

Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com osteoartrose de coluna

Quality of life assessment in patients with osteoarthritis of the spine

Daniel Luis Ariotti¹, Indiara Daré Panisson¹, Michele Marinho da Silveira², Marlon Francys Vidmar³, Lia Mara Wibelinger⁴.

¹ Fisioterapeuta, formado pela Universidade de Passo Fundo; ² Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos, Bolsista Capes de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo; ³ Acadêmico do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Bolsista Pibic/UPF; ⁴ Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo; Mestre e Doutoranda em Gerontologia Biomédica, PUC-RS.

Resumo

A osteoartrose é uma das doenças crônico-degenerativas mais comuns, sendo a coluna vertebral um dos segmentos mais acometidos, o que tem implicação direta na qualidade de vida dos indivíduos. A fisioterapia reabilitativa deve, cada vez mais, fazer parte da atenção primária e secundária, visando à prevenção da perda da capacidade de independência e autonomia, proporcionando, assim, maior qualidade de vida aos indivíduos com osteoartrose. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida em indivíduos portadores de osteoartrose de coluna pré e pós-intervenção fisioterapêutica. Para isso foi utilizado o questionário SF-36, administrado por entrevista fechada. A amostra totalizou 12 indivíduos, sendo 10 indivíduos do sexo feminino e 2 indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 50 e 80 anos de idade. Para verificar a significância da pesquisa, foi utilizado o Teste T para amostra dependente. Assim, observou-se a eficácia da fisioterapia na melhora da qualidade de vida desses indivíduos, principalmente nos itens dor, vitalidade, aspectos sociais, aspecto físico, emocional e saúde mental.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Osteoartrose. Coluna Vertebral.

Abstract

Osteoarthritis is a chronic degenerative diseases, being the backbone of the most affected segments, which directly affects the quality of life of individuals. The rehabilitative therapy should increasingly be part of primary and secondary schools, aimed at preventing the loss of capacity for independence and autonomy, thus providing higher quality of life for individuals with osteoarthritis. The aim of this study was to evaluate the quality of life in individuals with osteoarthritis of the spine before and after physical therapy intervention. For this we used the SF-36 questionnaire administered by closed interview. The sample included 12 individuals, 10 females and two males, aged between 50 and 80 years of age. To verify the significance of the research was used the t test for dependent sample. So, we observed the effectiveness of physiotherapy in improving the quality of life for these patients especially for pain, vitality, social functioning, physical appearance, emotional and mental health.

Keywords: Quality of life. Osteoarthritis. Spine.

INTRODUÇÃO

A osteoartrose (OA) é a doença articular mais comum em todo mundo. Por ser uma patologia degenerativa, tende ao aumento de sua prevalência em função da maior longevidade da população observada neste século (LIMA, 2003).

A OA acomete as articulações sinoviais, alterando todos os tecidos que a envolvem, desencadeando um quadro de insuficiência articular. Essa patologia é o resultado de eventos biológicos e mecânicos que desestabilizam o acoplamento normal da degradação e síntese da cartilagem articular e do osso subcondral. Ocorrem modificações nas células e na matriz cartilaginosa, levando ao amolecimento, fibrilação, ulceração e perda da cartilagem articular.

Recebido em 05 de abril de 2011; revisado em 25 de abril de 2011. Correspondência / Correspondence: Lia Mara Wibelinger. Rua Uruguai, 2200, Passo Fundo-RS. email: liafisio@yahoo.com.br

Secundariamente à lesão cartilaginosa, ocorre esclerose do osso, surgimento de osteófitos e cistos ósseos subcondrais, além de graus variáveis de inflamação sinovial. No entanto, a OA acomete todos os componentes da articulação diartrodial (FELLET; SCOTTON, 2006; KOHEM; XAVIER, 2006).

A OA de coluna vertebral relaciona-se estreitamente com alterações nas articulações revestidas por sinovia (articulações apofisiárias e uncovertebrais), que podem levar a dor localizada, bem como a uma irritação das raízes nervosas adjacentes, com dor referida na forma de radiculopatia. A compressão da raiz nervosa resultante da subluxação da articulação apofisiária, o prolapso de um disco intervertebral ou formação de esporão osteofítico podem ocorrer, e o indivíduo pode apresentar astenia muscular, hiporreflexia e parestesia ou hiperestesia (SCHNITZER; LANE, 2005).

A degeneração discal e a degeneração das pequenas articulações apofisiárias estão entre as inúmeras causas que podem provocar lombalgias e lombociatalgia (SEDA; SEDA, 2001).

Entre as características clínicas está a dor articular, que piora com a atividade e melhora em repouso, rigidez matinal e, após um período de imobilidade, instabilidade articular, crepitação e limitação articular associada à atrofia da musculatura periarticular. (WEST, 2000).

Entre os principais fatores de risco para o acometimento dessa patologia estão gênero, idade, hereditariedade ou fator genético, trauma e estresse articular repetitivo, obesidade, nutrição, alterações hormonais e metabólicas e densidade óssea. (FELICE et al., 2002; FELLET; BARBOSA, 2007; GIORGI, 2005; SCOTTON et al., 2005).

De acordo com Lianza (1995), até o presente momento não se conhece procedimento algum capaz de recuperar a lesão já constituída. O objetivo do tratamento visa a evitar a progressão das lesões, controlar a dor, melhorar e prevenir limitação e deformidades articulares, além da melhorara da qualidade de vida do indivíduo.

Existem vários tipos de exercícios terapêuticos usados pela fisioterapia: mobilização passiva e ativa, alongamentos, exercícios isométricos, isotônicos e outros. Diversos estudos demonstram a eficácia dos exercícios terapêuticos (MARQUES; KONDO, 1998). Além da hidroterapia, que trazer grandes benefícios e pode ser útil nos estágios mais intensos, usando-se o efeito da flutuação e carga controlada (CHADWICK, 2001).

A OA é uma doença que prejudica a qualidade de vida e que, se não for controlada, poderá causar a invalidez de milhões de pessoas em todo o mundo, especialmente em idosos (PAPALÉO NETTO, 2002).

O termo “qualidade de vida” tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. Ela pode ser baseada em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. Mas também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde (SANTOS et al., 2002).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida refere-se à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais (DIAS; DIAS, 2002).

Segundo Lemos e colaboradores (2006), o teste SF-36 é um instrumento de avaliação específico com capacidade para avaliar aspectos específicos e gerais da qualidade de vida.

Diante do exposto, e em razão de haver poucas pesquisas voltadas para os indicadores de qualidade de vida dos portadores de doenças reumáticas, é que

tivemos a iniciativa de avaliar a qualidade de vida pré e pós-tratamento fisioterapêutico dos indivíduos com OA de coluna atendidos no Serviço de Fisioterapia reumatológica da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF), através do protocolo de qualidade de vida SF 36.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade de Passo Fundo (UPF) com registro número 203/2008 conforme determina a Resolução CNS 196/96.

A população era composta por 32 indivíduos portadores de osteoartrose de coluna, que foram atendidos no Serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo. Desses, integraram a amostra 12 indivíduos, 10 mulheres e dois homens, os quais concordaram em participar do presente estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi submetida à aplicação do questionário de qualidade de vida SF-36, traduzido e validado em português por Ciconelli e colaboradores (1999). Esse questionário é composto de 11 perguntas que avaliam a qualidade de vida segundo itens de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, com um escore final de 0 a 100, em que 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde.

Foram realizadas as avaliações pré e pós-tratamento fisioterapêutico, sendo a reavaliação realizada após 10 sessões de fisioterapia, período que foi estimado em no máximo 2 meses.

Análise e discussão dos resultados

Para esta pesquisa, foi utilizado o pacote estatístico SPSS 10.0 e Windows Microsoft Excel. Foram analisadas estatísticas descritivas como frequência, média e desvio padrão, bem como as análises exploratórias com variação percentual, Figura, Tabela e Teste *t* de Student.

A amostra foi composta por indivíduos com idade entre 50 e 80 anos, divididos em dois grupos: pré e pós-intervenção fisioterapêutica.

Na Tabela 1, observa-se que em apenas 2 domínios não se obteve diferença significativa do valor *p* (capacidade funcional e estado geral de saúde).

Observou-se também que, no pós-teste, houve, em todos os casos, um incremento de valores, ou seja, valores sempre maiores aos iniciais, demonstrando efeito positivo no tratamento fisioterapêutico proposto.

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, e um estilo de vida saudável inclui atividade física regular. (SHARKEY, 2001). Para Verderi (2004). Assim, o estado de bem-estar apresenta um componente biológico e um comportamental, que são

Tabela 1- Valores médios, desvio padrão e significância do Teste t para o pré e pós-teste.

Domínio	Pré	Pós	Teste t
Capacidade funcional	49,58 ± 18,15	50,83 ± 24,57	0,3852
Aspecto físico	27,08 ± 40,54	51,25 ± 29,31	0,0086*
Dor	36,58 ± 9,78	46,58 ± 10,53	0,0161*
Estado geral de saúde	54,25 ± 23,87	58,75 ± 13,23	0,2331
Vitalidade	55,83 ± 9,73	61,67 ± 13,20	0,0283*
Aspecto sociais	69,375 ± 22,84	80,21 ± 15,50	0,0285*
Aspecto emocional	47,22 ± 43,71	63,89 ± 26,43	0,005*
Saúde mental	52,00 ± 10,23	61,33 ± 11,98	0,0285*

Nota: * Significativo p < 0,05

alterados de acordo com o relacionamento entre o indivíduo e o meio. A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condição para que os indivíduos possam desfrutar de todas suas potencialidades, ou seja, trabalhar, estudar, divertir-se, ou até simplesmente existir.

Em adição, observa-se que a capacidade funcional do adulto e do idoso tem sido associada à qualidade de vida (QV), ao convívio social, à condição intelectual, ao estado emocional e às atitudes perante si próprio e o mundo (NAHAS, 2001; NÓBREGA et al., 1999; UENO, 1999; VERAS, 1994).

Fellet e Scotton (2006) consideram que a OA não deve ser uma doença intratável, embora seja irremediável para as pessoas mais velhas. Concluem que a estratégia terapêutica a ser traçada deve levar em conta o estágio evolutivo da doença, os níveis de dor e de instabilidade articular, a idade e a expectativa de vida do paciente, além da presença de outras doenças sistêmicas ou articulares associadas e, até mesmo, o nível socioeconômico e cultural do paciente.

Thompson, Skinner e Piercy (2002) relatam que a fisioterapia objetiva aliviar a dor, fortalecer os músculos, mobilizar as articulações, melhorar a coordenação, minimizar a deformidade, treinar o sentido de posição para reduzir o estresse postural e ajudar na manutenção da função. Além de diminuir os efeitos da rigidez devida à inatividade, aumenta a amplitude de movimento e melhora o condicionamento físico. (KISNER; COLBY, 1998).

Embora atualmente não exista cura para a OA, vários métodos de tratamento têm sido utilizados para o alívio da dor e da rigidez articular, com objetivo de manter ou melhorar o padrão funcional dos pacientes. Dentre esses métodos, destacam-se os farmacológicos, os não-farmacológicos (fisioterapia, terapia ocupacional, perda ponderal e exercícios), os agentes físicos, os métodos de terapia alternativa (homeopatia, acupuntura e medicamentos fitoterápicos), os métodos cirúrgicos e as terapias experimentais atuais (FALOPPA et al., 2006; WIBELINGER, 2009).

A fisioterapia busca alcançar, através de metodologias e técnicas próprias, baseadas na utilização terapêutica dos movimentos e dos fenômenos físicos, uma melhor qualidade de vida para o cidadão frente às disfunções intercorrentes (VIÑAS, 2008).

No tratamento da OA poderiam ser utilizados os seguintes recursos fisioterapêuticos: TENS (Neuroestimulação elétrica transcutânea, analgésica, atuando na teoria das comportas de dor); calor superficial (radiação infravermelha e bolsa de água quente); terapia com gelo, útil quando houver dor aguda e edema; ultrassom (anti-inflamatório e ajuda a tratar o edema crônico); fortalecimento com alta taxa de repetição e baixa resistência, para diminuir a tensão nas articulações. Além disso, há a orientação e educação do paciente para manter uma postura correta de modo a evitar o desenvolvimento de deformidades (THOMPSON; SKINNER; PIERCY, 2002).

A reabilitação deve incluir exercícios adequados com e sem uso de carga. Um programa individual de fortalecimento, de aumento de amplitude e de condicionamento cardiovascular deve ser implementado (KAUFFMAN, 2001).

Os exercícios passivos, ativo-assistidos, ativos e orientações combinadas são a melhor maneira de restaurar funções. Os exercícios associados a alongamentos aumentam e mantêm a amplitude de movimento da articulação acometida (DAVID; LLOYD, 2001). Não são recomendadas manobras bruscas, pelo risco de provocar inflamações em uma articulação já deteriorada. O fortalecimento da musculatura é feito através de exercícios resistidos manuais ou mecanicamente, para grupos musculares específicos (PETIT, 2001).

Em um estudo de Lacourt e Marini (2006), foi verificado que tanto a força muscular quanto a resistência e a potência sofrem significativa redução com o avanço da idade e que esse prejuízo da função muscular pode ser considerado um dos principais fatores que interferem na qualidade de vida do idoso.

Nessa perspectiva, Horn e Oliveira (2005) concluíram, em seu estudo, que a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas foi significativa, pois, em nenhum momento elas manifestaram algum grau de insatisfação.

Já Gracindo e colaboradores (2006) estudaram 3 voluntários do sexo feminino, com idade média de 71,6 anos, através do questionário SF-36, usando a técnica de mobilização. Foi observada uma melhora em todos os domínios avaliados, sendo o domínio da dor o mais significativo, com média de pré-tratamento 27,22 e pós-tratamento de 89,94. Puderam, então, concluir que a dor estava interferindo na qualidade de vida dos idosos e, com a sua melhora, houve um aumento da média de todos os escores.

Em outra pesquisa, os autores obtiveram melhora da qualidade de vida, avaliada por meio do SF-

36, de um grupo que realizou um treinamento constituído de exercícios de flexibilidade, equilíbrio, coordenação, resistência e atividade aeróbica. Já em outro estudo, após submeterem indivíduos com OA a um programa de atividade física, constataram diminuição da dor e aumento da mobilidade e da capacidade funcional. A diminuição da capacidade funcional e um maior nível de dor relacionam-se mais diretamente à inatividade desencadeada pelo impacto psicológico ocasionado pelo diagnóstico da doença (NAVEGA; OISHI, 2007).

Sendo assim, pode-se observar que a fisioterapia é muito importante para a melhora da qualidade de vida e alívio da sintomatologia do paciente com osteoartrose.

CONCLUSÃO

A avaliação pré-tratamento possibilitou concluir que todos os itens avaliados através do instrumento SF-36 demonstraram estar afetando a qualidade de vida dos idosos portadores de OA de coluna. Já na avaliação pós-intervenção fisioterapêutica, observaram-se mudanças significativas nas variáveis: aspecto físico, dor, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental.

Ao concluirmos todos os períodos, especialmente no período pós-tratamento fisioterapêutico, percebemos melhora na qualidade de vida praticamente todos os componentes da amostra – idosos com osteoartrose de coluna –, com resultados estatisticamente significativos em cinco dos oito itens avaliados.

BIBLIOGRAFIA

1. CHADWICK, A. Osteoartrite. In: DAVID, C.; LLOYD, J. **Reumatologia para Fisioterapeutas**. São Paulo: Premiere, 2001.
2. CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **R. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
3. DAVID, C.; LLOYD, J. **Reumatologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premiere, 2001.
4. DIAS, R. C.; DIAS, M. D. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. **R. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 6, n. 3, p. 105-106, set./dez. 2002.
5. FALOPPA, F. et al. Tratamento clínico da osteoartrose: evidências atuais. **R. Bras. Ortop.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 47-53, mar. 2006.
6. FELICE, J. C. et al. Osteoartrose. **Temas Reumatol. Clín.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 68-81, 2002.
7. FELLET, A. J.; BARBOSA, F. L. Osteoartrose. **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 64, p. 55-61, Nov. 2007.
8. FELLET, A. J.; SCOTTON, A. S. Osteoartrite; **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 63, p. 135-142, dez. 2006.
9. GIORGI, R. D. N. A osteoartrose na prática clínica. **Temas Reumatol. Clín.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 17-30, 2005.
10. GRACINDO, E. S. et al. Os efeitos da mobilização miofascial nas algias musculares em jovens de 15 a 17 anos. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 78, p. 45-48, jul./ago. 2006.
11. HORN, C. C.; OLIVEIRA, G. S. Qualidade de vida pós-artroplastia total de joelho. **RBCEH: R. Bras. Cienc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, RS, p. 57-64, jul./dez. 2005.
12. KAUFFMAN, T. L. **Manual de Reabilitação Geriátrica**. São Paulo: Guanabara- Koogan, 2001.
13. KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole, 1998.
14. KOHEM, L. C.; XAVIER, M. R. Osteoartrose In: DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção básica primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
15. LACOURT, X. M.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **RBCEH: R. Bras. Cienc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, RS, v. 3, n. 1, p. 114-121, jan./jul. 2006.
16. LEMOS, M. C. D. et al. Qualidade de vida em pacientes com Osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **R. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 46, n. 5, set./out. 2006.
17. LIANZA, S.; COSSERMELLI, L. R. B. V.; SOUZA, S. M. J. **Medicina de Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 1995.
18. LIMA, F. **Osteoartrose e Atividade Física**. Saúde em Movimento, 2003. Disponível em: < <http://www.saudeemmovimento.com.br/> >.
19. MARQUES, A. P.; KONDO, A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão de literatura. **R. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 38, n. 2, p. 83-90, 1998.
20. NAHAS, M. V. **A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.
21. NAVEGA, M. T.; OISHI, J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. **R. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 47, n. 4, p. 258-264, jul./ago. 2007.
22. NÓBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. **Rev. Bras. Med. Esporte.**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.
23. PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.
24. PETIT, J. D. Artrose secundária. Coxartrose. In: GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. D.; CAVIE, M. L. S. **Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia**. São Paulo: Revinter, São Paulo. 2001.
25. SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **R. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.
26. SCHNITZER, T. J.; LANE, N. E. Osteoartrite. In: CECIL, R. L.; GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Tratado De Medicina Interna**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.
27. SCOTTON, A. S. et al. Osteoartrose. **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 62, p. 192-196, dez. 2005.
28. SEDA, H.; SEDA, A. C. Osteoartrite In: MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P. **Noções práticas de reumatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
29. SHARKEY, B. J. **Fitness and health**. Champaign, IL: Human Kinetics, 2001.
30. THOMSON, A.; SKINNER, A; PIERCY, J. **Fisioterapia de Tidy**. São Paulo: Santos, 2002.
31. UENO, L. M. A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. **R. Bras. Ativ. Fís. Saúde.**, Londrina, v. 4, n. 2, p. 57-68, 1999.
32. VERAS, R. P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

33. VERDERI, E. **O Corpo Não Tem Idade**: Educação Física Gerontológica. São Paulo: Fontoura, 2004.
34. VIÑAS, G. S. **Atuação do Fisioterapeuta na Sala de Recuperação e Quarto do Hospital Nossa Senhora da Conceição no Pós-Operatório Imediato de Artroplastia Total de Quadril**. 2008. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Fisioterapia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, CS, 2008.
35. WEST, S. G. **Segredos em reumatologia**: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
36. WIBELINGER, L. M. **Fisioterapia em reumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.