



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

MARCOS JADER SOUZA VIEIRA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PORTADORES DE
OSTEOARTRITE DO JOELHO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador

2019

MARCOS JADER SOUZA VIEIRA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PORTADORES DE
OSTEOARTRITE DO JOELHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Salvador-Bahia
2019

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

V657 Vieira, Marcos Jader Souza
Qualidade de vida relacionada à saúde em portadores de osteoartrite do joelho /
Marcos Jader Souza Vieira. – 2018.
39f.:il. Color; 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Mestre em Tecnologias em Saúde

Inclui bibliografia

1. Qualidade de vida. 2. Osteoartrite de joelho.

I. Título.

CDU: 616.7

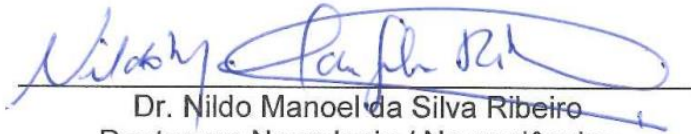
MARCOS JADER SOUZA VIEIRA

**“QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PORTADORES DE
OSTEOARTRITE DO JOELHO”**

Dissertação apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em
Tecnologias em Saúde.

Salvador, 24 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Nildo Manoel da Silva Ribeiro
Doutor em Neurologia / Neurociências
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Profa. Dra. Marilda Castelar
Doutora em Psicologia (Psicologia Social)
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Profa. Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

RESUMO

A osteoartrite (OA) de joelho é uma das maiores causas de incapacidade na população idosa mundial. No Brasil, a expectativa é de 64 milhões de idosos até 2050, e conseqüentemente um aumento proporcional do número de OA. Essa afecção articular gera uma perda importante da qualidade de vida do ponto de vista físico, psicológica, cognitiva e social desses indivíduos. O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes portadores de osteoartrite de joelho, buscando também evidenciar fatores de risco associados a esta perda de QVRS e correlacionar limitação funcional do joelho medida pelo Womac e QVRS. Foram selecionados 30 idosos para o grupo com OA de joelho e 30 para o grupo controle sem qualquer tipo de queixa clínica articular. Todos foram submetidos aos questionários WOMAC e SF-36 para Qualidade de vida relacionada a saúde. Concluímos que a osteoartrite de joelho pode gerar limitações funcionais e conseqüentemente um agravamento da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, principalmente nos aspectos físicos, capacidade funcional, dor articular, vitalidade, saúde mental e na saúde geral.

Palavras-chave: Osteoartrite de joelho. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Osteoarthritis (OA) of the knee is one of the major causes of disability in the elderly population worldwide. In Brazil, the expectation is 64 million elderly people in 2050, and consequently a proportional increase in the number of OA. This joint condition generates an important loss of the quality of life from the physical, psychological, cognitive and social point of view of these individuals. The objective of this study is to evaluate the health-related quality of life of patients with osteoarthritis of the knee, also seeking to highlight risk factors associated with this loss of HRQoL and to correlate the functional limitation of the knee measured by Womac and HRQoL. Thirty elderly were selected for the group with knee OA and 30 for the control group without any type of joint clinical complaint. All were submitted to the WOMAC and SF-36 questionnaires for health-related quality of life. We conclude that osteoarthritis of the knee can generate functional limitations and, consequently, a worsening of health-related quality of life in the elderly, especially in physical aspects, functional capacity, joint pain, vitality, mental health and general health.

Keywords: Osteoarthritis of the knee. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise de associação entre variáveis e chance de risco	19
Tabela 2 - Variáveis grupo Osteoartrite.....	20
Tabela 3 - Comparação de médias entre os grupos	20
Tabela 4 - Análise de correlação	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	Osteoartrite de joelho	9
2.1.1	Quadro clínico e fatores de risco	9
2.1.2	Diagnóstico e tratamento	10
2.2	Capacidade funcional e qualidade de vida	11
3	OBJETIVOS	14
3.1	Objetivo principal	14
3.2	Objetivos secundários	14
4	MATERIAL E MÉTODOS	15
4.1	Desenho do Estudo	15
4.2	Amostra	15
4.3	Instrumentos Usados	16
4.4	Análise Estatística	17
4.5	Aspectos Éticos	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	22
7	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICE	28
	ANEXO	33

1 INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é a doença mais prevalente do sistema osteoarticular na população mundial, atingindo em torno de 10% dos indivíduos acima de 60 anos, e afetando principalmente quadris, joelhos, mãos e pés. A osteoartrite de joelho é a que apresenta maior incidência (6% de todos os adultos) e uma das maiores causas de incapacidade funcional. Nos EUA, a OA afeta aproximadamente 36,4% dos indivíduos maiores que 60 anos, demonstrando forte associação com a idade avançada. No Brasil, representa 30 a 40% das consultas em ambulatórios de reumatologia e responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho. Atualmente a população idosa é de 19 milhões e com expectativa de chegar a 64 milhões em 2050, refletindo o potencial de aumento do número de casos de OA⁽¹⁻³⁾. Outros fatores de risco, além da idade avançada, são sexo (mais comum em mulheres) e hereditariedade que são fatores endógenos; além de obesidade, sobrecarga mecânica articular, traumas e fraqueza muscular considerados fatores exógenos⁽⁴⁾.

A OA é uma doença inflamatória crônica de caráter degenerativo que nos seus estágios mais avançados pode evoluir para destruição articular completa, apresentando quadro de dor e disfunção articular⁽⁵⁾. A OA de joelho é a maior causa de dor e incapacidade do aparelho locomotor no mundo, e por estas razões, há uma perda da qualidade de vida e capacidade funcional nesses pacientes, já fragilizados pelas comorbidades próprias da idade^(1,6,7).

A incapacidade física e diminuição da qualidade de vida gerada pela OA de joelho são evidenciadas especialmente pela limitação da marcha, perda da propriocepção com alterações do equilíbrio com dificuldades para realização das atividades de vida diária e de lazer⁽⁸⁾. Esta perda funcional progressiva gera considerável custo humano, social e econômico para pacientes, familiares e sociedade, podendo impactar negativamente nos cinco principais domínios relacionados com a qualidade de vida dos sujeitos, a saber, dimensão física, psicológica, social, cognitiva, e de bem estar geral⁽⁹⁾.

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na osteoartrite do joelho já foi avaliada levando-se em consideração vários aspectos e características clínico-demográficas dos indivíduos acometidos. Poucos estudos, entretanto, buscaram evidenciar fatores associados à possível perda da QVRS. Menos frequentes ainda são estudos que associam a capacidade funcional para atividades de vida diária com perdas significantes nos domínios da QVRS. Esta

associação seria particularmente importante para o tratamento reabilitativo que poderia dar ênfase à promoção aos aspectos da limitação funcional que tivessem maior impacto na percepção de perda de saúde dos indivíduos.

Os objetivos desta pesquisa é comparar a qualidade de vida de idosos portadores de osteoartrite de joelho com indivíduos assintomáticos, verificar a correlação entre limitação funcional do joelho e QVRS em portadores de OA e buscando também evidenciar fatores de risco associados a esta perda de QVRS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Osteoartrite de joelho

2.1.1 Quadro clínico e fatores de risco

A osteoartrite, também denominada de artrite degenerativa ou osteoartrose, é a doença articular mais comum, principalmente em pacientes acima de 70 anos. Como nesta doença há forte presença de uma fase inflamatória a *American Rheumatic Association (ARA)* e a *Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR)*, a denomina de “osteoartrite”, ao invés de denominar doença articular degenerativa, osteoartrose ou artrose⁽¹⁰⁾.

O joelho é a articulação mais acometida e por isso tem sido alvo de muitos estudos⁽¹¹⁾. É a principal causa de dificuldade da deambulação e representa também o motivo relevante para afastamento do trabalho e aposentadorias precoces⁽³⁾. Dentre as principais características, destacam-se a dor articular e disfunção, além de rigidez, hipotrofia muscular e deformidade do membro nos estágios mais avançados^(3,12).

Inicialmente a osteoartrite ocorre na cartilagem articular e posteriormente no osso subcondral. Recentemente tem sido bastante relatado o acometimento do osso subcondral como causa principal dos sintomas^(12,13). É caracterizada por lesões erosivas de cartilagem, esclerose dos ossos subcondrais e cisto, larga formação de osteófitos nas margens articular⁽³⁾. A OA de joelho tem como principais fatores de risco, a idade avançada, gênero, genética, obesidade, sobrecarga mecânica e fraqueza muscular. Como a etiologia é multifatorial e a idade é o seu principal fator de risco, vê-se o envelhecimento e a patologia inter-relacionados, contudo, não são interdependentes^(1,4,10).

Estudos epidemiológicos mostram que existem fatores endógenos e exógenos para o aparecimento da osteoartrite. Idade, sexo, etnia, hereditariedade e mudanças pós menopausa são os principais fatores endógenos, enquanto que trauma, microtraumas repetitivos e obesidade são fatores exógenos^(1,4). A obesidade tem uma relação dose-efeito significativa na OA de joelho com IMC acima de 30, considerado um preditor independente. A incidência da obesidade cresceu consideravelmente nas últimas décadas, e considerando a susceptibilidade do aparecimento da osteoartrite com a idade, a obesidade aumenta ainda mais a probabilidade

do aparecimento da OA, fazendo com que seja uma das principais doenças incapacitantes do futuro⁽¹⁴⁾.

Como principais sintomas na OA de joelho, destacam-se a dor ao subir e descer escadas e ao deambular, rigidez matinal, crepitação, diminuição da amplitude de movimento, mau alinhamento dos joelhos, instabilidade articular e com repercussões no estilo de vida e nas características psicossociais desses pacientes^(3,5).

Com o avanço da doença, os sintomas relativos à dor ao movimento tendem a piorar levando a maior limitação funcional destes sujeitos. Assim, limitados e com dor estes indivíduos tem um maior comprometimento nas atividades de vida diária, o que gera prejuízos nas relações de trabalho, lazer, sociais dentre outros, acarretando diminuição em sua qualidade de vida^(8,9).

2.1.2 Diagnóstico e tratamento

Quanto ao diagnóstico da OA, os principais elementos são a história, exame físico e de imagem. As radiografias são primariamente necessárias para o diagnóstico assim como definir a severidade da doença. Nas incidências ântero-posterior (AP) e perfil são avaliadas o espaçamento articular, presença de osteófitos, deformidades ósseas, depressão do platô tibial e esclerose sucondral^(4,7). O custo-efetividade e a disponibilidade da radiografia são os pontos positivos, entretanto a dor e os achados radiográficos não necessariamente se correlacionam⁽⁷⁾.

Existem várias classificações radiográficas para determinar o grau de comprometimento articular da OA de joelho. A classificação de Ahlback (1968) assinala que há diferentes graus de comprometimento: Grau I - Redução do espaço articular; Grau II - Obliteração do espaço articular; Grau III –Antero Posterior (AP) – desgaste do platô tibial < 5mm perfil – parte posterior do platô intacta; Grau IV - AP – desgaste de 5 a 10mm do platô tibial perfil – extenso desgaste da margem posterior do platô tibial; Grau V - AP – grave subluxação da tibia perfil – subluxação anterior da tibia > 10mm^(10,15).

Embora alguns estudos encontrem relação direta da dor articular com a classificação radiográfica, outros estudos revelam que o agravamento dos sintomas da osteoartrite de joelho e os achados radiográficos não são bem documentados⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. No entanto, a progressão dos sinais e sintomas da OA de joelho é mais importante na prática clínica⁽¹¹⁾.

O tratamento da osteoartrite tem sido baseado em diretrizes nacionais e internacionais para a melhor escolha terapêutica, de modo que haja uma combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Dentre as medidas não farmacológicas, a educação e informação quanto ao estilo de vida, redução de peso, práticas de exercícios e adequação das atividades são as mais importante^(1,4).

A fisioterapia se apresenta com recursos analgésicos e anti-inflamatórios, exercícios de fortalecimento e alongamento muscular e terapia manual. O uso de fármaco anti-inflamatório não hormonal tem indicação para controle da dor e melhora da função. Em uma revisão sistemática sobre os efeitos dos exercícios terapêuticos na OA de joelho, foi demonstrado efeitos positivos na qualidade de vida baseada no questionário SF-36. Quando não há sucesso do tratamento conservador e com diminuição relevante da qualidade de vida do paciente a cirurgia se torna indicada. As cirurgias são: desbridamento artroscópico, osteotomias e artroplastia parcial ou total. O diagnóstico precoce, assim como a cirurgia corretiva, pode impedir a progressão da doença^(1,7).

Estudos focados em compreender a qualidade de vida em pacientes com osteoartrite de joelho propõem um programa de fortalecimento do quadríceps inserido no processo de tratamento da doença e concluem que isto ajuda na diminuição da dor, melhora da função assim como uma melhora estatisticamente significativa nos escores do questionário de qualidade de vida e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade e estado geral de saúde⁽⁸⁾.

2.2 Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010) a qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽⁶⁾.

Diferentes formas e instrumentos podem ser utilizados para avaliar a qualidade de vida na população de modo geral. Esta avaliação pode ir da observação direta aos indivíduos aos dados advindos dos escores de questionários validados na literatura. O Womac (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) e o SF-36 são frequentemente

utilizados. O Womac é composto de 24 questões divididas em três domínios: dor com cinco questões, rigidez com duas questões e atividade física com dezessete questões. Os dados são avaliados através de uma escala de 0 a 100, sendo zero o pior estado e 100 o melhor estado de saúde relacionado à qualidade de vida na osteoartrite^(6,19).

O questionário genérico SF-36 avalia oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, e saúde mental. Da mesma forma os resultados varia de 0 a 100, onde o resultado mais alto implica na melhor qualidade de vida^(2,10).

Em um estudo com 1233 pacientes utilizando o questionário Womac, mostrou que a dor articular promove um impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com OA de joelho. Além disso, essa pesquisa indicou um perfil sedentário desses pacientes⁽²⁰⁾.

Em um ensaio clínico comparando homens e mulheres com OA de joelho, Debi et al (2009)⁽²¹⁾, avaliaram a diferença no padrão de marcha, dor e qualidade de vida nesses dois grupos. Foram usados os questionários Womac e SF-36 para avaliação da QV. Foram observados alterações no ciclo da marcha, como o simples apoio (maior tempo nos homens) e duplo apoio (maior tempo nas mulheres). No Womac dor não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os sexos, embora as mulheres tenham relatado um nível maior de dor articular, ou seja, a percepção da QV nas mulheres foi pior comparado aos homens.

Jhun et al, (2013)⁽²²⁾ realizaram um estudo investigativo epidemiológico (prevalência, fatores de risco e impacto na qualidade de vida) em uma população coreana. Fatores como idade, sexo, nível de educação, obesidade e aspectos radiográficos da OA foram observados como fatores de risco para dor no joelho. A idade avançada, sexo feminino, baixo nível educacional, obesidade e achados radiográficos foram considerados como fatores de risco para dor articular e conseqüentemente uma baixa pontuação para a qualidade de vida.

Em um estudo prospectivo realizado por Laslett et al (2012)⁽²³⁾, foi constatado que a dor musculoesquelética provocada pela osteoartrite de joelho foi mais importante no impacto da qualidade de vida do que achados radiográficos da patologia. Fatores psicológicos e sociais foram abordados em um estudo longitudinal por Dijk et al (2011)⁽²⁴⁾, onde houve um

acompanhamento por três anos de pacientes com OA de joelho. Foi avaliada função cognitiva, vitalidade, limitação em atividades diárias e fatores biopsicossociais. Observou-se que baixa vitalidade e um ruim estado cognitivo e psicológico, são fatores preditivos de limitação de atividades em idosos com osteoartrite de joelho e conseqüentemente baixa qualidade de vida.

Alves & Bassitt (2013)⁽⁶⁾, realizaram um estudo transversal, envolvendo 40 idosas com osteoartrite de joelho, no sentido de relacionar a qualidade de vida com a doença articular. Nessa pesquisa, o comprometimento funcional em função da OA pode gerar uma baixa QV, porém outros aspectos que constituem a vida de um indivíduo podem amenizar tal diminuição, como o aspecto emocional e motivação para agir sobre o ambiente.

Outros estudos com objetivo de avaliar a qualidade de vida e o equilíbrio em idosas sedentárias, concluíram que a prática da atividade física gera melhor equilíbrio e capacidade funcional⁽²⁵⁾.

Estudiosos comparando idosos ativos com idosos sedentários mostraram que aqueles que não faziam atividade física nenhuma apresentaram maiores níveis de comprometimento na sua capacidade funcional e qualidade de vida⁽²⁶⁾.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

- Comparar a qualidade de vida de idosos portadores de osteoartrite de joelho com indivíduos assintomáticos.

3.2 Objetivo secundário

- Evidenciar fatores de risco associados à perda de QVRS.
- Verificar correlação entre qualidade de vida e limitação funcional pelo WOMAC.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo seccional de carácter descritivo e analítico.

4.2 Amostra

Foi selecionado um grupo de pacientes portadores de osteoartrite de joelho e um grupo controle sem achados clínicos de osteoartrite de joelho e/ou membro inferior. O primeiro grupo foi coletado no Serviço de Ortopedia e fisioterapia da clínica Santa Lúcia/ CATI localizada na cidade de Itabuna-Bahia, enquanto que o segundo grupo foi coletado entre idosos de comunidade religiosa localizado na cidade de Barreiras - Ba. A coleta de dados foi realizada durante o período de abril a maio de 2017. Estes indivíduos foram recrutados por amostragem não probabilística do tipo seqüencial entre aqueles que preencherem os critérios de inclusão do estudo.

Os critérios de seleção para os participantes do estudo foram: no grupo de pacientes, todos portadores de osteoartrite primária do joelho e idade igual ou superior a 60 anos; no grupo controle, todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, porém sem qualquer queixa clínica ou evidência de osteoartrite no joelho e/ou membro inferior. Foram excluídos nos dois grupos indivíduos portadores de outras doenças do sistema osteoarticular associadas (doenças reumáticas, osteometabólicas, osteoartrose de outras grandes articulações, etc) e de doenças sistêmicas cujas complicações interferem significativamente na Qualidade de Vida.

O tamanho amostral foi calculado tomando como base o estudo de Kawano (2015). Utilizando-se desvio padrão de 42 para o domínio limitação funcional, com erro alfa de 0,05 e com diferença detectável de 15 pontos, a estimativa do tamanho amostral foi de 30 indivíduos em cada grupo.

4.3 Instrumentos Usados

Em todos os indivíduos foram aplicados um questionário padronizado para coleta de dados sócio-demográficos que constam de gênero, idade, peso, altura, raça, religião, estado civil, procedência, profissão/ocupação, nível educacional, faixa de renda em salários mínimos, diagnóstico médico e tempo de doença (para o grupo de pacientes). No grupo controle, foi feito um exame clínico padronizado da articulação do joelho, quadril e tornozelo associado a perguntas relativas a tratamentos prévios, dor, sinais flogísticos e sintomas que pudessem garantir a inexistência de osteoartrite.

Foram aplicados dois questionários avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Foram utilizados o WOMAC e o SF-36 nos dois grupos. O questionário *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC), traduzido e validado para a versão brasileira⁽³³⁾, é um questionário de qualidade de vida tridimensional (dor, rigidez articular e atividade física), específico para a avaliação de pacientes com AO⁽³⁰⁾ e é composto de 24 questões divididas em três domínios: dor com cinco questões, rigidez com duas questões e atividade física com dezessete questões. Os dados serão avaliados através de uma escala de 0 a 100, sendo zero o pior estado e 100 o melhor estado de saúde relacionado à qualidade de vida na artrose. O questionário genérico SF-36, traduzido e validado para a versão brasileira⁽³⁴⁾, avalia oito domínios composto de 36 questões: capacidade funcional (10), limitação por aspectos físicos (4), dor (2), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (3), aspectos emocionais (3), e saúde mental (5). Da mesma forma os resultados variavam de 0 a 100, onde o resultado mais alto implicava na melhor qualidade de vida.

4.4 Procedimentos

A osteoartrite do joelho foi estratificada radiograficamente de acordo com a classificação de Albach (1968) no grupo de pacientes, não sendo realizado qualquer exame complementar no grupo comparação. Esta classificação é uma das mais utilizadas na especialidade de ortopedia e traumatologia. Para este fim, foram realizadas radiografias do joelho acometido com apoio monopodálico nas incidências ântero-posterior (AP) e perfil (P). A interpretação dos exames foi realizada pelo ortopedista do Serviço, a fim de diminuir a interferência do pesquisador. Os joelhos foram então estratificados em graus de osteoartrite, variando do grau I (osteoartrite

leve com espaço articular diminuído) até o grau V (onde já há osteoartrite severa com subluxação).

4.5 Análise Estatística

Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de estatística descritiva, utilizando-se tabelas de distribuição por frequência para variáveis discretas ou média e desvio padrão para variáveis contínuas. Foi realizado a comparação entre os dois grupos (pacientes e controle) buscando evidenciar como desfechos primários as dimensões da qualidade de vida dos indivíduos medidas pelos dois questionários. A associação entre variáveis dependentes e variáveis independentes (sociodemográficas, clínicas) foram efetuadas pelos testes exato de Fisher e qui quadrado (quando não havia dicotomia). Para a análise de correlação foi utilizado o método de Spearman. As variáveis com significância estatística ou clínica foram submetidas a análise multivariável em busca de fatores de confundimento. Todos os testes estatísticos adotaram 0,05 como medida de significância.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da FBDC. Todos os indivíduos selecionados para a pesquisa foram informados quanto aos benefícios e riscos da pesquisa. Os indivíduos que demonstraram interesse em participar assinaram o TCLE e foi facultado o direito de cessar sua participação a qualquer momento que desejassem, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento no Serviço de Ortopedia da Clínica CATI Santa Lúcia.

5 RESULTADOS

A média de idade da amostra foi de 71 anos (56,00-96,00), sendo que 63 indivíduos eram do gênero feminino (77,78%) e 18 (22,22%) masculino. Quanto ao IMC, no grupo controle, 27 (52,94%) estavam abaixo do peso ou com peso normal enquanto que 24 (47,06%) tinham sobrepeso ou obesidade. No grupo de osteoartrite 11 (36,67%) tinham peso baixo ou normal e 19 (63,33%) estavam com sobrepeso ou obesidade (tabela 1). Nessa análise, que compara as médias, houve diferença significativa ($p = 0,001$) (tabela 3).

A maioria dos pacientes com OA de joelho não pratica qualquer atividade física, 18 (60,00%) enquanto que 12 (40,00%) praticam algum tipo de atividade. Quanto à classificação radiográfica no grupo de osteoartrite, 16 (53,33%) apresentaram o grau mais leve de OA de joelho, sendo que 12 (40,00%) grau II e 2 (6,67%) grau III. Nenhum paciente apresentou os graus mais avançados de acordo com a classificação de Albach. Apenas 6 (20,00%) pacientes faziam uso de algum tipo de medicamento para os sintomas da OA, enquanto que 24 (80,00%) não faziam uso de analgésicos, anti-inflamatórios e/ou medicamentos como condroprotetores (tabela 2).

A qualidade de vida, quando comparados os dois grupos, apresentou diferença estatisticamente significativa no escore total do Womac e em todos os domínios funcionais da Escala de Qualidade de Vida SF-36 com exceção do domínio Aspecto Emocional (Tabela 3).

Quanto à análise de correlação pelo método de Spearman, houve uma correlação importante do escore total do Womac com os domínios do SF-36, com exceção do aspecto emocional ($p = 0,56$) (tabela 4).

A análise multivariada demonstrou que os domínios (SF36) Capacidade Funcional, Social, Emocional, Saúde Mental, e Vitalidade não apresentam associações independentes; Aspecto Físico (SF36) se associa de forma independente com o escore do WOMAC ($p=0,004$ e $OR=0,15$); Dor (SF36) tem associação independente com gênero ($p=0,002$ e $OR=0,15$); Saúde Geral (SF36) se associa com idade ($p=0,01$ e $OR=6,72$) (apêndice).

Tabela 1 - Análise de associação entre variáveis e chance de risco

Variáveis	Grupos				p-valor	OR
	Controle		Osteoartrite			
	N	(%)	N	(%)		
Idade						
< 70	25	(49,02)	12	(40,00)	0,49	1,44 0,58
>= 70	26	(50,98)	18	(60,00)		
Média (DP)	69,90	(7,64)	73,83	(9,27)	0,04 ¹	
Gênero						
Feminino	41	(80,39)	22	(73,33)	0,58	1,49 0,51
Masculino	10	(19,61)	8	(26,67)		
IMC						
Baixo peso	3	(5,88)	0	(0,00)	0,04	
Normal	24	(47,06)	11	(36,67)		
Sobrepeso	20	(39,22)	10	(33,33)		
Obeso grau I	4	(7,84)	6	(20,00)		
Obeso grau II	0	(0,00)	3	(10,00)		
Instrução (dicotômico)						
Até médio incompleto	46	(90,20)	15	(50,00)	< 0,001	9,2 2,86
Médio completo ou superior	5	(9,80)	15	(50,00)		
Raça (dicotômico)						
Branco	7	(13,73)	16	(53,33)	< 0,001	0,12 0,05
Não branco	44	(86,27)	14	(46,67)		

Tabela 2 – Variáveis grupo Osteoartrite

Variável	Classe	N	(%)
Atividade física	Sim	12	(40,00)
	Não	18	(60,00)
Classificação radiográfica	I	16	(53,33)
	II	12	(40,00)
	III	2	(6,67)
Tratamento medicamentoso	Não	6	(20,00)
	Sim	24	(80,00)

Tabela 3 - Comparação de médias entre os grupos

Variável / Score	Grupos				P-valor
	Controle		Osteoartrite		
	Média	(DP)	Média	(DP)	
IMC	24,21	(3,81)	27,69	(5,40)	0,001
SF_capacidadeFuncional	81,03	(28,02)	33,67	(29,03)	< 0,001
SF_aspectoFisico	74,51	(36,57)	21,67	(30,61)	< 0,001
SF_dor	79,10	(23,37)	43,63	(24,98)	< 0,001
SF_saudeGeral	80,16	(18,73)	66,40	(25,17)	0,008
SF_vitalidade	88,33	(16,21)	52,83	(25,48)	< 0,001
SF_social	92,98	(15,38)	58,98	(32,46)	< 0,001
SF_emocional	83,69	(32,23)	63,33	(47,42)	0,072
SF_mental	83,76	(19,06)	72,53	(20,47)	0,005
WOMAC	6,18	(11,27)	59,07	(18,15)	< 0,001

Tabela 4 - Análise de correlação

	SF capacidade Funcional	SF aspecto Físico	SF dor	SF saúde Geral	SF vitalidade	SF social	SF emocional	SF mental	WOMAC
SF capacidade Funcional	1,000								
SF aspecto Físico	0,725**	1,000							
SF dor	0,756**	0,728**	1,000						
SF saúde Geral	0,541**	0,366**	0,544**	1,000					
SF vitalidade	0,753**	0,652**	0,722**	0,592**	1,000				
SF social	0,643**	0,574**	0,740**	0,513**	0,619**	1,000			
SF emocional	0,420**	0,420**	0,436**	0,369**	0,363**	0,496**	1,000		
SF mental	0,538**	0,376**	0,562**	0,569**	0,720**	0,445**	0,342**	1,000	
WOMAC	-0,698** P < 0,001	-0,582** P < 0,001	-0,627** P < 0,001	-0,371** P = 0,001	-0,671** P < 0,001	-0,507** P < 0,001	-0,213 P = 0,056	-0,395** P < 0,001	1,000

6 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que os indivíduos idosos portadores de osteoartrite do joelho apresentam escores de qualidade de vida relacionada à saúde significativamente inferiores aos escores de idosos assintomáticos em quase todos os domínios avaliados pelo SF-36, excetuando-se no aspecto emocional. Os resultados também demonstraram uma correlação importante entre o WOMAC e a QVRS. Com exceção do domínio emocional, todos os outros domínios do SF-36 mostraram significância estatística na correlação com o WOMAC, deixando clara a relação entre função e diversos aspectos da vida do sujeito portador de osteoartrite do joelho.

Vários estudos encontrados na literatura também mostram resultados semelhantes. Como a OA é uma doença articular degenerativa crônica, ao longo dos anos a dor e alteração biomecânica geram limitação funcional com prejuízo na qualidade de vida do idoso^(11,13,14, 26).

O questionário WOMAC é considerado uma medida padrão para avaliar a função do joelho com osteoartrite e vários estudos têm utilizado esse escore associado a outros instrumentos para mensurar a qualidade de vida e capacidade funcional em idosos com OA de joelho⁽²⁷⁾. Nosso estudo, portanto, observou correlação com os domínios do SF-36, evidenciando que indivíduos com baixo escore no WOMAC (dor, rigidez e funcionalidade) têm prejuízo importante no aspecto físico, social, capacidade funcional, vitalidade e saúde em geral.

As maiores magnitudes de correlação entre o WOMAC e o SF-36 foram nas dimensões capacidade funcional, vitalidade e dor, sendo um resultado esperado uma vez que o WOMAC é um questionário que avalia esses aspectos.

A maior prevalência de mulheres idosas acometidas por osteoartrite de joelho evidenciada nesse estudo também tem sido documentada extensamente na literatura. Já é bem conhecido que a OA pode acometer a população em geral, entretanto, a prevalência é maior entre mulheres acima de 60 anos de idade^(3,5,6,21,28). Programas de prevenção do avanço do estadiamento da OA, ou mesmo do controle dos sinais e sintomas desse público em especial, podem ser instrumentos relevantes para a melhora da qualidade de vida e diminuição da dependência para as AVD'S.

A obesidade se mostrou como um dos fatores associados com osteoartrite de joelho. Numerosos estudos consideram a obesidade como um dos mais importantes fatores de risco para a OA, especialmente da articulação do joelho^(5,11,14,29). Em um estudo longitudinal com 1854 pacientes, Grotle et al (2008), encontraram associação significativa da OA de joelho com IMC acima de 30⁽¹⁴⁾. Em outro estudo comparativo entre idosos obesos e não obesos com osteoartrite de joelho, Gomes-Neto (2016) observou uma diminuição da capacidade funcional no grupo dos obesos⁽³⁰⁾. Nesse estudo, não observamos associação entre IMC e a osteoartrite. Mas na análise que compara as médias, houve diferença significativa. A OA associado à obesidade gera um impacto negativo na QVRS do idoso, sendo importante a avaliação e controle dos fatores etiológicos do sobrepeso, assim como intervenção nutricional para melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Quanto à prática da atividade física nesse estudo, houve uma prevalência maior de não praticantes (60%) no grupo que tem OA de joelho. Estudos comparando idosos ativos com idosos sedentários mostraram que aqueles que não faziam atividade física nenhuma apresentaram maiores níveis de comprometimento na sua capacidade funcional, e isso acarreta maior fragilidade e dependência, levando a uma limitação funcional e comprometimento da qualidade de vida⁽²⁸⁾. Em outro estudo, os idosos do grupo que tinham algum nível de atividade física apresentaram melhora da qualidade de vida segundo o SF-36 e WOMAC e redução da possibilidade de depressão (Beck Depression Inventory) comparado ao grupo que não faziam qualquer atividade física⁽³¹⁾.

Esse estudo também revelou que nem sempre há correlação da dor e limitação funcional com a classificação radiográfica. Mais da metade dos idosos do grupo com OA (53,3%) apresentaram o grau I (leve) segundo a classificação de Albach (1961)⁽¹⁵⁾. Laslett et al (2012), em um estudo prospectivo com 1098 idosos, não observou associação entre achados radiográficos (diminuição do espaço articular e osteófitos) e OA de joelho⁽²³⁾. Outro estudo comparando homens e mulheres quanto à severidade radiográfica e os sintomas na OA de joelho, revelou que não existe uma correlação gradual e que em um mesmo grau de classificação radiográfica os sintomas nas mulheres são piores⁽¹⁷⁾. A discordância entre a dor e severidade da osteoartrite de joelho observado na radiografia foi destacado em um estudo com 113 pacientes, onde foram usados resultados de testes sensoriais quantitativos de sensibilização central⁽³²⁾. Portanto, isso nos revela que um idoso com grau mais avançado de

OA do ponto de vista radiográfico não necessariamente apresenta uma qualidade de vida pior do que um indivíduo com grau mais inicial da OA.

O nível escolar mais elevado e um número maior de pacientes da raça branca no grupo de OA em relação ao grupo controle pode ser atribuído ao local de seleção dos pacientes. Enquanto que o grupo controle foi extraído de uma comunidade religiosa, o grupo de OA foi de um serviço privado de saúde. Isto certamente pode ter incorrido em viés de seleção da amostra, explicando esta diferença entre os grupos.

Diante desse panorama, onde o déficit de função da articulação do joelho com osteoartrite pode gerar uma redução importante da qualidade de vida relacionada à saúde, podemos afirmar que um programa de reabilitação focado na funcionalidade pode melhorar a qualidade de vida dos idosos. E sabendo que o aparecimento dessa patologia é inerente ao processo de envelhecimento, medidas preventivas como atividade/exercícios físicos e treinamento funcional podem representar estratégias importantes para minimizar os efeitos da OA.

Nossa pesquisa apresentou algumas limitações. O estudo utilizou grupo histórico retirado de comunidades distintas podendo ter incorrido em viés de seleção. Por ser estudo transversal, não foi possível estabelecer relação etiológica entre grau de osteoartrose, obesidade, função com qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso não houve correlação dos domínios separados do womac.

7 CONCLUSÃO

Nossos achados permitiram concluir que pacientes com osteoartrite de joelho têm escores de qualidade de vida relacionada à saúde significativamente inferiores aos escores de idosos assintomáticos em quase todos os domínios avaliados, excetuando-se o domínio emocional. Os três menores escores ocorreram nos aspectos físicos, capacidade funcional e dor. Além disso, observamos que existe uma correlação entre a limitação funcional do joelho com a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em idosos com OA.

REFERÊNCIAS

1. Rezende MU, Campos GC, Pailo AF. Conceitos atuais em Osteoartrite. *Acta Ortop Bras.* 2013. 21(2) 120-2.
2. Kawano MM, Araújo ILA, Castro, MC, Matos MA, Avaliação da qualidade de vida em pacientes com osteoartrite de joelho. *Acta Ortop Bras.* 2015. 23(6) 307-10.
3. Wood AM, Brock TM, Heil K, Holmes R, Weusten A. A Review on the Management of Hip and Knee Osteoarthritis. *International Journal of Chronic Diseases.* 2013.
4. Michael JW, Schltter-Brust KU, Eysel P. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and treatment of Osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int.* 2010. 107 (9): 152-62.
5. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2008.15(4) 326-32.
6. Alves JC, Bassitt DP. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein.* 2013;11(2):209-15.
7. Hafez AR, Alenazi AM, Kachanathu SJ, Alroumi AM, Mohamed ES. Knee Osteoarthritis: A Review of Literature. *Physical Medicine and Rehabilitation International.*2014; 1(5):8.
8. Farr,II J, Miller LE, Block JE. Quality of life in patients with knee Osteoarthritis: A Commentary on nonsurgical and treatments. *The Open Orthopaedics Journal.* 2013;7: 619-623.
9. Vennu V, Bindawas SM. Relationship between falls, knee osteoarthritis, and health-related quality of life: data from the Osteoarthritis Initiative study. *Clinical Interventions in Aging.* 2014; 9:793-800.
10. Araújo ILA, Castro MC, Daltro C, Matos MA. Quality of Life and Functional Independence in Patients with Osteoarthritis of the Knee. *Knee Surg Relat Res.* 2016;28(3):219-224.
11. Bastick AN, Runhaar J, Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA. Prognostic factors for progression of clinical osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies. *Arthritis Research & Therapy.*2015; 17:152.
12. Heijink A, Gomoll AH, Madry H, Drobnic M, Filardo G, Espregueira-Mendes J, Van Dijk CN. Biomechanical considerations in the pathogenesis of osteoarthritis of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2012; 20:423–35.
13. Barr AJ, Campbell TM, Hopkinson D, Kingsbury SR, Bowes MA, Conaghan PG. A systematic review of the relationship between subchondral bone features, pain and structural pathology in peripheral joint osteoarthritis. *Arthritis Research & Therapy.* 2015; 17:228.

14. Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: Na epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2008; 9:132.
15. Ahlback S. Osteoarthrosis of the knee: a radiographic investigation. *Acta Radiol Diagn*. 1968. 227:7-72.
16. Neogi T, Felson D, Niu J. Association between radiographic features of knee osteoarthritis and pain: results from two cohort studies. *British Medicine Journal*. 2009;339.
17. Cho HJ, Chang CB, Yoo JH, Kim SJ. Gender Differences in the Correlation between Symptom and Radiographic Severity in Patients with Knee Osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res*. 2010;468:1749–1758.
18. Pereira D, Severo M, Barros H. The effect of depressive symptoms on the association between radiographic osteoarthritis and knee pain: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2013; 14:214.
19. Aghdam ARM, Kolahi S, Hasankhani, H. The relationship between pain and physical function in adults with Knee Osteoarthritis. 2013; 4(5) 1102-1106.
20. Hoogeboom TJ, Broeder AA, Bie RA, Ende CHM. Longitudinal impact of joint pain comorbidity on quality of life and activity levels in knee osteoarthritis: data from the Osteoarthritis Initiative. *Rheumatology*. 2013; 52:543-546.
21. Debi R, Mor A, Segal O, Segal G, Debbi E. Differences in gait patterns, pain, function and quality of life between males and females with knee osteoarthritis: a clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009; 10: 127.
22. Jhun HJ, Sung NJ, Kim SY. Knee Pain and Its Severity in Elderly Koreans: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *J Korean Med Sci*. 2013; 28: 1807-1813.
23. Laslett LL, Quinn SJ, Winzenberg TM, Sanderson K, Cicuttini F, Jones G. A prospective study of the impact of musculoskeletal pain and radiographic osteoarthritis on health related quality of life in community dwelling older people. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012; 13:168.
24. Dijk GM, Veenhof C, Lankhorst GJ, Ende CHM, Dekker J. Vitality and the course of limitations in activities in osteoarthritis of the hip or knee. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011; 12:269.
25. Oliveira DCS, Barboza SD, Costa FD, Cabral MP, Silva VMP, Dionisio VC. Can pain influence the proprioception and the motor behavior in subjects with mild and moderate knee osteoarthritis? *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014; 15:321.
26. Imoto AM, Peccin MS, Trevisani VFM. Exercício de fortalecimento de quadríceps são efetivos na melhoria da dor, função e qualidade de vida de pacientes de osteoartrite de joelho, *Acta Ortop Bras*. 2012. 20(3): 174-9.

27. Williams VJ, Piva SR, Irrgang JJ, Crossley C, Fitzgerald GK. Comparison of Reliability and Responsiveness of Patient-Reported Clinical Outcome Measures in Knee Osteoarthritis Rehabilitation. *Orthop Sports Phys Ther.* 2012; 42(8): 716–723.
28. Watanabe H, Urabe K, Takahira N, Ikeda N, Fujita M, Obara S, Hendona T, Itoman JAM. Quality of life, knee function, and physical activity in Japanese elderly women with early stage knee osteoarthritis. *Journal of Orthopedic Surgery.* 2010.18(1)31-4.
29. Losina E, Walensky RP, Reichmann WM, Holt HL, Gerlovin H. Impact of Obesity and Knee Osteoarthritis on Morbidity and Mortality in Older Americans. *Ann Intern Med.* 2011;154(4): 217–226.
30. Gomes-Neto M, Araújo AD, Junqueira IDA, Oliveira D, Brasileiro A, Arcanjo, FL. Comparative study of functional capacity and quality of life among obese and non-obese elderly people with knee osteoarthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2016;56(2):126–130.
31. Mesci E, Icagasioglu A, Mesci N, Turgut, ST. Relation of physical activity level with quality of life, sleep and depression in patients with knee osteoarthritis. *North Clin Istambul.* 2015;2(3):215–221.
32. Finan PH, Buenaver LF, Bounds SC, Hussain, S, Park RJ, Haque UJ. Discordance Between Pain and Radiographic Severity in Knee Osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2013;65(2).
33. Fernandes MI, Ferraz MB, Ciconelli, RM. Tradução e Validação do Questionário de Qualidade de Vida Específico para Osteoartrose (WOMAC) para a Língua Portuguesa. *Revista Paulista de Reumatologia.* 2003; 2(7).
34. Campolina AG, Bortoluzzo, AB, Ferraz, MB, Ciconelli, RM. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3103-3110.

APÊNDICES

Apêndice A – Análise Multivariada

ANÁLISE MULTIVARIADA

Variável	Classe	SF36 - Capacidade Funcional				p-valor	OR	IC	
		Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	31	(46,27)	6	(42,86)	0,92	0,94	0,27	3,30
	>= 70	36	(53,73)	8	(57,14)				
Gênero	Feminino	53	(79,10)	10	(71,43)	0,55	0,65	0,16	2,61
	Masculino	14	(20,90)	4	(28,57)				
IMC	Abaixo ou normal	33	(49,25)	5	(35,71)	0,50	0,65	0,19	2,26
	Sobrepeso	34	(50,75)	9	(64,29)				
Instrução	Até médio incompleto	53	(79,10)	8	(57,14)	0,30	0,47	0,11	1,97
	Médio completo ou superior	14	(20,90)	6	(42,86)				
Raça	Branco	17	(25,37)	6	(42,86)	0,72	1,30	0,32	5,27
	Não branco	50	(74,63)	8	(57,14)				
WOMAC	Baixo	50	(74,63)	7	(50,00)	0,28	0,48	0,13	1,80
	Alto	17	(25,37)	7	(50,00)				

		SF36 – Aspecto Físico				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	23	(41,82)	14	(53,85)	0,10	2,63	0,84	8,24
	>= 70	32	(58,18)	12	(46,15)				
Gênero	Feminino	46	(83,64)	17	(65,38)	0,12	0,38	0,11	1,30
	Masculino	9	(16,36)	9	(34,62)				
IMC	Abaixo ou normal	27	(49,09)	11	(42,31)	0,48	0,68	0,24	1,98
	Sobrepeso	28	(50,91)	15	(57,69)				
Instrução	Até médio incompleto	42	(76,36)	19	(73,08)	0,97	1,03	0,26	4,02
	Médio completo ou superior	13	(23,64)	7	(26,92)				
Raça	Branco	17	(30,91)	6	(23,08)	0,14	0,34	0,08	1,42
	Não branco	38	(69,09)	20	(76,92)				
WOMAC	Baixo	44	(80,00)	13	(50,00)	0,004	0,15	0,04	0,55
	Alto	11	(20,00)	13	(50,00)				

		SF36 - Dor				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	30	(48,39)	7	(36,84)	0,79	0,85	0,25	2,90
	>= 70	32	(51,61)	12	(63,16)				
Gênero	Feminino	54	(87,10)	9	(47,37)	0,002	0,15	0,04	0,51
	Masculino	8	(12,90)	10	(52,63)				
IMC	Abaixo ou normal	29	(46,77)	9	(47,37)	0,99	0,99	0,31	3,25
	Sobrepeso	33	(53,23)	10	(52,63)				
Instrução	Até médio incompleto	47	(75,81)	14	(73,68)	0,86	0,87	0,19	3,99
	Médio completo ou superior	15	(24,19)	5	(26,32)				
Raça	Branco	17	(27,42)	6	(31,58)	0,85	0,88	0,22	3,51
	Não branco	45	(72,58)	13	(68,42)				
WOMAC	Baixo	48	(77,42)	9	(47,37)	0,07	0,31	0,09	1,09
	Alto	14	(22,58)	10	(52,63)				

		SF36 – Saúde Geral				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	25	(37,88)	12	(80,00)	0,01	6,72	1,62	27,88
	>= 70	41	(62,12)	3	(20,00)				
Gênero	Feminino	52	(78,79)	11	(73,33)	0,24	0,40	0,09	1,87
	Masculino	14	(21,21)	4	(26,67)				
IMC	Abaixo ou normal	31	(46,97)	7	(46,67)	0,93	0,95	0,28	3,23
	Sobrepeso	35	(53,03)	8	(53,33)				
Instrução	Até médio incompleto	51	(77,27)	10	(66,67)	0,43	0,53	0,11	2,51
	Médio completo ou superior	15	(22,73)	5	(33,33)				
Raça	Branco	19	(28,79)	4	(26,67)	0,98	1,02	0,20	5,18
	Não branco	47	(71,21)	11	(73,33)				
WOMAC	Baixo	45	(68,18)	12	(80,00)	0,35	2,21	0,43	11,49
	Alto	21	(31,82)	3	(20,00)				

		SF36 - Vitalidade				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	28	(46,67)	9	(42,86)	0,99	1,00	0,34	2,99
	>= 70	32	(53,33)	12	(57,14)				
Gênero	Feminino	50	(83,33)	13	(61,90)	0,06	0,32	0,10	1,04
	Masculino	10	(16,67)	8	(38,10)				
IMC	Abaixo ou normal	28	(46,67)	10	(47,62)	0,83	1,13	0,39	3,24
	Sobrepeso	32	(53,33)	11	(52,38)				
Instrução	Até médio incompleto	47	(78,33)	14	(66,67)	0,43	0,59	0,16	2,19
	Médio completo ou superior	13	(21,67)	7	(33,33)				
Raça	Branco	15	(25,00)	8	(38,10)	0,56	1,43	0,42	4,85
	Não branco	45	(75,00)	13	(61,90)				
WOMAC	Baixo	45	(75,00)	12	(57,14)	0,46	0,64	0,20	2,06
	Alto	15	(25,00)	9	(42,86)				

		SF36 - Social				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	32	(47,06)	5	(38,46)	0,65	0,74	0,21	2,70
	>= 70	36	(52,94)	8	(61,54)				
Gênero	Feminino	52	(76,47)	11	(84,62)	0,49	1,78	0,34	9,25
	Masculino	16	(23,53)	2	(15,38)				
IMC	Abaixo ou normal	34	(50,00)	4	(30,77)	0,25	0,47	0,13	1,72
	Sobrepeso	34	(50,00)	9	(69,23)				
Instrução	Até médio incompleto	52	(76,47)	9	(69,23)	0,97	0,97	0,22	4,37
	Médio completo ou superior	16	(23,53)	4	(30,77)				
Raça	Branco	18	(26,47)	5	(38,46)	0,62	1,44	0,34	6,05
	Não branco	50	(73,53)	8	(61,54)				
WOMAC	Baixo	49	(72,06)	8	(61,54)	0,67	0,74	0,18	3,03
	Alto	19	(27,94)	5	(38,46)				

		SF36 - Emocional				p-valor	OR	IC	
Variável	Classe	Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	26	(41,27)	11	(61,11)	0,22	2,04	0,66	6,28
	>= 70	37	(58,73)	7	(38,89)				
Gênero	Feminino	49	(77,78)	14	(77,78)	0,62	0,70	0,18	2,79
	Masculino	14	(22,22)	4	(22,22)				
IMC	Abaixo ou normal	30	(47,62)	8	(44,44)	0,90	0,93	0,31	2,81
	Sobrepeso	33	(52,38)	10	(55,56)				
Instrução	Até médio incompleto	50	(79,37)	11	(61,11)	0,14	0,37	0,10	1,40
	Médio completo ou superior	13	(20,63)	7	(38,89)				
Raça	Branco	17	(26,98)	6	(33,33)	0,63	1,40	0,37	5,31
	Não branco	46	(73,02)	12	(66,67)				
WOMAC	Baixo	43	(68,25)	14	(77,78)	0,24	2,40	0,56	10,22
	Alto	20	(31,75)	4	(22,22)				

Variável	Classe	SF36 - Mental				p-valor	OR	IC	
		Alto		Baixo					
		N	(%)	N	(%)				
Idade	< 70	27	(41,54)	10	(62,50)	0,11	2,74	0,81	9,24
	>= 70	38	(58,46)	6	(37,50)				
Gênero	Feminino	53	(81,54)	10	(62,50)	0,06	0,29	0,08	1,07
	Masculino	12	(18,46)	6	(37,50)				
IMC	Abaixo ou normal	30	(46,15)	8	(50,00)	0,78	1,18	0,37	3,76
	Sobrepeso	35	(53,85)	8	(50,00)				
Instrução	Até médio incompleto	50	(76,92)	11	(68,75)	0,56	0,65	0,15	2,85
	Médio completo ou superior	15	(23,08)	5	(31,25)				
Raça	Branco	18	(27,69)	5	(31,25)	0,84	1,16	0,28	4,85
	Não branco	47	(72,31)	11	(68,75)				
WOMAC	Baixo	46	(70,77)	11	(68,75)	0,86	1,13	0,29	4,48
	Alto	19	(29,23)	5	(31,25)				

ANEXOS

Anexo A - Questionário WOMAC

Questionário WOMAC

WOMAC - THE WESTERN ONTARIO AND MCMASTER UNIVERSITIES
OSTEOARTHRITIS INDEX

DOR

	Insuportável	Severa	Moderada	Leve / Discreta	Nenhuma
Dor - Caminhando	0	1	2	3	4
Dor - Subindo Escadas	0	1	2	3	4
Dor – Noturna	0	1	2	3	4
Dor - Em Repouso	0	1	2	3	4
Dor - Descarga de Peso	0	1	2	3	4

RIGIDEZ

	Extrema	Severa	Moderada	Leve / Discreta	Nenhuma
Rigidez Matinal	0	1	2	3	4
Rigidez Durante o Dia	0	1	2	3	4

INDIQUE O NÍVEL DE DIFICULDADE PARA EXECUTAR AS SEGUINTE TAREFAS FUNCIONAIS:

FUNCIONALIDADE

	Incapaz	Severa	Moderada	Leve / Discreta	Nenhuma
Descendo Escadas	0	1	2	3	4
Subindo Escadas	0	1	2	3	4
Levantar A Partir De Sentado	0	1	2	3	4
Ficar Em Pé	0	1	2	3	4
Ajoelhando No Chão	0	1	2	3	4
Andando Em Sup. Lisa/Plana	0	1	2	3	4
Saindo E Entrando No Carro	0	1	2	3	4
Fazendo Compras	0	1	2	3	4
Colocando As Meias	0	1	2	3	4
Levantar Da Cama	0	1	2	3	4
Tirando As Meias	0	1	2	3	4
Deitando Na Cama	0	1	2	3	4

	Incapaz	Severa	Moderada	Leve / Discreta	Nenhuma
Sentando (Cadeiras, Sofás)	0	1	2	3	4
Saindo E Entrando Do Banho	0	1	2	3	4
Usar Assento Sanitário	0	1	2	3	4
Tarefas Domésticas Intensas	0	1	2	3	4
Tarefas Domésticas Leves	0	1	2	3	4

Anexo B - QUESTIONÁRIO SF-36

QUESTIONÁRIO SF-36

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

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

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

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	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 pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3

i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho, como consequência de sua saúde física? *(circule 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	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	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 um número em cada linha)

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

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	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 às últimas 4 semanas.

(circule um número para 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, vontade e força?	1	2	3	4	5	6
b. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

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

Traduzido e validado para o português por Ciconelli R