feminino. A média ($\pm DP$) de idade dos pacientes foi de 61,89 ($\pm 11,42$) anos, sendo observado que os pacientes com OA de quadril eram mais jovens que os de joelho com 59,18 ($\pm 11,27$) e 62,38 ($\pm 11,48$) anos respectivamente. Em relação a intensidade da dor e rigidez articular foi observado médias ($\pm DP$) de 7,2 e 6,1 respectivamente. Na avaliação da capacidade funcional foi verificado grande impacto, sendo classificada como muito grave com média ($\pm DP$) de 12,1 ($\pm 3,7$). Em relação a qualidade de vida foi observado que os pacientes apresentam maior impacto nos domínios do componente físico com piores escores na Limitação por aspectos físicos 17,6 ($\pm 30,3$) e Capacidade funcional 29,4 ($\pm 19,5$). Foi observado correlação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e rigidez ($P \leq 0,32^*$) e a maioria dos domínios da qualidade de vida. Verificou-se ainda correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e a rigidez matinal ($P \leq 0,39^*$) e da intensidade da dor com apenas o domínio dor da qualidade de vida ($P \leq 0,24^*$). No entanto não foi observado correlação entre a dor e a capacidade funcional. **Conclusão:** A OA de joelho e quadril são condições que podem levar a grande impacto na capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes.

Palavras Chave: Osteoartrite, Joelho, quadril, capacidade funcional, Qualidade de vida.

ABSTRACT

SUMÁRIO

Introduction: Osteoarthritis (OA) is a chronic degenerative joint disease that evidences degradation in articular cartilage and changes in the subchondral bone, in which, among weight bearing joints, knees and hips are most often affected. Osteoarthritis's dominant symptom is articular pain of variable duration and intensity, according to the disease's evolutive stage. The clinical conditions of pain, articular rigidity, and functional degradation often lead to the reduction of functional capacity and in the quality of life often followed by psychological disturbances. **Objective:** To evaluate the subjective intensity of pain, functional capacity, and quality of life in knee and hip OA patients, as well as to check the correlation between these variables. **Methodology:** All subjects were evaluated through a ficha data sampling both demographic (age, gender, occupation, marital status, and education), as well as clinical (damaged joint, damaged member and articular acometimento, angular deformity, intensity of articular rigidity and subjective intensity of pain, measured through EVA analogical visual scale (AVS). The functional capacity was evaluated through a Lequesne questionnaire, and the quality of life through a Short Form 36 Health Survey (SF-36). Statistical analysis was conducted by the SPSS, version 17.0. In order to evaluate sampling value normality, a Kolmogorov-Smirnov test was used. A descriptive statistical evaluation of the data was held in which the categorical variables were presented in absolute and relative frequencies. Quantitative variables are presented in standard average and deviation. The correlation between the variables was verified through a Pearson correlation test. For every analysis, $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Results:** Of the 71 evaluated patients, 60 had knee OA and 11 hip OA. More than 80% were female. The subjects' age average ($\pm DP$) was 61.89 (± 11.42) years. It was observed that hip AO patients were younger than those with knee AO, 59.18 (± 11.27) e 62.38 (± 11.48) years, respectively. In relation to pain intensity and articular rigidity a 7.2 and 6.1 average ($\pm DP$) respectively were observed. In the functional capacity evaluation a great impact was observed, classified as very serious with a 12.1 (± 3.7) average ($\pm DP$). In relation to the quality of life it was observed that patients present greater impact in the domains of the physical component with lower scores ... in the limitation by physical aspects 17.6 (± 30.3) and functional capacity 29.4 (± 19.5). It was observed a statistically significant correlation between the functional capacity and rigidity ($P \leq 0,32^*$) and the majority of domains concerning the quality of life. It was verified, furthermore, statistically relevant correlation between pain intensity and matinal rigidity ($P \leq 0,39^*$) and pain intensity with just the domain of quality of life ($P \leq 0,24^*$). However, no correlation between pain and functional capacity was observed. **Conclusion:** Knee and hip OA are conditions that lead to great impacts in the patients' functional capacity and quality of life and that the functional capacity, in turn, strongly affects their quality of life.

Keywords: Osteoarthritis, knee, hip, functional capacity, quality of life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Caracterização da organização	12
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 geral	14
1.3.2 específicos	14
1.4 JUSTIFICATIVA	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
3 METODOLOGIA	20
3.1 Delineamento da pesquisa	20
3.2 Definição da área ou população-alvo do estudo	20
3.3 Plano de amostragem	20
3.4 Plano de coleta de dados	20
3.5 Instrumentos da coleta de dados	21
3.3 Análises Estatísticas	22
3.6 Cronograma desenvolvido e comentários sobre o processo da coleta de dados	23
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	24
4.1 Descrição dos dados coletados	25
4.2 Análise dos dados coletados	28
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	33
6 REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	39
ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização da organização

A Osteoartrite (OA) é uma doença crônica, multifatorial que atinge as articulações sinoviais. O American College de Rheumatology define a OA como um grupo heterogêneo de condições que leva a sinais e sintomas articulares que são associados com defeitos da integridade da cartilagem articular, além de mudanças no osso subcondral. De modo mais simples, podemos compreender a OA como uma insuficiência qualitativa e quantitativa da cartilagem articular associada a alterações típicas do osso subcondral (PUCINELLI, 2004).

Segundo Pucinelli (2004) A Osteoartrite acomete 20% da população mundial, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil, perdendo apenas para as doenças mentais e cardiovasculares. Suas afecções articulares são frequentes em ambos os sexos, porém acomete mais o sexo feminino por volta dos 20 a 30 anos, de forma assintomática, e intensificam-se depois dos 40 anos, quando quase todos passam a apresentar algumas modificações patológicas das articulações (BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2008). A doença pode provocar dores e rigidez das articulações acometidas, além de importante limitação funcional; quando as mesmas são dos membros inferiores observa-se dificuldade e limitação, especialmente, nas atividades de locomoção que exigem movimentação e descarga de peso, sendo geralmente as osteoartrites de quadril e joelho particularmente mais incapacitantes que outras apresentações clínicas (BONFANTE et al., 2008).

Dentre as articulações de sustentação de peso o joelho é o mais frequentemente acometido pelo fato de suportar grandes cargas de peso. Sua sintomatologia tem prevalência de cerca de 30% em indivíduos com idade superior a 65 anos (CIMINO et al., 2005). E de 12,1% a 16,7% em indivíduos com idade superior a 45 anos (LAWRENCE et al., 2008). Seus principais sintomas são dores, ruídos e inchaços articulares principalmente matinais, além de deformidades e diminuição do movimento da articulação (FRANCO et al., 2009).

A OA de quadril atinge 20% das pessoas com idade acima de 55 anos e, apesar de ser menos comum do que a OA de joelho, sua sintomatologia é

frequentemente mais grave. A gravidade da OA de quadril leva a consequências que excedem a degeneração da cartilagem, estando diretamente relacionada com dor, rigidez articular e disfunção muscular (RICCI ; COIMBRA, 2006). A dor deflagra um estresse físico e psicológico intenso que desencadeia inúmeras repercussões como incapacidade funcional, sofrimento psicológico e prejuízo na qualidade de vida (TAMEGUSHI et al., 2008).

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e 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 (ALVES et al., 2007).

A função física é um indicador universalmente aceito do estado de saúde e um importante componente da qualidade de vida. Do ponto de vista individual, a função física é necessária para manter o indivíduo independente e participante na comunidade. Dessa forma, a incapacidade funcional é um problema social que traz maior risco de institucionalização e altos custos para os serviços de saúde (TAMEGUSHI et al., 2008).

Apesar do contingente de idosos encontrar-se em crescimento no Brasil, e a OA ser uma doença incapacitante não se tem completamente o entendimento de suas inter-relações com a capacidade funcional e a qualidade de vida. Diante desta problemática surgiu o seguinte questionamento:

Qual o impacto da AO de joelho e quadril na sintomatologia dolorosa, capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 geral

Avaliar o impacto da osteoartrite de quadril e joelho na sintomatologia dolorosa, rigidez matinal, capacidade funcional e qualidade de vida.

1.3.2 específicos

Avaliar a intensidade subjetiva da dor e rigidez matinal em pacientes com diagnóstico de osteoartrite de quadril ou joelho.

Verificar o impacto da osteoartrite de quadril e joelho na capacidade funcional dos pacientes.

Detectar o impacto da osteoartrite de quadril e joelho na qualidade de vida dos pacientes.

Verificar a correlação entre a intensidade da dor, rigidez matinal, capacidade funcional e qualidade de vida.

REVISÃO DA LITERATURA

1.4 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de um estudo que avalie como a intensidade subjetiva da dor da OA de quadril e joelho pode influenciar na capacidade funcional e consequentemente interfere na qualidade de vida dos indivíduos.

Por ser considerada uma doença incapacitante de caráter crônico-degenerativo, ter uma incidência bastante elevada a OA gera gastos aumentados com tratamentos, além de uma maior necessidade de suporte social e familiar incluindo gastos com a Previdência Social.

O seu tratamento atual, apesar de não ter cura, detém-se em combater sua sintomatologia; sendo assim, a melhor alternativa para a maioria dos pacientes com OA é o tratamento conservador, que ajuda a reduzir e aliviar os sintomas, melhora a função e retarda a progressão da doença, além de ser economicamente mais vantajoso para o paciente e para os sistemas de saúde.

A elucidação dos processos de alterações funcionais na OA de quadril e joelho poderá contribuir para conscientizar a população dos prejuízos funcionais que esta patologia pode trazer, bem como na elaboração e planejamento de políticas públicas que visem à prevenção, tratamento e o controle das doenças crônicas incapacitantes, promovendo bem estar e melhor qualidade de vida para essas populações de risco, como também os pacientes que já apresentam os sintomas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Osteoartrite (OA), também denominada osteoartrose, é uma doença crônica e degenerativa. Das doenças reumáticas é a de maior incidência na população idosa (GOMES, 2007). Atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar alterações na cartilagem articular, dando origem a zonas de fibrilação e fissuração, sendo observados também micro fraturas, cistos, esclerose subcondrais e formação de osteófitos nas bordas articulares (MELO et al., 2008).

Como inicialmente descrito, acomete as articulações principalmente as submetidas à carga, sendo o joelho e o quadril mais frequentemente atingidos. Pode causar incapacidade em grande porcentagem de pessoas idosas. A dor crônica decorrente da osteoartrite provoca um intenso impacto em idosos com várias consequências tais como: depressão, diminuição da socialização, alterações no padrão de sono, dificuldade de deambulação e aumento da procura do sistema de saúde (GAZI et al., 2005).

Várias hipóteses tentam explicar os mecanismos etiopatogênicos envolvidos na OA, mas sua etiologia permanece desconhecida. Considera-se de importância a participação de fatores mecânicos, bioquímicos, inflamatórios, imunológicos, genéticos e metabólicos (BONFARTE et al., 2008).

Segundo Gomes (2007), os fatores de risco para a ocorrência da OA podem ser divididos entre fatores sistêmicos e fatores mecânicos. Idade, sexo, desequilíbrio hormonal (menopausa), hereditariedade, nutrição e densidade óssea (osteoporose) são exemplos dos fatores sistêmicos. Já obesidade, trauma e cirurgia articular, fraqueza muscular, deformidade articular e sobrecarga repetitiva articular são exemplos dos fatores mecânicos que associados aos sistêmicos irão delinear os locais e a gravidade desta doença articular.

A OA se classifica em primária e secundária. A lesão é considerada primária quando sua causa é desconhecida, ou seja, com o envelhecimento e a sobrecarga mecânica nas articulações a cartilagem enfraquece e há desgaste, ainda podendo haver associação de um fator hereditário agravante, no caso da secundária, um fator inicial pode ser identificado como: traumatismos articulares, infecções articulares, necrose avascular, doenças inflamatórias, doenças metabólicas e doenças hemorrágicas. A OA ainda pode ser considerada consequência de uma carga

anormal sobre uma cartilagem normal ou de carga normal sobre uma cartilagem anormal (FACCI et al., 2007).

A Cartilagem Articular é um tecido aperfeiçoado para aguentar cargas mecânicas. Os condrócitos são as únicas células existentes na cartilagem madura e responsáveis pela síntese e integridade da matriz extracelular. A matriz da cartilagem articular hialina está composta principalmente de proteoglicanos do tipo colágeno II. Os proteoglicanos são responsáveis pela elasticidade do tecido, considerando que as fibras de colágeno formam uma rede que confere resistência à tração. Mudanças nestes componentes estruturais podem afetar a estabilidade mecânica do tecido e a sobrevivência de condrocitos que, por conseguinte, não podem suportar cargas mecânicas. A fase final da osteoartrite (OA) parece refletir um fracasso do processo reparador, enquanto o resultando é a degradação da matriz, morte das células, e perda total de integridade da cartilagem (MONFORT et al., 2006).

Clinicamente, os pacientes com OA apresentam dor com características mecânicas, que aparece ou piora com início dos movimentos, rigidez matinal de curta duração, crepitação que pode ser palpável ou até mesmo audível com a mobilização da articulação envolvida, diminuição ou perda da função articular, e consequentemente a hipotrofia muscular (BIASOLI; IZOLA, 2003). A amplitude de movimento pode ficar reduzida, nos casos que apresentam uma evolução mais grave mostram uma perda completa de movimento, podendo ocorrer também deformidades, falta de alinhamento e instabilidades articulares (SILVA, 2006). A dor no início da doença acontece após o uso e é aliviada pelo repouso. Com a evolução, ela aparece com o uso mínimo e até mesmo sem ele. É descrita como uma dor surda e profunda sobre a articulação afetada e que, provavelmente origina-se em outras estruturas articulares e periarticulares, tendo em vista a ausência de inervação na cartilagem. O espasmo muscular e a instabilidade articular são causadores de estiramento da cápsula provocando a dor (SILVA, 2006).

Além dos sintomas já descritos, na OA de joelho também é comum o aparecimento de edema, frouxidão ligamentar, contraturas capsulares, fraqueza muscular, espasmos, fibrose e deformidades progressivas em flexão, fatores estes agravantes para a instabilidade articular. Também pode haver deteriorização da propriocepção ou senso de posição articular (FACCI et al., 2007).

Quanto ao sexo, os homens têm maior incidência de OA de quadril, sendo geralmente unilateral. O principal sintoma é a dor ao deambular, e a localização da dor é variável podendo ser referida na região glútea, inguinal, face anterior da coxa ou joelho. Pode ocorrer ainda rigidez articular pós-inatividade e redução da amplitude de movimento do quadril. No início da doença, observa-se principalmente comprometimento da abdução do quadril, antes mesmo que ocorra acometimento da flexão e da rotação interna. Com a evolução da doença, a rotação interna se torna o movimento mais acometido (SILVA et al., 2008).

Nos membros inferiores, a osteoartrite tem grande impacto nas articulações de joelhos e quadris. As alterações resultam em grande incapacidade para a marcha, transposição de obstáculos (como escadas) e cuidados domésticos. Nas mulheres, a osteoartrite de joelhos é mais prevalente, enquanto nos homens a aparecimento é mais comum nos quadris. Os sintomas mais referidos são dor e perda de função. A incapacidade resultante reduz a qualidade de vida e aumenta riscos de morbidade e mortalidade. (MARX et al., 2006).

De acordo Alves et al. (2007) a incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinados atos sem necessidade de ajudas imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A Qualidade de Vida (QV) é uma preocupação constante do ser humano desde o início de sua existência. O conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo, sendo considerada como unidimensional para uns e como multidimensional para outros. Baseia-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação (GALISTEU et al., 2006).

Já Vecchia et al. (2005). diz que o conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima 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 auto cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

A capacidade funcional sofre influência de fatores demográficos,

socioeconômicos, culturais, psicossociais, além de interferência do estilo de vida adotado pelo indivíduo. Com o intuito de manter a autonomia ou mesmo de prevenir a limitação funcional, torna-se importante o conhecimento dos fatores que se relacionam com a perda de independência (MITRE, 2006).

Em um estudo realizado por Pedrazzi et al., (2007), foi concluído que a dependência constitui um fator de risco significativo para a mortalidade na população, mais relevante do que as próprias doenças que levam a ela. Um prejuízo nas atividades instrumentais da vida diária contribui para um maior afastamento do entorno social e consequente tendência ao isolamento na residência.

A maioria dos estudos referentes à AO demonstraram ainda que a intensidade da dor influencia na capacidade funcional de indivíduos com diagnóstico de OA. A dor crônica decorrente da osteoartrite provoca um intenso impacto na população com sérias consequências funcional. Este quadro afeta economicamente uma sociedade (por diminuição da força de trabalho) e onera os sistemas de saúde dos países (por aumento da necessidade de atendimento médico e custo das medidas curativas e sintomáticas). Como as populações de maior idade desenvolverão ao longo das próximas décadas, há necessidade de uma melhor compreensão da osteoartrite, para a melhoria das alternativas terapêuticas continuarem a crescer (GAZI et al., 2005; SANTOS et al., 2008; WANNMACHER, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa

Foi realizado um estudo transversal no setor de Fisioterapia das Clínicas Integradas da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte/ FARN e na Clínica Articular no período de janeiro a Maio de 2010.

3.2 Definição da área ou população-alvo do estudo

A população foi composta por pacientes com diagnóstico clínico de osteoartrite de quadril e/ou joelho unilateral ou bilateral, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (BELLAMY et al., 1999).

3.3 Plano de amostragem

O cálculo da amostra foi realizado com base na prevalência estimada de 12% de osteoartrite, considerando-se uma margem de erro de 20%. Para a população estimada atendida nas Clínicas da FARN e Articular, no período de janeiro a maio, foram necessários um número de 71 pacientes.

3.4 Plano de coleta de dados

Todos os voluntários foram inicialmente informados sobre a pesquisa e os que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (apêndice I) autorizando sua participação voluntariamente na pesquisa.

Os incluídos no estudo foram pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos, com diagnóstico de osteoartrite de quadril e joelhos, uni ou

bilateral, estavam apresentando dor no momento da avaliação e que tinham cognição suficiente para entender o propósito e os procedimentos do estudo. Foram excluídos pacientes com doenças ou traumas articulares, doenças autoimunes, que tenham feito alguma intervenção cirúrgica no quadril ou joelho, doenças neurológicas ou cadeirantes, com dor ou incapacidades funcionais decorrentes de lesões ligamentares, meniscais ou musculares nos joelhos, e que não caracterizem o diagnóstico de osteoartrite.

3.5 Instrumentos da coleta de dados

Os pacientes foram avaliados através de uma ficha elaborada pelos pesquisadores (apêndice II) contendo dados demográficos (sexo, idade, profissão, escolaridade) clínicos (articulação acometida, membro acometido, deformidade angular, intensidade subjetiva da dor e rigidez matinal) e antropométricos (peso, altura).

A intensidade subjetiva da dor foi avaliada através da escala visual analógica (EVA) Esta consiste em uma reta de 10 centímetros de comprimento que vai de 0 a 10, sendo que 0 (zero) significa ausência total de dor e 10 (dez) o nível de dor máxima suportável pelo paciente. Nela os pacientes foram então instruídos a marcar um ponto que indicara a intensidade da dor sentida naquele momento.

A capacidade funcional foi avaliada através do questionário algofuncional de Lequesne, traduzido e validado para população brasileira, que serve para verificar as características da dor, a capacidade de deambulação e o grau de dificuldade em realizar tarefas de locomoção. Este possui versões distintas para quadril e para joelho, sendo composto de 11 questões sobre dor, desconforto e função, sendo seis questões sobre dor e desconforto (uma destas distintas para joelho e outra para quadril), uma sobre distância a caminhar e quatro distintas para quadril ou joelho, sobre atividades da vida diária. As pontuações variam de 0 a 24 sendo 0 (sem acometimento) e 24 (acometimento extremamente grave), respectivamente (Marx et al 2006).

A qualidade de vida foi avaliada pelo Medical Outcome Study Short Form-36 Health Survey (SF-36, questionário multidimensional, traduzido e validado para a

população brasileira, que avalia o estado de saúde geral englobando capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e comparação entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás). O SF-36 apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (cem), no qual 0 (zero) corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 (cem) ao melhor estado de saúde (CIRCONELLI et al., 1999).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi utilizado, conforme o critério estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (kg/m^2).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 Análises Estatísticas

Os dados foram analisados no software SPSS, versão 17.0. Para avaliar a normalidade dos valores amostrais foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas serão apresentadas em frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas serão apresentadas em medidas centrais e de variabilidade.

A correlação entre as variáveis foram verificada pelo teste de correlação Pearson. Para todas as análises foi considerado significância estatística, $p < 0.05$.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Descrição dos dados coletados

3.6 Cronograma desenvolvido e comentários sobre o processo da coleta de dados.

Etapas	1º Tri/09	2º Tri/09	3º Tri/09	4º Tri/09	1º Tri/10	2º Tri/10
Revisão de Literatura	xxx	xxx	xxx	xxx	Xxx	Xxx
Construção do pré-projeto	xxx	xxx				
Construção do projeto			xxx	xxx		
CEP				xx		
Coleta dos dados					xx	x
Tabulação e análise dos dados						xx
Defesa da monografia						x

Não houve nenhuma intercorrência durante o período de coleta de dados. Tudo transcorreu conforme o planejado durante a construção do projeto.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Descrição dos dados coletados

Dos 71 pacientes avaliados nesta pesquisa 58 eram do sexo feminino e 13 eram do sexo masculino, os mesmos possuíam idade variando entre 42 a 90 anos com média ($\pm$ DP) de 61,8 ($\pm$ 11,4) anos. Em relação ao estado civil a grande maioria (49,3% dos pacientes) eram casados. Foi ainda observado que 57,7% deles exercem atividades extra-lar. Estes dados são melhor visualizados na tabela abaixo. Ao se observar o grau de escolaridade dos pacientes foi verificado que mais de 60% tinham baixa escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição dos dados demográficos dos pacientes com osteoartrite de quadril e joelho.

VARIÁVEIS	VALORES		
	OA joelho e OA quadril (71 pacientes)	OA joelho (60 pacientes)	OA quadril (11 pacientes)
Idade, média ($\pm$DP), anos	61,9 ($\pm$ 11,42)	62,4 ($\pm$ 11,5)	58,2 ($\pm$ 11,3)
Sexo, n (%)			
Feminino	58 (81,7%)	47 (78,4%)	11 (100%)
Masculino	13 (18,3%)	13 (21,6%)	-----
Profissão, n (%)			
Do lar	30 (42,3%)	27 (45%)	3 (27,3%)
Extra-lar	41 (57,7%)	33 (55%)	8 (72,7%)
Estado Civil, n (%)			
Solteiro	20 (28,2%)	18 (30,0%)	2 (18,2%)
Casado	35 (49,3%)	29 (48,4%)	6 (54,5%)
Viúvo	10 (14,1%)	9 (15,0%)	2 (18,2%)
Divorciado	6 (8,5%)	4 (6,6%)	1 (9,1%)
Escolaridade, n (%)			
Analfabeto	7 (9,8%)	6 (10,0%)	1 (9,1%)
Ensino fundamental	38 (53,5%)	34 (56,7%)	4 (36,4%)
Ensino médio	23 (36,7%)	20 (33,3%)	6 (54,5%)

Em relação aos dados clínicos observa-se na tabela 2, que mais de 80% dos pacientes avaliados apresentaram acometimento no joelho. Verifica-se ainda que 62% dos pacientes no geral (joelho e quadril), possuem diagnóstico de OA no membro direito, no entanto mais de 60% apresentam quadro clínico bilateral. Quanto às deformidades angulares, observou-se que 45 pacientes não apresentaram qualquer tipo de deformidade. Os pacientes apresentaram índice de massa corporal com, médias ($\pm$ DP) 27,5 ($\pm$ 5,0). Na avaliação geral da intensidade subjetiva da dor e da rigidez verificou-se através da EVA médias ($\pm$ DP) de 7,2($\pm$ 2,2) e 6,1 ($\pm$ 2,3), respectivamente. Ao se dividir os pacientes em grupo de joelho e quadril foi observado que os pacientes com OA de quadril queixam-se de mais dor 8,3 ($\pm$ 0,9) e mais rigidez 7,1 ($\pm$ 1,6) quando comparados aos pacientes de OA de joelho.

Tabela 2 - Distribuição dos dados clínicos dos pacientes com osteoartrite de quadril e joelho.

VARIÁVEIS	VALORES		
	OA joelho e OA quadril (71 pacientes)	OA joelho (60 pacientes)	OA quadril (11 pacientes)
Articulação, n (%)			
Quadril	11 (15,5%)	-----	11 (100%)
Joelho	60 (84,5%)	60 (100%)	-----
Membro acometido, n (%)			
Direito	44 (62%)	36 (60,0%)	8 (72,7%)
Esquerdo	27 (38%)	24 (40,0%)	3 (27,2%)
Acometimento articular, n (%)			
Unilateral	28 (39,4%)	21 (35,0%)	7 (63,6%)
Bilateral	43 (60,6%)	39 (65,0%)	4 (36,3%)
Deformidade angular, n (%)			
Varo	15 (21,1%)	15 (25,0%)	0,00%
Valgo	11 (15,5%)	10 (16,7%)	1 (9,0%)
ÍMC cm/ Kg média ($\pm$DP)	27,5 ($\pm$ 5,0)	28,2 ($\pm$ 5,7)	25,4 ($\pm$ 4,3)
DOR - Escala visual analógica (EVA), média ($\pm$DP)	7,2 ($\pm$ 2,2)	7,0 ($\pm$ 2,3)	8,3 ($\pm$ 0,9)
Rigidez - Intensidade da rigidez, média ($\pm$DP)	6,1 ($\pm$ 2,3)	5,9 ($\pm$ 2,3)	7,1 ($\pm$ 1,6)

Na avaliação da capacidade funcional foi verificado através do questionário algofuncional de Lequesne grande impacto tanto nos pacientes com AO de joelho quanto de quadril, apresentando o grupo OA de quadril pior capacidade com média ($\pm$ DP) de 12,1 ($\pm$ 3,4) e 12,5 ($\pm$ 2,8), respectivamente. Em relação à qualidade de vida foi verificado impacto negativo em todos os domínios avaliados, tendo a OA maior impacto nos domínios físicos com escores piores para a limitação por aspectos físicos 17,6($\pm$ 30,3) e capacidade funcional 29,4($\pm$ 19,5) sendo ainda observado maior impacto nos pacientes com OA de quadril 15,9 ($\pm$ 35,8) e 26,4 ($\pm$ 14,1) respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição dos valores das médias ($\pm$ DP) da intensidade da dor, capacidade funcional e qualidade de vida.

VARIÁVEIS	Média ($\pm$ DP)		
	OA joelho e quadril (71 pacientes)	OA joelho (60 pacientes)	OA quadril (11 pacientes)
Lequesne (capacidade funcional) média ($\pm$ DP)	12,1($\pm$ 3,7)	12,1($\pm$ 3,4)	12,5 ($\pm$ 2,8)
SF-36 (qualidade de vida)			
Capacidade funcional	29,4($\pm$ 19,5)	30,0($\pm$ 20,3)	26,4 ($\pm$ 14,1)
Limitação por aspectos físicos	17,6($\pm$ 30,3)	17,9($\pm$ 29,5)	15,9 ($\pm$ 35,8)
Dor	36,3($\pm$ 18,2)	36,3($\pm$ 18,9)	36,0 ($\pm$ 14,7)
Estado geral de saúde	56,1($\pm$ 23,9)	56,0($\pm$ 24,3)	56,8($\pm$ 16,1)
Vitalidade	57,6($\pm$ 21,8)	58,0($\pm$ 22,2)	55,0($\pm$ 20,0)
Aspectos sociais	63,7($\pm$ 27,6)	64,2($\pm$ 28,2)	61,4($\pm$ 24,7)
Aspectos emocionais	45,5($\pm$ 45,8)	44,9($\pm$ 45,8)	48,5($\pm$ 48,0)
Saúde mental	63,5($\pm$ 24,7)	62,9($\pm$ 25,7)	66,9($\pm$ 19,3)

Em relação à correlação entre as variáveis estudadas verifica-se na tabela 4 que houve correlação estatisticamente significativa positiva entre a intensidade da dor e a rigidez matinal ($P \leq 0,39^*$) e correlação negativa entre a intensidade da dor e o domínio dor do SF-36. Na verificação entre a correlação da capacidade funcional e as demais variáveis do estudo observa-se correlação positiva estatisticamente com a rigidez matinal de ($P \leq 0,32^*$) e correlação negativa estatisticamente significativa com os sete dos oito domínios da qualidade de vida. Sendo também observada uma

correlação estatisticamente significativa entre a rigidez e a intensidade da dor avaliada pela EVA com ($P \leq 0,39$) e apenas com a dor dos domínios avaliados de SF_36 ($P \leq 0,33$).

Tabela 4 – Distribuição das correlações e dos critérios avaliados no estudo.

VARIÁVEIS	Intensidade da dor (EVA)	Rigidez matinal (EVA)	Capacidade funcional (Lequesne)	QUALIDADE DE VIDA (SF-36)							
				Capacidade funcional	Limitação por aspectos funcionais	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde Mental
Intensidade da dor (EVA)	—	0,39*	0,21	-0,08	-0,16	-0,24*	-0,02	0,05	-0,10	-0,23	-0,25
Rigidez matinal (EVA)	0,39*	—	0,32*	-0,12	-0,06	-0,33*	0,07	-0,04	-0,18	-0,13	0,04
Capacidade funcional (Lequesne)	0,21	0,32*	—	-0,42*	-0,21	-0,38*	-0,23*	-0,47*	-0,56*	-0,37*	-0,33*

* $p \leq 0,05$

4.2 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os resultados deste estudo demonstram que tanto a OA de joelho quanto a de quadril podem levar a forte impacto negativo na capacidade funcional e na qualidade de vida dos pacientes. A capacidade funcional, em estudos da população, é geralmente dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades. Todos os entrevistados relataram que devido a sua saúde física sentiam dificuldades para realizar suas AVDs das mais simples as mais complexas como tomar banho ou vestir-se, e principalmente nas atividades de vida diária que exijam maior amplitude de movimento de membros inferiores, como agachar, ajoelhar, subir e descer degraus. Afirmaram ainda através do SF-36, que devido a doença diminuíram a quantidade de tempo que se dedicavam ao seu trabalho, realizam menos tarefas do que gostariam bem como sentiram-se limitados no seu trabalho e em outras atividades. A dificuldade na realização das atividades físicas, a redução da capacidade funcional foram os fatores que mais interferiram na QV na amostra estudada.

A osteoartrite (OA) de joelhos e quadril é considerado um grave distúrbio incapacitante devido aos seus efeitos e restrições sobre a mobilidade. Embora mais prevalente nos idosos, publicações recentes demonstraram que os jovens em idade de trabalho também podem ser afetados (BIELEMAN et al., 2009). Pacientes com OA geralmente apresentam limitações da capacidade funcional, dor e rigidez matinal que é comum após períodos de descanso ou inatividade (ITTERSUM et al., 2009). A sensação de rigidez articular é relatada pela maioria dos pacientes com OA, principalmente após períodos de inatividade. Pode ser intensa, porém é de curta duração (alguns minutos). Alguns pacientes podem apresentaram rigidez articular pela manhã por um período mais prolongado, porém inferior a 30 minutos (SILVA et al., 2008).

Na amostra coletada ao dividir os pacientes em grupo de quadril e joelho, através de análise estatística foi observado que os pacientes de quadril apresentaram quadro de dor e de rigidez considerada de forte intensidade quando comparados com os pacientes de joelho, no entanto pode ser percebido que os

pacientes de quadril apresentaram sintomatologia mais grave. E também foram acometidos em idade mais jovens, alguns ainda em idade produtiva de trabalho. De acordo com estudos, a ocorrência da osteoartrite nas articulações do quadril é mais comum nos homens. No presente estudo observou-se que todos os pacientes com comprometimento articular de quadril eram do sexo feminino. No entanto os nossos achados não condizem com a literatura, talvez em virtude do tamanho da amostra coletada não ter representado um resultado satisfatório, ou pelo fato da osteoartrite de quadril ser menos comum do que a de joelho, ou ainda essa diferença pode está relacionada ao fato dos homens não se preocuparem com a saúde, uma prática não muito adotada pelo sexo masculino e que é muito utilizada por grande parte das mulheres (Laurenti, et. al., 2005). Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

A dor é o principal sintoma, que se torna mais intenso à medida que o quadro evolui. Piora com o movimento e tende a melhorar com o repouso. Apesar de ser considerada uma doença de caráter multifatorial, alguns aspectos como a idade avançada, sexo feminino, obesidade, deformidades anatômicas, lesão articular prévia e determinadas atividades profissionais são importantes fatores de risco para o surgimento ou agravamento da OA de joelho. (CIMMINO et al., 2005) A maior parte dos pacientes tem significativamente alterada suas atividades diárias, como, por exemplo, hábitos de higiene, cuidado pessoal, marcha, sono, tarefas domésticas, profissional e social. Cumpre, no entanto, enfatizar que, se o aumento da degeneração articular está associado com o aumento da dor, este aumento, associado com degeneração articular, varia entre pacientes (BUCKWALTER et al., 2004).

Com relação à capacidade funcional podemos observar também que os pacientes com comprometimento articular de quadril apresentaram um escore considerado muito grave de acordo com os autores que validaram o questionário algofuncional, quando comparados aos pacientes de joelho.

Ao comparar os escores de capacidade funcional (lequesne) com qualidade de vida (SF-36), foi obtida uma correlação negativa estatisticamente significativa com os domínios da qualidade de vida; dor estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Sugerindo que, nesse estudo, os

pacientes que apresentaram baixo escore de qualidade de vida também tiveram uma alta pontuação na variável da capacidade funcional, e isto representa assim um grave comprometimento funcional.

Quando se verificou a qualidade de vida com a aplicação do SF-36, o estudo demonstrou piores resultados nos parâmetros da capacidade funcional, aspectos físicos e dor, embora tenham ocorrido diferenças moderada nos outros domínios, estado geral de saúde, vitalidade e aspecto social, a saúde mental foram os domínios que apresentaram um melhor valor na avaliação da qualidade de vida dos entrevistados.

A dor crônica é fator limitante de funções, aumenta a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo, ou regiões, e limitando o funcionamento físico dos indivíduos idosos. A literatura aponta o impacto negativo da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de incapacidade funcional na maior fragilidade e níveis aumentados de comorbidades nesses pacientes. (ANDRADE et al., 2006). De acordo com (MALYA; KRUPAB, 2007), em seu estudo qualitativo sobre a experiência de idosos vivendo com OA, relatam que eles restringem sua mobilidade, principalmente quando a dor exacerbada, deixando de realizar suas atividades sociais rotineiras, aumentando o risco de isolamento social.

Neste estudo foi verificada correlação entre a capacidade funcional e vários aspectos da qualidade de vida, bem como com a rigidez matinal. No entanto no escore de dor avaliado através da escala visual analógica da dor (EVA) não verificou-se correlação entre a intensidade subjetiva da dor com a capacidade funcional. No entanto na literatura é descrito que a dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente na qualidade de vida e na capacidade funcional do indivíduo, pois limita suas atividades, aumenta o risco para estresse e o isolamento social. (ANDRADE et al., 2006).

Acreditamos que no presente estudo a não correlação se deu em consequência de vários fatores que entre eles estão o uso de vários tipos de medicamentos para OA de ação rápida, como os analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, fármacos de ação lenta (possíveis modificadores da doença). Apesar de a cura da artrose ainda estar fora do alcance da medicina, já se discute a existência de drogas modificadoras da doença, que têm a capacidade de alterar a evolução da degeneração articular, retardando sua progressão, melhora a dor e a função do

paciente, podendo até torná-la assintomática (REZENDE; GOBI, 2009). O que nos leva a supor que a correlação tenha sido prejudicada. Além disso, os entrevistados encontravam-se em tratamento fisioterapêutico, e alguns já vinham sendo acompanhado pela fisioterapia nos últimos três meses antes da avaliação. Para Biasoli; Izola (2003, p.133), a Fisioterapia está entre uma das formas não farmacológicas de tratamento para a osteoartrose que quando bem indicada oferece excelentes respostas no controle da doença. (BIASOLI; IZOLA, 2003).

A pouca escolaridade, baixos níveis de educação e as condições sócio-econômicas também pode ter influenciado negativamente nas respostas do escore da dor. Segundo Penido (2004, p.27), O ambiente social e a cultura em que o indivíduo está inserido influenciam na sua percepção dolorosa e interpretação de sintomas, determinando como esse indivíduo vai agir ou ficar doente.

Apesar dos resultados não terem demonstrado correlações estatisticamente entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos com OA, de modo geral, em uma análise detalhada da seção de dificuldades funcionais aplicada para o joelho e o quadril através do questionário de Algofuncional Lequesne foi possível avaliar questões sobre dor, desconforto e função, sendo seis questões sobre dor e desconforto (sendo uma destas distintas para joelho e outra para quadril), uma sobre distância a caminhar e quatro distintas para quadril ou joelho sobre atividades da vida diária (MARX et al., 2006). O presente estudo encontrou através do de lequesne e de acordo com o relato dos pacientes por meio de uma avaliação subjetiva da limitação funcional usada para o joelho e o quadril, um grau muito elevado de dificuldades funcionais. A dificuldade em deambulação mais de 1km e o grau de dificuldade em realizar atividades da vida diária, tais como subir escadas, agachar se ou ajoelhar se, atividade de andar no chão irregular e esburacado foram relatadas com um grau intenso de dificuldade.

Estudos demonstraram que o aumento do IMC tem efeito negativo em muitos aspectos da qualidade de vida. A maioria das pesquisas sobre qualidade de vida concluiu que a obesidade está mais associada à piora dos aspectos físicos que emocionais. O aumento do peso corporal está diretamente relacionado com piora da capacidade física, da vitalidade e de dores corporais (ORSI et al., 2008) A respeito desses fatores, a obesidade representa o mais significativo e previsível fator no surgimento da osteoartrite, seu papel na gênese e no agravamento da lesão é baseado no fato de causar importante aumento da sobrecarga de peso sobre a

cartilagem articular e o osso subcondral (TEICHTAHL et al., 2005). De acordo com Rosis et al (2010,p.107), os sintomas da OA de joelhos ou quadril podem fazer com que os indivíduos evitem atividades que provoquem ou intensifiquem a dor, o que acarreta a piora do condicionamento físico (ROSIS . Já Silva et al (2008, p.60) relata que, a obesidade está duplamente associada à OA de joelhos, tanto como fator predisponente quanto uma constatação de que pacientes que apresentam OA de joelhos ganham peso posteriormente e pioram clínica e radiologicamente.

Nessa pesquisa também foi verificada que grande maioria dos pacientes avaliados apresentavam como fatores de risco o índice de massa corpórea acima dos valores normais, sendo uma parte considerada acima do peso, com a idade avançada, e que estes fatores possam de fato ter contribuído para o desencadeamento da OA. Porém não foi avaliado se os participantes desta pesquisa adquiriram sobrepeso após terem desenvolvido a doença. Ficando então a necessidade de outros estudos que avalie se o sobrepeso dos pacientes não foi causado pela inatividade devido ao quadro algico ou falta de atividade física, que predispõe o paciente ao aumento de gordura corporal. Além disso, pode ter como efeito adicional a redução da capacidade funcional, o que pode refletir na piora da produtividade profissional.

Este entendimento é de fundamental importância para o planejamento de políticas públicas e implementação de programas que visem principalmente à prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados dessa pesquisa podemos inferir que a OA de joelho e quadril são condições clínicas que podem levar a um grande quadro doloroso com consequente impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida dos pacientes.

Ressalta-se ainda a correlação significativa entre a capacidade funcional e a maioria dos domínios da qualidade de vida medidas neste estudo pelo SF-36.

No entanto, o presente estudo não encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre intensidade da dor com a capacidade funcional e grande parte dos domínios da qualidade de vida. Supomos que esse resultado se deu por influência de vários fatores tais como o uso de medicamentos, acompanhamento fisioterapêuticos, baixos níveis de educação e as condições socioeconômicas.

Deste modo, é de grande importância que se realizem novas pesquisas para avaliar melhor o impacto da dor nos pacientes acometidos pela OA de joelhos e quadril sobre a funcionalidade humana, e que nestas sejam, de preferência, eliminados os possíveis fatores que interferiram negativamente nos resultados dessa pesquisa.

Esse entendimento é de fundamental importância para o planejamento de políticas públicas e implementação de programas que visem principalmente à prevenção e o controle das doenças crônicas incapacitantes.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública, Brasil**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007. Agosto.

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. MENSURAÇÃO DA DOR NO IDOSO: UMA REVISÃO. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 14, p.271-276, abr. 2006.

BELLAMY, Nicholas et al. Perceptual variation in categorizing individuals according to american college of rheumatology: classification criteria for hand, knee, and hip osteoarthritis (OA) observations based on australian twin registry study of OA. **The Journal Of Rheumatology**, Austrália, p. 2654-2658. Apr. 1999.

BIASOLI, Maria Cristina; IZOLA, Laura Nascimento Tavares. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **Revista Brasileira de Medicina**, [s.l], v. 60, n. 3, p.133-136, Março 2003.

BIASOTTO-GONZALEZ, Daniela A Parecida et al. Avaliação do efeito da acupuntura koryo chim no tratamento da dor em pacientes com osteoartrose. **Conscientiae**, São Paulo, v. 2, n. 7, p.159-167, 2008

BIELEMAN, H. J. et al. Self-Reported Functional Status as Predictor of Observed Functional Capacity in Subjects with Early Osteoarthritis of the Hip and Knee: A Diagnostic Study in the CHECK Cohort. **J Occup Rehabil**, [s.l], n. , p.01-09, 26 jun. 2009.

BONFANTE, Herval de Lacerda et al. Avaliação do Uso da Hidroxicloroquina no Tratamento da osteoartrite sintomática de joelhos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l], v. 48, n. 4, p.208-212, 2008. Jul/ago.

BREEDVELD, F. C.. Osteoarthritis—the impact of a serious disease. **Rheumatology**: British Society for Rheumatology, Netherlands, v. 43, n. 1, p.14-18, 2004.

BUCKWALTER, J.a; C.SALTZMAN; T.BROWN. The impact of osteoarthritis: implications for research. **Clinical Orthopaedics And Related Research**, Usa, p.6-15, out. 2004.

CICONELLI R.M, Ferraz M.B, Santos W, Meinão I, Quaresma M.R: Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia** ., v.39, p.143-50, 1999.

CIMMINO, Marco A. et al. Clinical Presentation of Osteoarthritis in General Practice: Determinants of Pain in Italian Patients in the AMICA Study. **Semin Arthritis Rheum**, [s.l], v. 35, n. 1, p.17-23, ago. 2005.

FACCI, Ligia Maria; MARQUETTI, Renata; COELHO, Kelley Cristina. FISIOTERAPIA AQUÁTICA NO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE JOELHO: série de casos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 1, n. 20, p.17-27, 2007. Jan/mar.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens:um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 10, p.105-109, 2005.

FRANCO, Lígia Rodrigues et al. Influencia da idade e da obesidade no diagnóstico sugestivo de artrose de joelho. **Conscientiae**, Goiania, v. 8, n. 1, p.41-46, 2 mar. 2009.

GALISTEU1, Kátia J. et al. Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq. Ciências e Saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p.209-214, 2006. Out/dez.

GAZI, Miriam C B et al. Estudo Comparativo da Analgesia entre Bupivacaína e Morfina Intra-Articular em Osteoartrite de Joelho. **Rev Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 55, n. 5, p.491-499, 2005. Set/outubro.

GOMES, Wellington Fabiano. **Impacto de um programa estruturado de fisioterapia aquática**. 2007. 100 f. Dissertação (Obtenção do Título de Mestre em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ITTERSUM, M. W. Van et al. Functional Capacity Evaluation in Subjects with EarlyOsteoarthritis of Hip and/or Knee; is Two-Day Testing Needed? **J Occup Rehabil**, [s.l], n. , p.238-244, 15 maio 2009

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde**

Coletiva, São Paulo, v. 1, n. 10, p.35-46, 2005.

LAWRENCE, Reva C. et al. Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. **Arthritis & Rheumatism**, [s.l], v. 58, n. 1, p.26-35, jan. 2008.

MALYA, Mônica R.; KRUPAB, Terry. Personal experience of living with knee osteoarthritis among older adults. **inaptidão & Reabilitação**, Canadá, v. 29, n.18, p.1423-1433, 2007.

MARX, Felipe C. et al. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l], v. 46, n. 4, p.253-260, 2006. Jul/ago.

MELO, Sebastião Iberes Lopes et al. Avaliação da força muscular de flexores e extensores de joelho em indivíduos com e sem osteoartrose. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**: ISSN 1980-0037, Santa Catarina, v. 10, n. 4, p.335-340, 2008.

MITRE, Natália Corradi Drumond. **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS COM OSTEOARTRITE DO JOELHO E SUA RELAÇÃO COM QUEDAS**. 2006. 1 v. Dissertação (Pós-graduação em Ciências da Reabilitação Nível de Mestrado da Escola de Educação Física) - Curso de Ciências da Reabilitação, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MONFORT, Jordi et al. Decreased metalloproteinase production as a response to mechanical pressure in human cartilage: a mechanism for homeostatic regulation. **Arthritis Research & Therapy**, [s.l], v. 8, n. 5, p.1-11, 2006.

ORSI, Juliana Vianna De Andrade; NAHAS, Fabio Xerfan; GOMES, Heitor Carvalho. IMPACTO DA OBESIDADE NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES. **Revista Associação Médica Brasileira**, Minas Gerais, v. 2, n. 54, p.106-109, 2008.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; SCHIAVETO, Fábio Veiga. MORBIDADE REFERIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS. **Cienc Cuid. Saude**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 6, p.407-413, Dez. 2007.

PENIDO, Maria Amélia. **A influência das habilidades sociais em pacientes fibromiálgicas**. 2004. 1 v. Dissertação Apresentada Ao Curso de Psicologia (Mestre em Psicologia) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio

de Janeiro, 2004.

PUCINELLI, Mario Luis. Osteoartrose ou Osteoartrite (OA). In: SATO, Emilia. **GUIAS DE MEDICINA E HOSPITALAR UNIFESP/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA: Reumatologia**. 1ª Barueri: Manole, 2004. 498 p.

REZENDE, Márcia Uchôa de; GOBBI, Riccardo Gomes. Tratamento medicamentoso da osteoartrose do joelho. **Revista Bras. Ortopedia**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.14-19, 2009.

RICCI, Natália Aquaroni; COIMBRA, Ibsen Bellini. Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril: uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados: Exercise therapy as a treatment in osteoarthritis of the hip: a review of randomized clinical trials. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 46, n. 4, p.273-280, 2006. Jul/ago.

ROSIS, Roberta Garcia De; MASSABK, Paulo Sérgio; KAIRALLA, Maisa. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 8, p.101-108, 2010.

SANTOS, Maria Tereza Nicolau Dos; FREITAS, André Everton de; LAMOUNIER, Joel ALVES . Obesidade e osteoartrite: atualização em implicações clínicas e metabólicas. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 172, n. 167, p.14-18, 2008.

SILVA, Fernanda Armiliato. **Estudo da eficácia da laserterapia de baixa potencia no tratamento da osteoartrite de joelho: estudo clínico controlado**. 2006. 122 f. Trabalho Apresentado Como Requisito Para Bacharel em Fisioterapia (Bacharel em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia, Fisioterapia da Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2006.

SILVA, Nilzio Antonio da et al. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. **Einstein**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.551-558, 2008

TAMEGUSHI, Andréia Sayuri et al. Capacidade Funcional de Idosos com Osteoartrite de Joelhos e Quadril. **Revista Espaço Para A Saúde**, Londrina, v. 9, n. 2, p.08-16, 2008. Junho.

TEICHTAHL, J.; A.E.WLUKA; F.M.CICULTINI. Obesity and the female sex, risk factors for knee osteoarthritis that may be attributable to systemic or local leptin biosynthesis and its cellular effects. **Medical Hypotheses**, Austrália, v. 65, n. 2,

p.312-315, 27 abr. 25.

VASCONCELOS, Karina Simone de Souza. Dificuldades funcionais em mulheres obesas com osteoartrite de joelhos: relação entre percepção subjetiva e desempenho motor. **Fisioterapia e Pesquisa**: REVISTA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, São Paulo, v. 14, n. 3, p.56-61, 2007. Set/dez.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Botucatu, v. 8, n. 3, p.246-252, 2005.

WANNMACHER, Lenita. Osteoartrose de joelhos Parte II: Evidências sobre abordagens não-medicamentosas. **Uso Racional de Medicamentos**: Osteoartrose de joelhos Parte II, Brasília, v. 3, n. 4, p.1-6, 2006. Março.

APÊNDICES

FICHA DE AVALIAÇÃO DE OSTEODARTRITE DE QUADRIL E JOELHO

IDENTIFICAÇÃO

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Nasc: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Membro inferior dominante: _____ Perna: _____ Ombro: _____

Etnia: _____ Religião: _____

Peso: _____ Altura: _____ Grau de Instrução (anos): _____ Estado Civil: _____

Médico Responsável: _____

APÊNDICES

DADOS

Realizou algum procedimento cirúrgico nos MMII? ☐ Sim ☐ NãoFaz uso de algum tipo de auxílio para locomoção? ☐ Sim ☐ NãoFaz ou fez algum tratamento fisioterápico ou de reabilitação nos últimos 3 meses? ☐ Sim ☐ NãoTem algum problema de circulação ou outro problema clínico que impeça de fazer exercício? ☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

Dados Clínicos

Acometimento de AQ do quadril ☐ Unilateral ☐ BilateralQuadril mais afetado: ☐ Direito ☐ EsquerdoAcometimento de J do joelho ☐ Unilateral ☐ BilateralJoelho mais afetado: ☐ Direito ☐ EsquerdoDeformidade de J: ☐ Joelho Direito ☐ Flexo ☐ Valgo ☐ VaroDeformidade de J: ☐ Joelho Esquerdo ☐ Flexo ☐ Valgo ☐ Varo

Utilização de medicação para a osteoartrite de joelho?

☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DE OSTEOARTRITE DE QUADRIL E JOELHO

IDENTIFICAÇÃO

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome: _____ Sexo: () M () F

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Nasc: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Membro inferior dominante: _____ Fone: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Religião: _____

Peso _____ Altura _____ Grau de Instrução (anos): _____ Estado Civil: _____

Médico Responsável: _____ Diag. Clínico: _____

DADOS

Realizou algum procedimento cirúrgico nos MMII? () Sim () Não

Faz uso de algum tipo de auxílio para locomoção? () Sim () Não

Faz ou fez algum tratamento fisioterápico ou de reabilitação nos últimos 3 meses? () Sim () Não

Tem algum problema de coração ou outro problema clínico que impeça de fazer exercício? () Sim () Não

Qual? _____

Dados Clínicos

Acometimento de AO do quadril () Unilateral () Bilateral

Quadril mais sintomático () Direito () Esquerdo

Acometimento de AO de Joelho () Unilateral () Bilateral

Joelho mais sintomático () Direito () Esquerdo

Deformidade angular Joelho Direito () flexo () Valgo () Varo

Joelho Esquerdo () flexo () Valgo () Varo

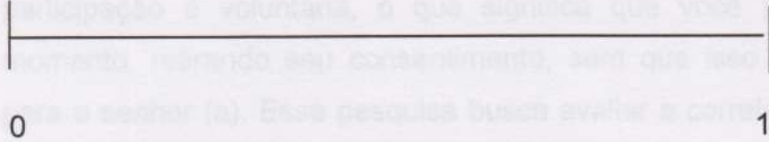
Utilização de medicamentos para a osteoartrite de joelho?

() Sim () Não

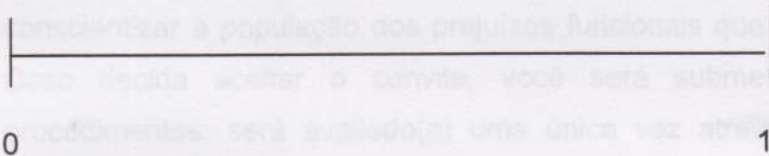
Quais? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Qual é a intensidade da sua dor?



Qual é a intensidade da sua rigidez?



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este é um convite para você participar da pesquisa: correlação entre intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com osteoartrite de quadril e joelho, que é coordenada pela professora Sandra Cristina de Andrade. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo para o senhor (a). Essa pesquisa busca avaliar a correlação entre a intensidade da dor, capacidade funcional e qualidade de vida, em pacientes com osteoartrite de quadril e joelho. Ela se justifica pela necessidade de se avaliar o quanto a dor no seu joelho ou quadril interfere na realização de suas atividades e na sua qualidade de vida para que futuramente possa ser realizado um tratamento preventivo bem como conscientizar a população dos prejuízos funcionais que esta patologia pode trazer. Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será avaliado(a) uma única vez através de uma ficha contendo dados sobre sua doença e a intensidade da sua dor. Depois você responderá dois questionários para verificar o grau de dificuldade que você tem em realizar suas tarefas da vida diária, bem como perguntas referentes à como você se sente em relação a sua doença. Esta pesquisa trará poucos riscos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que lhe traga qualquer desconforto físico. No entanto você pode sentir constrangimento em responder alguma das nossas perguntas. Para minimizar esse possível desconforto a sua avaliação será realizada individualmente. Ao participar da pesquisa: a sra (sr.) receberão orientações de como realizar as tarefas do seu dia a dia protegendo o seu joelho e quadril. Sendo dada uma cartilha com essas informações, para evitar dor e agravamento da doença e para que você possa ter uma maior independência funcional e uma melhor qualidade de vida. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito a indenização. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Professora Sandra Cristina de Andrade nos telefones: 3215-1229 e 99867699.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UnP, no endereço Av. Salgado Filho, 1597 – Dix-Sept Rosado ou pelo telefone 4009-1404. Consentimento Livre e Esclarecido: Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da mesma.

Assinatura do participante da pesquisa: _____



Impressão Datiloscópica

Nome do Coordenador da pesquisa: Sandra Cristina de Andrade

Assinatura do Coordenador da pesquisa:

CF-30 PESQUISA EM SAÚDE

Introdução: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos mostrarão informações de como você se sente e qual seu nível de estar de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, não leve, seja responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

	Clique uma	
	1ª Aval.	2ª Aval.
Excelente	1	1
Muito bom	2	2
Bom	3	3
Ruim	4	4
Muito ruim	5	5

2. Comparado a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

	Clique uma	
	1ª Aval.	1ª Aval.
Muito melhor agora do que um ano atrás	1	1
Um pouco melhor agora do que um ano atrás	2	2
Da mesma maneira do que um ano atrás	3	3
Um pouco pior agora do que um ano atrás	4	4
Muito pior agora do que um ano atrás	5	5

ANEXOS

3. As seguintes atividades são atividades que você poderia fazer facilmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Marque como muitas? Coloque um número em cada linha.

Atividade	Sem Dificuldade		Sem Dificuldade um pouco		Não há dificuldade de mais algum	
	1	1	1	1	1	1
1. Andar sem ajuda, sem qualquer tipo de apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
2. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
3. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
4. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
5. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
6. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
7. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
8. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
9. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3
10. Subir e descer degraus, seja com ou sem um apoio, seja com um bastão, com uma bengala, com um apoio de braço, etc.	1	1	2	2	3	3

4. Durante os últimos 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com a sua saúde ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? Marque para avaliação como ou quanto você a para avaliação final, um número em cada linha.

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

	Circule uma	
	1ª Aval.	2ª Aval.
	/ /	/ /
Excelente	1	1
Muito boa	2	2
Boa	3	3
Ruim	4	4
Muito Ruim	5	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

	Circule uma	
	1ª Aval.	1ª Aval.
	/ /	/ /
Muito melhor agora do que a um ano atrás	1	1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	2	2
Quase a mesma de um ano atrás	3	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso quanto? Circule um número em cada linha.

Atividades	Sim Dificulta muito		Sim. Dificulta um pouco		Não. Não dificulta de modo algum	
	/	/	/	/	/	/
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	1	2	2	3	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	1	2	2	3	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	1	2	2	3	3
d) Subir vários lances de escada	1	1	2	2	3	3
e) Subir um lance de escada	1	1	2	2	3	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	1	2	2	3	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	1	2	2	3	3
h) Andar vários quarteirões	1	1	2	2	3	3
i) Andar um quarteirão	1	1	2	2	3	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	1	2	2	3	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? Circule para avaliação inicial ou marque um x para avaliação final, um número em cada linha.

	Sim		Não	
	/	/	/	/
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	1	2	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	1	2	2
c) Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades ?	1	1	2	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades ?	1	1	2	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? Circule para avaliação inicial ou marque um x para avaliação final, um número em cada linha.

	Sim		Não	
	/	/	/	/
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	1	2	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	1	2	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	1	2	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

	Circule uma	
	1ª Aval.	2ª Aval.
	/ /	/ /
De forma nenhuma	1	1
Ligeiramente	2	2
Moderadamente	3	3
Bastante	4	4
Extremamente	5	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

	Circule uma	
	1ª Aval.	2ª Aval.
	/ /	/ /
Nenhuma	1	1
Muito leve	2	2
Leve	3	3
Moderada	4	4
Grave	5	5
Muito grave	6	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal? (dentro e fora de casa)

	Circule uma	
	1ª Aval.	2ª Aval.
	/ /	/ /
De maneira alguma	1	1
Um pouco	2	2
Moderadamente	3	3
Bastante	4	4
Extremamente	5	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as últimas 4 semanas. Circule para avaliação inicial ou marque um x para avaliação final, um número em cada linha.

	Todo tempo		A maior parte do tempo		Uma boa parte do tempo		Alguma parte do tempo		Uma pequena parte do tempo		Nunca	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade. Cheio de força ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
g) quanto tempo você tem se sentido uma pessoa esgotado ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos e parentes)?

	Circule uma	
	1ª Aval.	1ª Aval.
	/ /	/ /
Todo o tempo	1	1
A maior parte do tempo	2	2
Alguma parte do tempo	3	3
Uma pequena parte do tempo	4	4
Nenhuma parte do tempo	5	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? Circule para avaliação inicial ou marque um x para avaliação final, um número em cada linha.

	Definitiva mente verdadeiro		A maioria das vezes verdadeiro		Não sei		A maioria das vezes falsa		Definitivamente falsa	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
d) Minha saúde é excelente	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5