

Perfil epidemiológico de idosos com osteoartrose

Epidemiologic profile of older people with osteoarthritis

Amanda Sachetti¹, Marlon Francys Vidmar², Giovani Venâncio¹, Daniel Kochenborger Tombini¹, Sabrina Sordi¹
Sabrina Pilla³, Michele Marinho da Silveira⁴, Lia Mara Wibelinger⁵

¹Acadêmicos de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. ² Acadêmico de Fisioterapia e bolsista Pibic da UPF. ³ Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. ⁴ Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos; Mestranda bolsista do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF. ⁵ Fisioterapeuta; Docente da Faculdade de Fisioterapia da UPF; Mestre e Doutoranda em Gerontologia Biomédica da PUC-RS.

Resumo

A osteoartrose (OA) constitui-se no grupo de doenças que mais afeta a população mundial, levando a uma diminuição da qualidade de vida. Pesquisas têm encontrado associações de várias condições de saúde dos idosos com os fatores ambientais, demográficos e socioeconômicos. O estudo desses diversos fatores é capaz de fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas que visam à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. O objetivo deste trabalho foi traçar um perfil dos idosos com osteoartrose atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo. Realizou-se um estudo retrospectivo de natureza documental, de coleta de dados em prontuários de pacientes idosos que foram atendidos no serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo, com as variáveis analisadas: sexo, localização da osteoartrose, queixa principal, uso de medicamentos e doenças associadas. A amostra foi composta por 78 pacientes, sendo 48 (62%) deles com faixa etária de 60 a 69 anos, 28 (35%) dentro da faixa etária de 70 a 79 anos e 2 (3%) da amostra com mais de 80 anos. Quanto ao gênero, 86% deles são do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Quanto às queixas relatadas, a dor foi referida por 94% dos pacientes e fraqueza muscular em 6%. O joelho foi a articulação acometida com maior frequência. Nas doenças associadas, 26 indicam que possuem HAS, 12 são portadores de diabetes mellitus e 11 referem ter outra doença cardíaca. A osteoartrose foi mais comum nos indivíduos do sexo feminino, o joelho a articulação mais acometida e a dor a queixa principal mais comum, o que deve servir para gerar ações de prevenção e aumento da qualidade de vida para esses indivíduos.

Palavras-chave: osteoartrose – envelhecimento; idosos – osteoartrose.

Abstract

Osteoarthritis (OA) constitutes the disease which most affects the world population, leading to decreased quality of life. Research has found associations of several conditions of the elderly with environmental factors, demographic and socio-economic factors. The study of these various factors is able to provide relevant information to develop programs that promote an active and healthy aging. The aim of this study was to draw a profile of older people with osteoarthritis treated at the physiotherapy service rheumatology, University of Passo Fundo. A retrospective study of nature documentary was conducted, collecting data from medical records of elderly patients who attended the service Reumatológica Physiotherapy at the University of Passo Fundo with the following variables: sex, site of osteoarthritis, chief complaint, medication use, and associated diseases. 48 (62%) of patients aged 60 to 69 years, 28 (35%) within the age range of 70 to 79 years and (2) 3% sample of more than 80 years. The gender distribution 86% of them are females and representing 14% of the male are a total of 78 patients. As the complaints reported pain was 94%, and muscle weakness at 6%. The knee joint was the most frequently affected. In diseases, 26 had hypertension, 12 and 11 diabetes heart disease. The osteoarthritis was more common in females being the most affected knee articulation and pain being the most common chief complaint, which should serve to generate prevention and increased quality of life for these individuals.

Keywords: Osteoarthritis -Aging; Elderly - Osteoarthritis.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas

e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos e da natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica.¹

No Brasil, considera-se idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. É uma fase da vida em que as pessoas tiveram muitos ganhos, mas também muitas perdas, entre as quais se destaca a saúde como um dos aspectos mais afetados nos idosos.²

Recebido em 19 de agosto de 2010; revisado em 06 de novembro de 2010.

Correspondência / Correspondence: Amanda Sachetti. R. Harry Becker, 567 - Bairro Santa Maria. 99070-190. Passo Fundo – RS – Brasil. E-mail: sachett@upf.br

Os idosos apresentam a diminuição da elasticidade dos tecidos moles, a estatura é diminuída pelo estreitamento dos discos intervertebrais, as articulações são menos capazes de absorver pressões e tornam-se mais rígidas, as cartilagens menos elásticas, o poder muscular diminui, levando à desaceleração dos movimentos e à perda da coordenação, ossos podem se tornar osteoporóticos, aparecem as dificuldades com o equilíbrio cujos fatores causadores são: a perda da propriocepção dos tecidos nas superfícies de apoio com carga, a fraqueza muscular e as alterações degenerativas nos canais semicirculares. Por isso, quedas são um problema bem importante na velhice.³

A artrose ou osteoartrose constitui um processo degenerativo que acomete as articulações. As alterações começam na cartilagem articular, que sofre um processo de amolecimento e deterioração, chegando inclusive a desaparecer em fases avançadas. O osso subcondral também sofre mudanças que se traduzem em um aumento de densidade ou esclerose e na formação ocasional de cistos ou partes ocas. Nas margens articulares, aparecem prolongações ósseas do osso subcondral, de forma irregular e tamanho variável, denominadas osteófitos, que constituem o sinal mais característico da artrose.⁴

A osteoartrose é a perda da cartilagem articular da articulação.^{5,6,7} Pode ser em decorrência de traumatismo, infecções, hereditariedade ou por razões idiopáticas.⁶ É uma afecção progressiva, para qual inexistente cura. O curso clínico habitual é uma deterioração da ambulação, aumento da rigidez, da dor e dor em repouso ou à noite.^{5,8}

A osteoartrose é uma doença reumática degenerativa que afeta as articulações sinoviais e acaba levando a fibrilação e fissuras da cartilagem ou microfraturas.^{9,10}

A osteoartrite, doença articular degenerativa, artrose ou osteoartrose, como ainda é conhecida no nosso meio, é a doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade.^{8,11}

No entanto, a osteoartrose é vista como uma enfermidade em que é possível modificar o seu curso evolutivo tanto em relação ao tratamento sintomático imediato, quanto ao seu prognóstico. É uma das causas mais frequentes de dor do sistema músculo-esquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no Mundo.¹¹ É uma doença degenerativa que afeta cerca de 10% dos homens e 18% das mulheres com idade superior a 60 anos e tende a aumentar nos próximos anos.¹²

Sendo assim, este estudo teve como objetivo traçar um perfil dos idosos com osteoartrose atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo, visando a conhecer essa população para desenvolver programas que visem à promoção de um envelhecimento mais ativo e saudável.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo de natureza documental, sendo a coleta

de dados realizada através da análise de prontuários de pacientes idosos que foram atendidos no serviço de Fisioterapia Reumatológica da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, no período de março de 2003 a março de 2008. O estudo baseou-se na análise de 157 prontuários do arquivo do serviço de Fisioterapia Reumatológica da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. Desses pacientes, 78 eram portadores de osteoartrose. As variáveis analisadas no trabalho foram às seguintes: sexo, localização da osteoartrose (quadril, joelho, coluna vertebral, ombro, pé e mão), queixa principal, uso de medicamentos (se usa ou não usa; se usa, foi demarcada a quantidade, 1, 2, 3 ou mais de 3), história de doença reumática na família (se sim ou não) e doenças associadas.

O presente estudo iniciou-se após apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo seguindo as normas da resolução 196/96-CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à idade, 48 (62%) pacientes apresentaram a faixa etária de 60 à 69 anos, 28 (35%) enquadraram-se dentro da faixa etária de 70 à 79 anos e 2 (3%) da amostra tinham mais de 80 anos. Quanto ao gênero 67 pacientes (86%) são do sexo feminino e 11 (14%) são do sexo masculino, num total de 78 pacientes atendidos na clínica de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo, com diagnóstico de osteoartrose. No que se refere à queixa principal, as queixas relatadas pelos pacientes são dor (94%) e fraqueza muscular (6%). Quanto ao tipo de dor, a do tipo irradiada foi referida com maior frequência (28%), seguida pela dor difusa com 7% e 2% dor em agulhada. A respeito da presença de história de doença reumática na família, 29% dos pacientes relatam apresentar e 71% não apresentam. Quanto ao acometimento articular, o joelho foi a articulação acometida com maior frequência, seguida pela coluna vertebral e o quadril. Em relação às doenças associadas, 26 possuem HAS, 12 são portadores de diabetes mellitus e 11 relatam possuir outra doença cardíaca. Quanto à profissão, 41% dos pacientes eram domésticas, 36% aposentados, 9% professores, 4% serviços gerais, 3% costureiras e 7% outras profissões.

O Colégio Americano de Reumatologia define osteoartrose como: “grupo heterogêneo de condições que induzem sinais e sintomas articulares associados a defeitos na integridade da cartilagem articular em associação a alterações relacionadas ao tecido ósseo situado na margem articular.”¹²

A osteoartrose é uma afecção dolorosa da articulação que ocorre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos, associada a uma variedade de condições, tais como: sobrecarga

mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem e da membrana sinovial, além de fatores genéticos⁹, possuindo etiologia multifatorial em que a genética e as alterações mecânicas são consideradas as mais importantes.¹³

A osteoartrose é responsável por vários graus de incapacidade funcional ou restrição de atividades, determinando um impacto socioeconômico bastante significativo.¹⁴

Na osteoartrose, quer primária ou secundária, a cartilagem é o tecido com maiores alterações em relação ao normal. Entre as alterações morfológicas, a cartilagem articular perde sua natureza homogênea e é rompida e fragmentada, com fibrilação, fissuras e ulcerações.^{15,10} Sabe-se que a cartilagem articular é um tecido avascular, espessamente celular, cujas características bioquímicas refletem principalmente a composição da matriz extracelular.¹⁵

A artrose é caracterizada radiograficamente por: cistos subcondrais, diminuição do espaço articular, esclerose subcondral, osteófitos e subluxação articular.⁶

O paciente com artrose padecerá sempre com dor, em maior ou menor grau; sofrerá também uma limitação funcional, que poderá ser discreta ou invalidante, ainda que, hoje em dia, graças à evolução dos tratamentos (especialmente da cirurgia), o paciente artrótico raramente se veja convertido em um inválido, ainda que tenha dificuldades para realizar as atividades da vida diária, e, finalmente, é consciente de que a doença durará toda a vida.¹⁶

A dor articular pode ser consequência de um processo inflamatório ou degenerativo, que pode determinar alterações circulatórias locais com isquemia, que representa a causa mais frequente de dor neurogênica.¹⁶

O paciente se torna consciente de que seus movimentos articulares já não são uniformes e que estão associados a vários tipos de crepitação articular, tais como rangidos, chiados e estalos. A articulação tende a se tornar rígida após certo período de repouso, fenômeno denominado gelificação articular. A articulação comprometida perde cada vez mais o movimento, de forma gradual; eventualmente, pode tornar-se tão rígida que a dor (associada a movimento) diminui.¹⁷

Devido ao caráter subjetivo da dor, não é possível, na situação clínica, relatar a sensação da dor original, combinando a sua qualidade e intensidade, pois os pacientes, muitas vezes, evidenciam falta de precisão ao descrever a dor. Por outro lado, informações precisas e mensuráveis são necessárias para a concepção de tratamento adequado, tendo em conta aspectos sensoriais, afetivos e psicológicos, além de componentes de dor cultural.⁹

Uma das questões atuais sobre a OA é se há possibilidade de prevenir as lesões da cartilagem. Além

das causas genéticas, alguns fatores como obesidade, realização de atividade física (exercícios aeróbios) e fatores biomecânicos que determinam certos padrões de marcha têm sido relacionados ao desenvolvimento da OA. O tratamento não-farmacológico é a primeira linha de tratamento para a OA. Dentre esses métodos, os que atualmente são considerados para o tratamento com algum nível de evidência científica são os exercícios, uso de órteses e redução de peso.¹⁴

Diferentes autores que estudaram o papel dos músculos em sujeitos com OA referem diminuição da força em todos os grupos musculares que envolvem a articulação com OA. Isso ocorre principalmente se as articulações acometidas forem as que suportam o peso do corpo.^{12,7}

O peso e a idade são, pois, agravantes na osteoartrose, e ela acomete ambos os sexos, podendo ser primária e secundária.¹⁸ As articulações que suportam carga são alvos frequentes de OA.⁷

As funções do quadril são cruciais para a independência funcional de um indivíduo, o que representa motivo da grande repercussão da osteoartrose (OA) sobre as alterações nessa articulação. Dentre as formas clínicas de OA, destacam-se a OA de quadril e joelho, por serem particularmente mais incapacitantes, já que essas são as articulações que recebem todo o peso corporal.⁸

A osteoartrose é responsável por vários graus de incapacidade funcional ou restrição de atividades, determinando um impacto socioeconômico bastante significativo.^{14, 19}

O início e a progressão do processo de osteoartrose podem seguir muitos padrões, sendo promovidos por fatores mecânicos, incluindo: 1) imobilização; 2) impacto; 3) alterações cinemáticas; 4) outras anormalidades mecânicas.¹⁴

No Brasil a OA atinge cerca de 16,2% da população, sendo responsável por 30 a 40% de todas as consultas em ambulatórios de reumatologia. A prevalência da OA aumenta com a idade, sendo que 85% das pessoas com idade superior a 70–79 anos de idade apresentam diagnóstico radiológico de OA.^{10, 19,20}

A Organização Mundial da Saúde estima que 25% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem de dor e incapacidade associados à OA.^{8, 10,19}

CONCLUSÃO

Com base na análise dos prontuários, foi possível concluir que, na população estudada, a osteoartrose apresentou-se principalmente nos indivíduos do sexo feminino, sendo o joelho a articulação mais acometida e a dor sendo a queixa mais comum. Os dados obtidos permitem obter maior conhecimento sobre a população atendida e definir as características mais frequentes da OA, a fim de buscar cada vez mais qualidade no serviço prestado à esses indivíduos e, consequentemente, proporcionar-lhes melhores condições de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.
- 2 RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D.E. **Como cuidar dos idosos**. Campinas:Papirus, 1996.
- 3 THOMSON, A.; SKINNER, A.; PIERCY, J. **Fisioterapia de Tydi**. 12.ed. São Paulo: Santos, 2002.
- 4 GABRIEL, M.R.S.; PETIT, J.D.; CARRIL, M.L.S. **Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- 5 MARGUES, A.P. et al. Avaliação da dor em pacientes com fibromialgia, osteoartrite e lombalgia. **R. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo**, São Paulo, v.56, n.1, p.5-10, 2001.
- 6 RIBEIRO, M. et al. Dor miofacial em pacientes com osteoartrose do quadril. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v.4, n.2, p.90-96, 1997.
- 7 REZENDE, M.U. de et al. Cartilagem articular e osteoartrose. **Acta Ortop. Bras.**, São Paulo, v.8, n.2, p.100-104, abr./jun. 2000.
- 8 YOSHINARI, N.H.; BONFÁ, E.S.D.O. **Reumatologia para o clínico**. São Paulo: Roca, 2000.
- 9 SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Osteoartrite (artrose): tratamento**. São Paulo, 2003.
- 10 CAILLIET, R. **Dor: mecanismos e tratamento**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- 11 SKAU, J.R. et al. Avaliação dos músculos flexores e extensores do quadril em sujeitos portadores de osteoartrose. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOMECÂNICA, 12., 2007, São Pedro, SP. **Anais...** São Paulo: TEC ART, 2007. p.1576-1581.
- 12 RICCI, N.A.; COIMBRA, I.B. Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril: uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados. **R. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.46, n.4, p.273-280, jul./ago. 2006.
- 13 TAMEGUSHI, A.S. et al. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite de joelho e quadril. **Espaço. saúde (Online)**, Londrina, v.9, n.2, p.8-15, jun. 2008.
- 14 SNIDER, R.K. **Tratamento das doenças do sistema musculoesquelético**. São Paulo: Manole, 2000.
- 15 SILVA, A.T. da; CORDEIRO, R.C.; RAMOS, L.R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v.15, n.4, p.326-332, out./dez. 2008.
- 16 CRESTANI, M.V. et al. Impacto femoroacetabular: uma das condições precursoras da osteoartrose do quadril. **R. Bras. Ortop.**, Rio de Janeiro, v.41, n.8, p.285-293, ago. 2006.
- 17 DANI, W.S.; AZEVEDO, E. De. Elementos básicos de diagnóstico: osteoartrose do quadril. **Temas Reumatol. Clín.**, São Paulo, v.7, n.2, p.38-45, abr. 2006.
- 18 RUDGE, S. Artrose de quadril. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUADRIL, 10., Rio de Janeiro, 2003. **Anais.....** São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2003.
- 19 BIASOLI, M.C.; IZOLA, L.N.T. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **RBM: R. Bras. Med.**, São Paulo, v.60, n.3, p.133-136, mar. 2003.
- 20 SKARE, T.L. **Reumatologia: princípios e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.