

Eugénia Mendes<sup>1,2</sup>, André Novo<sup>1,3,4</sup>, Leonel Preto<sup>1,4</sup>

1 – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança; ; 2 – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa; 3 – Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano; 4 – Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso



Palavras chave: Osteoartrite; idosos; capacidade funcional

## Introdução

A artrose, também designada por osteoartrose ou osteoartrite (OA), é uma doença crónica caracterizada por um processo degenerativo não-inflamatório que afecta as articulações que permitem movimento e sustentação do peso do corpo. Atinge principalmente as articulações dos joelhos, da anca e dos dedos, mas poderá ocorrer em todas as articulações que permitem mobilidade, designadamente as da coluna vertebral. É uma das patologias mais comuns, sobretudo na população idosa, já que do ponto de vista histológico o processo degenerativo altera a cartilagem articular que perde elasticidade natural após anos de desgaste intenso. A doença tem uma maior prevalência e incidência no sexo feminino sobretudo a partir da menopausa, onde a severidade, sobretudo na artrose do joelho, é também maior (Srikanth et al, 2005). A dor, a rigidez e a deformidade estão associados à perda da função articular de que resultam variados graus de incapacidade.

## Objetivos/ Metodologia

Desenhou-se um estudo descritivo de carácter transversal tendo como objetivos: caracterizar, nos aspetos clínico e sociodemográfico, os idosos com OA da amostra em estudo e avaliar o impacto da OA na capacidade funcional de idosos institucionalizados.

Para a recolha de dados foi utilizado: questionário de caracterização sociodemográfica, clínica (antecedentes familiares de artrose, índice de massa corporal, existência de traumatismos anteriores, tempo de diagnóstico de artrose, tipo e localização da artrose) e da autonomia funcional nas Atividades de Vida Diária (higiene e conforto, vestir e despir, usar sanitários, levantar cama/cadeira, alimentação, eliminação e deambulação); a Escala Visual Numérica de avaliação da dor e a Escala de Avaliação Funcional de Lysholm.

## Resultados

	%	média±dp
Idade (anos)		77±7,6
Sexo		
mulheres	53,30%	
IMC		
pré-obesidade	46,70%	
obesidade	21,70%	
Patologias associadas	80%	
Tempo de diagnóstico (anos)		9,00±7,98
Trauma articular prévio	53,30%	
Antecedentes familiares	58,30%	
Prática exercício físico	33,30%	
Tipo de osteoartrite		
Primária	67%	
Localização		
joelho	20%	
poliarticular	21,70%	
Dor (intensidade)		
fraca	31,66%	
moderada	40%	
forte	21,66%	
insuportável	6,66%	
Rigidez Articular	91,70%	
ao acordar	41,66%	
durante a manhã	26,66%	
à tarde	8,33%	
ao deitar	15%	

Tabela 1 – Dados clínicos e sócio-demográficos

Avaliaram-se 60 idosos com OA diagnosticada em média há 9 anos, com média de idade de 77±7,6 anos, dos quais 53.3% são mulheres.

A idade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de OA (Oliveira, Felson, Reed, Cirillo & Walker, 1995) e está amplamente descrita a diferença na prevalência e incidência da OA entre sexos, com as mulheres com risco mais elevado de desenvolvimento da patologia, sobretudo a partir dos 50 anos de idade (Srikanth et al, 2005).

A maioria dos inquiridos (53.3%) tem história de trauma articular prévio e antecedentes familiares de artrose (58.3%). Relativamente ao tipo de OA, 67% dos inquiridos apresentam artrose primária e 25% artrose secundária.

A localização mais frequente (20%) é o joelho, e identificou-se poliartrose em 21.7% casos. Efetivamente, a maioria dos estudos identifica a artrose do joelho como a mais prevalente (Majani, Giardini & Scotti, 2005; Peat, McCarney & Croft, 2001).

A avaliação funcional do joelho aplicando a escala de Lysholm, identificou 49 utentes com má função. Referiram dificuldades em movimentar-se 98% da amostra e 63% refere coxear ligeira ou periodicamente.

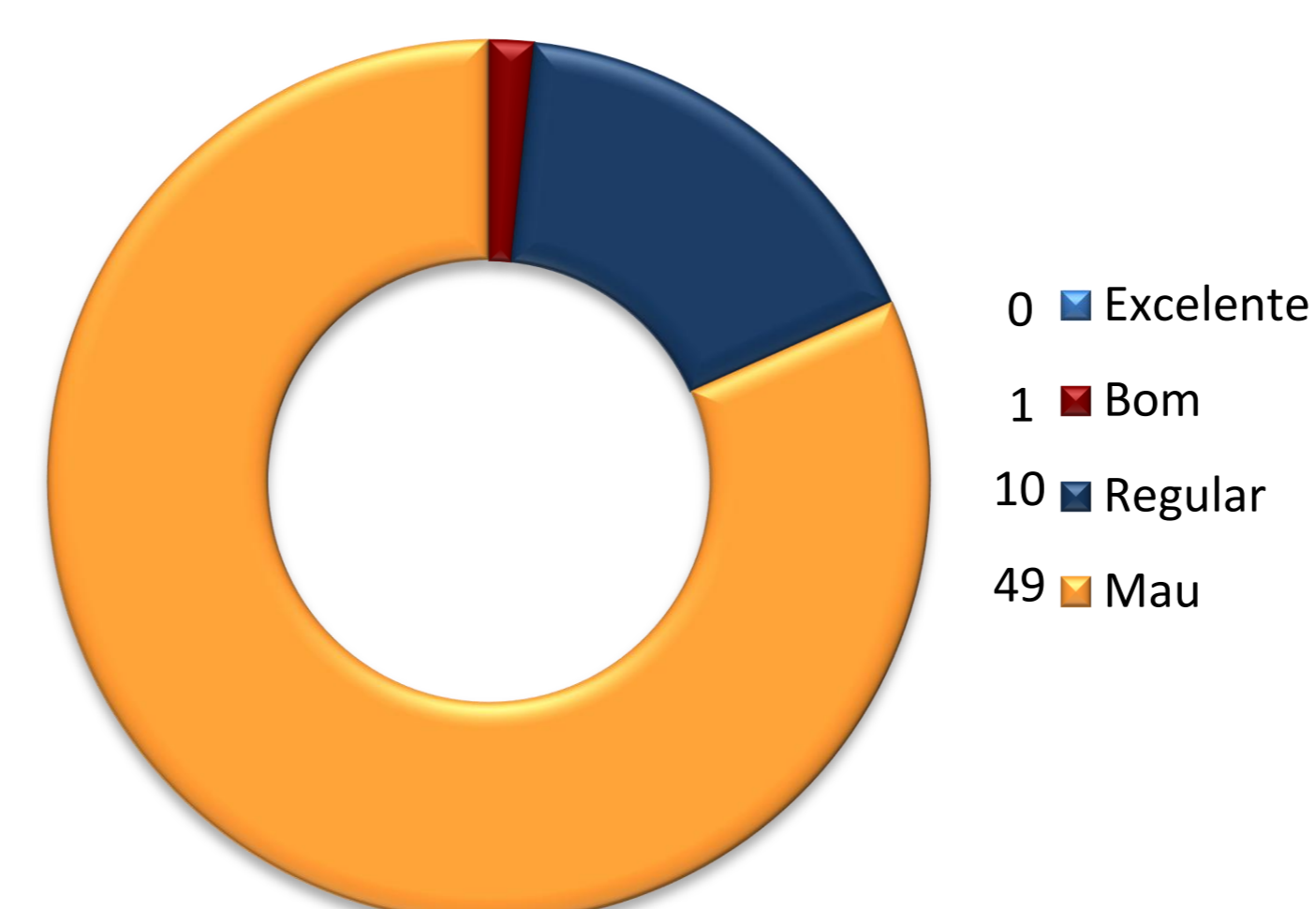
Os participantes apresentavam maioritariamente excesso de peso com 46,7% de pré-obesidade e 21,7% de obesidade. A associação entre obesidade e osteoartrite tem sido alvo de diversos estudos. Grotle, Hagen, Natvig, Dahl e Kvien (2008) referem que a obesidade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da patologia.

No que diz respeito à situação de saúde, 80% dos idosos sofrem de patologias associadas ao processo artrósico e no que concerne à prática de exercício físico apenas 33.3% mencionou fazê-lo.

AVDs	Independente	Ajuda com supervisão	Ajuda parcial	Ajuda total
Higiene e conforto	46,7	18,3	20	15
Vestir e despir	50	20	20	10
Usar sanitários	60	21,7	15	3,3
Levante cama/cadeira	61,7	21,7	15	1,6
Alimentação	83,3	11,7	3,3	1,7
Eliminação	63,3	21,7	8,3	6,7
Deambulação	68,3	16,7	13,3	1,7

Tabela 2 – Distribuição do grau de dependência pelas Atividades de vida diária

Gráfico 1 – Classificação da Escala Lysholm



Avaliação funcional do joelho - escala de Lysholm (N=60)	%
<b>Claudicação</b>	
leve ou periodicamente	63
<b>Agachamento</b>	
não além de 90°	38
<b>Uso de apoio</b>	
bengala ou muleta	68
<b>Subida de escadas</b>	
um degrau de cada vez	58
<b>Instabilidade</b>	
ocasionalmente em atividades diárias	48,3
<b>Bloqueio</b>	
sensação de bloqueio	20
<b>Dor</b>	
marcada durante o esforço	35
constante	30

Tabela 3 – Avaliação funcional do joelho pela escala de Lysholm

## Discussão e Conclusões

A artrose implica alterações na qualidade de vida. Através deste trabalho foi-nos possível constatar que de facto a OA é uma doença incapacitante dos membros superiores, inferiores e da coluna, que afeta a maneira como se realizam determinadas atividades diárias e conduz à perda de independência funcional. Para além disso, o portador de OA não vê apenas o seu estado físico alterado como também o seu estado psicológico, já que com a dor, a rigidez e a deformidade a auto-estima está muitas vezes diminuída.

## Referências

- Grotle, M., Hagen K., Natvig, B., Dahl, F., Kvien, T. (2008). Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: an epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2 (9), 132.
- Majani, G., Giardini, A., Scotti, A. (2005). Subjective impact of osteoarthritis flare-ups on patients quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (14). Consultada em 10/04/2010 a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC555754/>.
- Oliveria, S., Felson, D., Reed, J., Cirillo, P., Walker, A. (1995). Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis & Rheumatism* 38 (3), 1134-1141.
- Peat, G., McCarney, R., Croft, P. (2001). Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis*, 60, 91-97.
- Reijman, M., Pols, H., Bergink, A., Hazes, J., Belo, J., Lieverse, A., Bierma-Zeinstra, S. (2007). Body mass index associated with onset and progression of osteoarthritis of the knee but not of the hip: the Rotterdam Study. *Ann Rheum Dis*, 66 (2), 158-62.
- Srikanth, V., Fryer, J., Zhai, G., Winzenberg, T., Hosmer, D., Jones, G. (2005). A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 13 (9), 769-81.