



ELSEVIER

REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

Artigo original

Avaliação da magnitude da desvantagem da osteoartrite na vida das pessoas: estudo MOVES



Luís Cunha-Miranda^{a,*}, Augusto Faustino^a, Catarina Alves^b, Vera Vicente^b
e Sandra Barbosa^c

^a Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal

^b Eurotrials, Scientific Consultants, Lisboa, Portugal

^c AstraZeneca, Produtos Farmacêuticos, Lda., Barcarena, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 27 de março de 2014

Aceito em 28 de julho de 2014

On-line em 5 de novembro de 2014

Palavras-chave:

Osteoartrite

Qualidade de vida

Auto-relato

R E S U M O

Introdução: A osteoartrite (OA) é uma das dez doenças mais incapacitantes nos países desenvolvidos e uma das principais causas de dor e incapacitação no mundo. O diagnóstico precoce aumenta a probabilidade de prevenção da progressão da doença.

Objetivos: Estimar a prevalência de osteoartrite auto-referida e a qualidade de vida em adultos portugueses com 45 ou mais anos de idade.

Métodos: Estudo observacional, transversal, implementado em domicílios por entrevista interpessoal.

Resultados: Foram incluídos no estudo 1039 indivíduos com idade média de 62 anos, sendo 54,2% do gênero feminino. A prevalência de osteoartrite auto-referida foi de 9,9%. Os joelhos e as mãos foram o local mais freqüente da doença. A prevalência de OA foi maior em mulheres e em participantes sem atividade profissional. A presença de OA foi maior em participantes com comorbidades. A maioria dos indivíduos já tinham passado por algum tratamento em alguma ocasião de suas vidas para esta doença: 94,5% tiveram tratamento farmacológico, 49,5% fisioterapia, e 19,8% atividade física. A dor estava associada com a estatura, com alguns locais da doença, especificamente pescoço, coluna lombar e ombros, pontuação do SF12 para qualidade de vida, e medidas de impacto no cotidiano dos participantes, gravidade da doença e incapacitação. O impacto da OA no dia-a-dia foi maior em indivíduos que tinham gozado licença por doença ou que pararam de trabalhar por causa da OA, apresentavam-se com pior saúde física e mental, e exibiam maior gravidade da doença. **Conclusão:** Este estudo confirmou que a osteoartrite é uma doença muito relevante, com impacto potencial elevado na qualidade de vida, no funcionamento e na capacidade para o trabalho e, por causa de sua prevalência, exerce um impacto social muito elevado e crescente.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: luis.miranda@ipr.pt (L. Cunha-Miranda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.07.009>

0482-5004/© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Assessing the magnitude of osteoarthritis disadvantage on people's lives: the MOVES study

A B S T R A C T

Keywords:

Osteoarthritis
Quality of life
Self-report

Introduction: Osteoarthritis (OA) is one of the ten most disabling diseases in developed countries and one of the leading causes of pain and disability over the world. Early diagnosis increases the likelihood of preventing disease progression.

Objectives: To estimate the prevalence of self-reported osteoarthritis and quality of life in Portuguese adults with 45 or more years old.

Methods: Observational, cross-sectional study, implemented in households by face-to-face interview.

Results: 1,039 subjects with mean age of 62 years and 54.2% female were included. The prevalence of self-reported osteoarthritis was 9.9%. Knees and hands were the most frequent site of disease. The prevalence of OA was higher in women and in participants without professional activity. Presence of OA was higher in participants with comorbidities. Most subjects have done some treatment at some point in time for this disease: 94.5% had drug therapy, 49.5% physiotherapy, and 19.8% physical activity. Pain was associated with height, with some disease locations specifically neck, lower spine and shoulders, SF12 scores of quality of life, and measurements of impact in daily living, severity of disease and disability. The impact of OA in daily living was greater in subjects that had been on sick leave or stopped working due to OA, had worse physical and mental health, and with more severe of disease. **Conclusion:** This study confirmed that osteoarthritis is a very relevant disease with a high potential impact on quality of life, function and work ability and because of its prevalence with a very high growing social impact.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A osteoartrite (OA) é a mais importante das doenças reumáticas, afetando todos os componentes das articulações, sobretudo a cartilagem articular.¹ OA é uma das dez doenças mais incapacitantes em países desenvolvidos,¹ e acredita-se que seja a doença articular crônica mais prevalente.² Trata-se, de longe, da forma mais comum de artrite e uma das principais causas de dor e incapacitação em todo o mundo.^{1,3}

A dor é o principal sintoma em pacientes com OA,⁴ com impacto significativo na capacidade funcional, causando deficiência grave nas atividades da vida diária, e estando associada com perda considerável de produtividade e com a diminuição da qualidade de vida.⁴⁻⁷ Considerada uma doença relacionada à idade, OA tem maior probabilidade de afetar as articulações que ficam continuamente sob stress ao longo dos anos, incluindo joelhos, quadris, pequenas articulações das mãos e região inferior da coluna.^{1,4,8}

Em todo o mundo, estima-se que 9,6% dos homens e 18,0% das mulheres com idade acima de 60 anos padecem de osteoartrite sintomática.¹ Os principais fatores de risco associados à OA são idade, gênero (mais frequente em mulheres), obesidade, doenças metabólicas ou endócrinas, trauma ou sobrecarga articular, e também fatores genéticos.⁸⁻¹⁰ No entanto, a importância dos fatores de risco individuais varia, chegando mesmo a diferir, dependendo da articulação.⁸ Contudo, muitos fatores de risco para o estilo de vida são reversíveis ou evitáveis – o que tem implicações importantes para a sua prevenção. O diagnóstico precoce aumenta a

probabilidade de prevenir a progressão da doença até situações de maior incapacitação.

Tendo em vista que os pacientes frequentemente ignoram a dor e os sintomas, OA tende a progredir quase que silenciosamente. Os pacientes devem ter conhecimento de sua doença e ter um plano de prevenção, evitando mecanismos que possam intensificar sua progressão e usando tratamentos farmacológicos que possam impedir a degradação estrutural da articulação.

O estudo MOVES teve como objetivo estimar a prevalência de osteoartrite auto-referida e seu impacto na qualidade de vida em portugueses adultos com 45 ou mais anos de idade. Neste estudo, buscou-se comparar indivíduos com e sem OA auto-referida, considerando alguns dos parâmetros que podem contribuir para uma pior qualidade de vida e perda de funcionalidade.

Métodos

Este estudo transversal observacional foi realizado em 17 municipalidades de Portugal Continental entre 27 de setembro e 26 de outubro de 2011. Para garantir a representatividade da população, a amostra foi estratificada por região (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve), idade e gênero, de acordo com estimativas do Instituto Nacional de Estatística (Estatísticas Demográficas, 2008). Este estudo foi implementado em domicílios, com seleção de rua por procedimento aleatório. Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas face-a-face por entrevistadores especificamente treinados. As

peças dos domicílios selecionados eram convidadas a participar se tivessem mais de 45 anos de idade e concordassem em participar do estudo.

Estimamos uma amostra de 1.039 participantes para possibilitar o cálculo dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para a prevalência auto-referida de osteoartrite com um erro de precisão de 1,8%.

Os dados coletados junto a todos os respondentes consistiram de variáveis sociodemográficas, atividade profissional e condições de trabalho, comorbidades e aspectos de auto-relato da doença. Para os indivíduos que relataram OA, também foram recolhidos dados específicos, incluindo a caracterização da OA (data do diagnóstico, sintomas, localização da doença), capacidade de trabalho e licença por doença, tratamento e caracterização terapêutica, e qualidade de vida e funcionalidade (SF-12 v2.0). Além disso, os participantes foram convidados a responder a cinco escalas visuais analógicas (EVAs) para medir a intensidade da dor, o impacto da OA no cotidiano da pessoa, a gravidade da doença, o nível de incapacitação e a percepção do paciente com respeito à importância que o médico dá à doença.

Análise estatística

As estimativas auto-referidas de prevalência da osteoartrite foram calculadas para a população Portuguesa e estratificadas por região, idade e gênero. Os resultados foram subdivididos em dois grupos: indivíduos com OA auto-referida e indivíduos sem OA auto-referida.

Os escores do instrumento SF-12 v2.0 foram obtidos com o *Health Outcomes Scoring Software* 4.5 e variam entre 0 e 100 (valores mais altos indicam melhor qualidade de vida/estado de saúde).

Utilizamos os testes do qui-quadrado (QQ) e exato de Fisher (FS) em caso de baixas frequências esperadas, com o objetivo de identificar associações entre osteoartrite e variáveis qualitativas. Aplicamos o teste U de Mann-Whitney (não paramétrico) para comparar os participantes com e sem osteoartrite e variáveis quantitativas, uma vez que a suposição de normalidade não foi aceita (Kolmogorov-Smirnov). A associação entre variáveis quantitativas foi confirmada com o coeficiente de correlação de Spearman. Os diversos resultados da análise de regressão logística para presença de OA auto-referida estão apresentados por meio de razão de chances (*odds ratio* [OR]) e por intervalos de confiança de 95%. Todos os testes foram bilaterais, sendo considerado um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o uso do programa IBM® SPSS® Statistics 18.

Este estudo observacional foi registrado no ClinicalTrials.gov, sob o número NCT01423097.

Resultados

Este estudo incluiu 1.039 participantes com idade média de 62 anos (45-99 anos); 54,2% eram mulheres. A [tabela 1](#) resume as características sociodemográficas e antropométricas da amostra total e por grupo (com ou sem OA).

No geral, cerca de 72% da amostra viviam com o cônjuge e/ou filhos. Sobre peso foi observado em quase metade dos

pacientes (47,0%) e obesidade estava presente em 18,0%. 65% dos participantes não exerciam qualquer atividade profissional, a maioria deles (76,2%) por aposentadoria não causada por OA. A idade média de início da atividade profissional foi de 15,2 anos (DP = 5,7).

Hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente (32,2%), seguida por diabetes (15,4%) e doenças cardiovasculares (14,2%). Aproximadamente 30% dos participantes relataram não sofrer qualquer doença.

Neste estudo, a prevalência de osteoartrite auto-referida foi de 9,9% (IC 95%: 8,1-11,7%).

A prevalência de OA foi maior em mulheres (13,3% versus 5,9%, $P < 0,001$) em indivíduos do Norte de Portugal, em participantes sem atividade profissional, como mostra a [tabela 1](#). Os participantes com OA eram mais idosos (idade mediana = 64) e tinham menor número de anos de escolaridade.

Para a amostra total, a prevalência auto-referida de OA foi de 6,3% nos joelhos e 5,5% e 3,1% nas mãos e pés, respectivamente. A coluna vertebral teve prevalência de 2,7% e os tornozelos e quadris, 2,2%. Punhos, ombros, cotovelos, pescoço e coluna torácica tiveram, todos, prevalência inferior a 2%.

A presença de OA foi mais elevada em participantes com comorbidades (13,5% versus 1,6%, sem comorbidade, $P < 0,001$). Indivíduos com OA apresentaram maior número mediano de comorbidades (2 versus 1 em indivíduos sem OA, $P < 0,001$).

A prevalência de OA foi associada a algumas das comorbidades: artrite reumatoide, depressão, problemas renais, transtornos intestinais, osteoporose, transtornos cardiovasculares, diabetes e hipertensão ([fig. 1](#)).

Os resultados de várias regressões logísticas para a presença de osteoartrite auto-referida ([tabela 2](#)) mostraram que o risco de OA é 2 vezes maior para as mulheres, 2,6 vezes maior para indivíduos com artrite reumatoide e 1,8 vezes maior para aqueles com mais comorbidades.

Para o subgrupo de pacientes com OA auto-referida, coletamos dados extras com o objetivo de compreender quais as variáveis que poderiam ter tido algum impacto na doença. A [tabela 3](#) resume as variáveis de avaliação dos pacientes com OA.

Neste grupo de indivíduos, a média de idade por ocasião do diagnóstico foi de 52 anos de idade (20-85 anos), e o tempo médio transcorrido entre a queixa e o diagnóstico foi de três anos, variando de 1 mês a 35 anos. A duração média da doença foi de 13 anos (1-56 anos). Na maioria dos casos, um clínico geral foi o responsável pelo diagnóstico da doença (63,0%), e foi o profissional que acompanhou o paciente (58,4%). Aproximadamente 92% dos indivíduos com prevalência auto-referida tinham o diagnóstico radiograficamente confirmado.

Entre os pacientes com OA, joelhos e mãos foram os locais mais frequentemente acometidos pela doença (63,1% e 55,3%, respectivamente); coluna torácica foi o local menos frequentemente registrado (8,7%).

Aproximadamente 30% dos indivíduos com OA gozaram de licença por doença em algum momento, ou pararam de trabalhar devido a esta condição. O absentismo variou entre 3 dias e 3 anos. Entre esses indivíduos, 41,4% mudaram seu tipo de trabalho, 34,5% mudaram a forma de trabalhar por motivos relacionados com a OA e 10,3% pararam completamente de trabalhar por causa da doença.

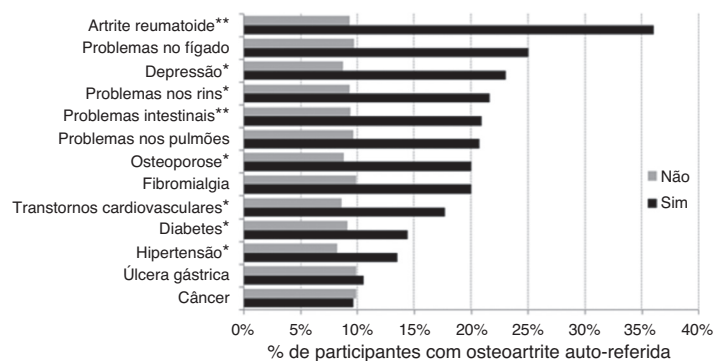
Tabela 1 – Características da amostra

	Total (n=1,039)	Sem OA auto-referida (n=936)		Com OA auto-referida (n=103)		P	
Idade (anos)	62,0 (45-99)	61,0 (45-99)		64,0 (45-87)		MW:0,002	
Gênero†							
Feminino	563	54,2%	488	86,7%	75	13,3%	QQ:<0,001
Masculino	476	45,8%	448	94,1%	28	5,9%	
Região†							
Norte	355	34,2%	309	87,0%	46	13,0%	QQ:0,036
Centro	262	25,2%	243	92,7%	19	7,3%	
Lisboa	284	27,3%	253	89,1%	31	10,9%	
Alentejo	94	9,0%	88	93,6%	6	6,4%	
Algarve	44	4,2%	43	97,7%	1	2,3%	
Escolaridade (anos)	5,0 (0-26)	6,0 (0-26)		4,0 (0-19)		MW:0,020	
Vivendo com†							
Sozinho	183	17,6%	166	90,7%	17	9,3%	NA
Com a família/amigos	105	10,1%	101	96,2%	4	3,8%	
Cônjuge/filhos	749	72,2%	667	89,1%	82	10,9%	
Casa de repouso	1	0,1%	1	100,0%	0	0,0%	
IMC (kg/m ²)†	22,2 (15,2-42,2)	26,2 (15,2-42,2)		26,7 (16,9-40,1)		MW:0,068	
Abaixo do peso	6	0,6%	5	83,3%	1	16,7%	QQ:0,213
Peso normal	356	34,4%	329	92,4%	27	7,6%	
Sobrepeso	486	47,0%	435	89,5%	51	10,5%	
Obesidade	186	18,0%	162	87,1%	24	12,9%	
Atividade profissional	369	35,5%	342	92,7%	27	7,3%	QQ:0,038
Comorbidades†							
Hipertensão	334	32,2%	289	30,9%	45	43,7%	QQ:0,008
Transtornos cardiovasculares	147	14,2%	121	12,9%	26	25,2%	QQ:0,001
Diabetes	160	15,4%	137	14,7%	23	22,3%	QQ:0,041
Osteoporose	100	9,6%	80	8,6%	20	19,4%	QQ:<0,001
Depressão	87	8,4%	67	7,2%	20	19,4%	QQ:<0,001
Problemas nos rins	51	4,9%	40	4,3%	11	10,7%	QQ:0,004
Problemas intestinais	43	4,1%	34	3,6%	9	8,7%	FS: 0,031
Artrite reumatoide	25	2,4%	16	1,7%	9	8,7%	FS:<0,001
Problemas nos pulmões	29	2,8%	23	2,5%	6	5,8%	FS:0,059
Câncer	52	5,0%	47	5,0%	5	4,9%	QQ:0,939
Problemas no fígado	16	1,5%	12	1,3%	4	3,9%	FS:0,065
Úlcera gástrica	19	1,8%	17	1,8%	2	1,9%	FS:>0,999
Fibromialgia	5	0,5%	4	0,4%	1	1,0%	FS:0,408
Outros	197	19,0%	163	17,4%	34	33,0%	-
Nº de comorbidades	1,0 (0-8)	1,1 (0-6)		2,1 (0-8)		MW:<0,001	

MW, teste de Mann-Whitney; QQ, Teste do qui-quadrado; FS, teste exato de Fisher; NA, não aplicável.

Valores apresentados como mediana (mínimo-máximo), exceto em variáveis categóricas (†), que são apresentadas como n (%).

Para as comorbidades, os percentuais foram calculados intragrupos (com e sem OA auto-referida).



*P < 0,050, teste do qui-quadrado.

**P < 0,050, teste exato de Fisher.

Figura 1 – Associação entre comorbidades e osteoartrite.

Tabela 2 – Regressão logística para presença de osteoartrite auto-referida

	OR	IC 95% para OR
<i>Gênero</i>		
Masculino	Ref.	
Feminino	2,017	[1,263;3,223]
<i>Artrite reumatoide</i>		
Não	Ref.	
Sim	2,585	[1,027; 6,506]
<i>Nº de comorbidades</i>	1,780	[1,499; 2,113]

Ref.: Categoria versus a qual se está fazendo comparações.

Em sua maioria, os pacientes com prevalência de OA (88,3%) fizeram algum tipo de tratamento para esta doença em algum momento de suas vidas: 94,5% fizeram tratamento farmacológico, 49,5% fisioterapia e 19,8% atividade física; também foram citadas cirurgia e dieta especial. Aproximadamente 84% dos pacientes tomavam AINEs para tratamento da OA (42,0% usavam exclusivamente AINEs), 46,9% tomavam analgésicos (3,7% usavam exclusivamente analgésicos) e 34,6% usavam drogas modificadoras de doença (DMARDs) (6,2% usavam exclusivamente DMARDs) (tabela 3).

Em sua maioria, os indivíduos entrevistados relataram o uso de analgésicos (52,4%) ou anti-inflamatórios (86,9%) nos três meses anteriores ao estudo. Em média, o consumo de

Tabela 3 – Caracterização de indivíduos com OA

	Com OA auto-referida (n=103)	
<i>Idade no diagnóstico, anos</i>	52,3 (12,0)	
<i>Tempo desde a queixa até o diagnóstico, anos</i>	2,9 (4,8)	
<i>Duração da doença, anos</i>	12,7 (10,4)	
<i>Local da doença</i>	N	%
Joelhos	65	63,1%
Mãos	57	55,3%
Pés	32	31,1%
Coluna lombar	28	27,2%
Quadris	23	22,3%
Tornozelos	23	22,3%
Punhos	20	19,4%
Ombros	19	18,4%
Cotovelos	16	15,5%
Pescoço	12	11,7%
Coluna torácica	9	8,7%
<i>Capacidade de trabalho e licença médica (no último ano)</i>	N	%
Mudou o tipo de trabalho devido à OA	12	41,4%
Mudou a maneira de trabalhar devido à OA	10	34,5%
Redução do nº de horas de trabalho devido à OA	1	3,4%
Não trabalhou alguns dias devido à OA	2	6,9%
Parou completamente de trabalhar devido à OA	3	10,3%
Outros	1	3,4%
<i>Fez algum tipo de tratamento, em alguma ocasião, para OA</i>	91	88,3%
Tratamento farmacológico	86	94,5%
Fisioterapia	45	49,5%
Atividade física	18	19,8%
Cirurgia	9	9,9%
Dieta especial	1	1,1%
Outros	7	7,7%
<i>Tratamento farmacológico para OA nos últimos 3 meses</i>	N	%
AINEs	34	42,0%
AINEs + Analgésicos	16	19,8%
AINEs + Analgésicos + DMARDs	14	17,3%
DMARDs	5	6,2%
Analgésicos + DMARDs	5	6,2%
AINEs + DMARDs	4	4,9%
Analgésicos	3	3,7%
Total	81	100,0%
<i>Escalas visuais analógicas – EVA</i>		
Intensidade da dor	4,5 (3,3)	
Impacto da OA no dia-a-dia	6,1 (2,8)	
Gravidade da doença	5,9 (2,4)	
Nível de incapacidade	5,3 (2,7)	
Percepção do indivíduo para importância que o médico dá à doença	6,4 (3,0)	

Valores apresentados como média (DP), exceto nas variáveis categóricas (†), apresentadas como n (%).

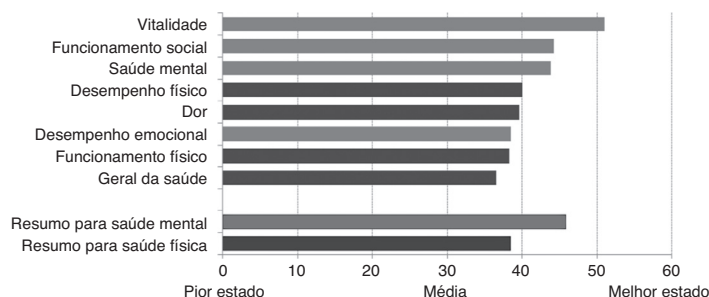


Figura 2 – Escores de qualidade de vida e funcionalidade (SF-12 v2.0).

analgésicos ocorreu quatro dias/semana (1-7 dias por semana) durante 6 semanas. O uso de anti-inflamatórios ocorreu, em média, 5 dias/semana durante 7 semanas.

A [tabela 3](#) lista os resultados da avaliação com EVA. Em média, a intensidade da dor chegou a 4,5 pontos, enquanto a gravidade da doença alcançou 5,9 pontos, considerando-se um nível médio de incapacitação de 5,3. O impacto no dia-a-dia dos participantes chegou a 6,1 pontos na EVA; no ponto de vista dos pacientes, esse é o parâmetro mais importante associado a esta doença. A percepção do indivíduo com relação à importância que o médico dá à doença recebeu 6,4 pontos.

A análise de SF-12 V2.0 demonstrou que a pontuação global para a saúde mental registrou um valor superior ao escore global para a saúde física, sugerindo que os pacientes têm melhor qualidade de vida mental do que física (45,9 pontos [DP = 12,7] e 38,5 pontos [DP = 9,3], respectivamente) ([fig. 2](#)).

Foram feitos testes de associação com o objetivo de entender quais as variáveis que se relacionavam com dor em pacientes com OA. No presente estudo, a dor foi associada com a estatura ($rs = -0,221$, $P = 0,025$) e com alguns locais acometidos pela doença [pescoço (7,9 versus 4,2 pontos para OA em outros locais; $P = 0,008$); mãos (5,0 versus 3,1 pontos para OA em outros locais, $P = 0,029$); coluna vertebral (7,3 versus 4,1 pontos para OA em outros locais, $P = 0,020$); e ombros (7,2 versus 4,1 pontos para OA em outros locais, $P = 0,025$)]. A dor também foi associada com escores do SF12 para qualidade de vida (saúde física: $rs = -0,479$, $P < 0,001$ e saúde mental: $rs = -0,414$, $P < 0,001$) e medições na EVA para impacto da OA no dia-a-dia ($rs = 0,524$, $P < 0,001$), gravidade da doença ($rs = 0,557$, $P < 0,001$) e nível de incapacitação ($rs = 0,587$, $P < 0,001$).

Também foram avaliados os parâmetros com os quais estava relacionado o impacto da OA na vida diária (EVA). Escores estatisticamente mais elevados para o impacto da OA no cotidiano foram obtidos por indivíduos que estavam em licença médica ou que tinham parado de trabalhar em decorrência da OA (8,1 pontos versus 6,0 pontos, $P = 0,001$). Além disso, um maior impacto da OA na vida diária foi associado com pior saúde física ($rs = -0,582$, $P < 0,001$), pior saúde mental ($rs = -0,460$, $P < 0,001$) e maior gravidade da doença ($rs = 0,506$, $P < 0,001$).

Discussão

Este estudo epidemiológico teve como objetivo avaliar a osteoartrite em indivíduos adultos com mais de 45 anos de idade

em Portugal. Os resultados sugerem que a prevalência da OA auto-referida na população portuguesa com 45 anos ou mais de idade se situa entre 8,1 e 11,7%. Este resultado é semelhante aos dados de prevalência relatados em países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica e Holanda.^{11,12} A prevalência global da OA entre os habitantes da Noruega foi de 12,8%, sendo significativamente maior entre as mulheres, em comparação com os homens.^{13,14} Na população holandesa com OA, a prevalência de osteoartrite no joelho foi maior do que no quadril, o que também é relatado em outros países,^{12,14} bem como em nosso estudo em Portugal.¹⁵ Na Polônia, OA foi diagnosticada em 14,7% dos participantes. A ocorrência de OA aumentou com a idade, sendo mais elevada na faixa etária acima dos 50 anos, e mais frequente em mulheres.¹⁴ A Espanha revelou uma prevalência estimada de OA sintomática no joelho de 10,2% na população adulta em geral com mais de 20 anos de idade, e de 6,2% para OA sintomática na mão. Estes resultados estavam relacionados principalmente a uma alta taxa de dor no joelho em mulheres com mais de 55 anos.^{14,16-18}

No entanto, a maioria dos estudos na literatura^{11,13-15} relatam dados de prevalência de OA sintomática no joelho, mão e quadril. São muito escassas as informações sobre outros locais acometidos pela doença.

O presente estudo utiliza informações obtidas por auto-relato; por isso há algumas limitações, visto dispensarem confirmação médica do diagnóstico. Portanto, é possível que algumas pessoas se descrevam como diagnosticadas, quando na verdade não estavam; por outro lado, alguns indivíduos podem pensar que foram diagnosticados com outra enfermidade, mas na verdade receberam um diagnóstico de OA, o que implica risco de diagnóstico falso-positivo ou falso-negativo. Em resumo, a avaliação da doença por meio de informações obtidas por auto-relato pode levar a alguns erros de diagnóstico; não obstante, tais informações são consideradas como um importante indicador da condição de uma pessoa, mesmo dependendo de como ela percebe e identifica sua doença.

Como esperado, em nosso estudo, os locais mais comuns para ocorrência de OA também foram joelhos e mãos. No entanto, apesar da elevada evidência de OA do quadril relatada em outros países,^{13,19-21} esse achado não ficou demonstrado nesta população portuguesa.

Idade, gênero, obesidade, lesões, ocupação e atividade física são alguns dos fatores de risco associados com OA, já exaustivamente discutidos previamente na literatura publicada.^{14,22-24}

O dano oxidativo que ocorre com o envelhecimento é um dos principais responsáveis pela ocorrência da OA. Em comparação com os homens, as mulheres têm maior propensão de sofrer OA, havendo também maior tendência de acometimento das formas mais graves da doença. Os resultados deste estudo confirmam esses achados, em que a prevalência de OA é maior em mulheres do que em homens, concordando com resultados relatados por estudos em outros países.^{11,13,16,18,25,26} Também concordando com outros estudos,^{2,11,13,16,18,25,27} houve associação entre idade e OA, tendo sido observada uma idade mediana mais alta em indivíduos com OA.

Alguns estudos demonstraram que os fatores de risco para OA de diferente localização podem variar. Na Itália, os resultados para OA no quadril revelaram correlações com peso, fatores genéticos, gênero, traumas prévios, fatores ocupacionais e idade, enquanto que OA no joelho teve grande correlação com peso, estilo de vida e atividade física.¹⁴ Há muito tempo a obesidade e o sobrepeso têm sido reconhecidos como potente fator de risco para OA, especialmente no joelho.^{2,7,22,27} Além disso, o índice de massa corporal (IMC) parece desempenhar um papel importante na determinação da incapacitação dos indivíduos.²⁸ Mas no presente estudo, não percebemos associação entre OA e IMC, contrastando com dados obtidos em um levantamento populacional na Noruega,¹³ onde IMC estava significativamente associado com OA no quadril e joelho.

Tem sido demonstrado que, em pacientes com OA, condições de comorbidade podem afetar não apenas a progressão da doença, mas também o bem-estar psicológico dos pacientes, independentemente da extensão da doença.^{29,30} No nosso estudo, a prevalência de OA foi maior em indivíduos hipertensos, com transtornos cardiovasculares e diabetes. Essas comorbidades também foram relatadas por outros autores, juntamente com depressão, dislipidemia ou outros problemas musculoesqueléticos.³¹⁻³³ Nossos resultados demonstraram maior risco de OA para indivíduos com mais comorbidades, implicando maior necessidade de atenção, investigação e tratamento dessas comorbidades, com a finalidade de tentar diminuir a incapacitação associada e a diminuição da qualidade de vida em pacientes com essas condições.

Nossos resultados mostraram uma associação entre OA e menor número de anos de educação e absentismo; esse também foi um dos achados nos estudos noruegueses¹³ e espanhol,^{16,18} nos quais foi observado aumento na ocorrência de OA em pessoas com menos de 12 anos de educação e naqueles fora do mercado de trabalho.

Com relação ao absentismo ou às condições de trabalho associadas à OA, os resultados do presente estudo concordam com dados dos Estados Unidos:⁴ nossos percentuais de indivíduos, de mudança no tipo de trabalho, ou de mudança na forma de trabalhar por causa da OA foram semelhantes, em comparação com o comprometimento no trabalho em geral e nas atividades observadas naquele país. A redução do emprego em decorrência da OA pode também depender do local afetado pela doença.³⁴ No estudo norte-americano,⁴ trabalhadores com dor causada pela OA relataram um estado de saúde significativamente pior (medido por SF-12), em comparação com trabalhadores sem dor causada pela doença.

Da mesma forma, também chegamos a escores mais baixos para os componentes físicos que, como esperado, estavam associados à dor, uma vez que OA e dor afetam o funcionamento físico.^{4,13,30}

Em nosso estudo, também observamos uma associação entre dor medida por EVA e impacto na vida diária, gravidade da doença e nível de incapacitação. Segundo a literatura, o alívio da dor é o principal motivador nos pacientes com OA, na busca de atenção médica.¹⁴ Tendo em vista a relação entre dor e qualidade de vida, é importante que sejam buscadas formas adequadas para que o paciente obtenha melhor qualidade de vida. É importante também compreender a relação entre OA, dor auto-referida e medidas de incapacitação, para que se tenha um conhecimento mais aprofundado com relação ao efeito que a OA exerce na vida do paciente, à progressão da doença, e aos caminhos para uma intervenção eficaz.^{29,30}

Para alguns autores,^{22,30} dor e funcionamento são assumidos como resultados sintomáticos da OA que podem frequentemente ser considerados pelo paciente como parte da avaliação da eficácia farmacológica, em associação com suas percepções de gravidade e melhora. Em nosso estudo, os resultados apontam para uma relação entre o impacto no dia-a-dia do paciente, gravidade e incapacitação – que, no ponto de vista do paciente, são os desfechos que mais foram considerados como tendo associação com esta doença.

Estatisticamente, o pescoço foi o local de acometimento da OA considerado como o mais doloroso pelos participantes deste estudo, um achado bastante incomum em outros estudos semelhantes já publicados. Junto com o pescoço, a coluna vertebral lombar e os ombros também foram estatisticamente significativos para a dor; em geral, e ainda do ponto de vista dos pacientes, esses níveis de dor podem ter sido responsáveis pelos resultados relacionados ao impacto no dia-a-dia e à incapacitação. Alguns estudos^{5,14,28,29} relataram que a presença de dor em pacientes com OA no quadril e joelho demonstrava forte associação com a percepção de incapacitação para as atividades básicas da vida cotidiana.

As associações entre o auto-relato de OA, gravidade e outras medidas de resultados relatados pelos pacientes sugerem que há relevância clínica em solicitar ao paciente que faça uma autoavaliação de sua condição.¹⁴ Esta abordagem pode representar uma forma adicional de avaliar a osteoartrite na prática clínica, embora haja necessidade de maior volume de dados para que seja confirmada a utilidade deste método.

Conclusão

Existem alguns estudos que avaliam OA auto-referida e seu impacto no cotidiano de seus portadores. Com este estudo, buscamos compreender como os pacientes são afetados por esta doença.

O nosso estudo confirma que a prevalência de osteoartrite foi maior em mulheres, e existe uma associação entre a doença e a idade. Entre os pacientes com OA, joelhos e mãos foram os locais mais frequentemente citados para a doença auto-referida. OA foi associada com menor número de anos de educação e com absentismo. Um impacto no dia-a-dia do paciente foi o mais importante parâmetro associado a esta doença,

que também foi associada com pior saúde física e mental e maior gravidade da doença.

No geral, nosso estudo confirma que o impacto da OA é muito significativo em pacientes com mais de 45 anos de idade e que também está presente em pacientes portadores de outras doenças variadas. Isso pode indicar um perfil do paciente, com um estado de saúde global menos satisfatório e em quem OA contribui para a diminuição da qualidade de vida.

Em uma população em processo de envelhecimento e que precisa trabalhar durante maior número de anos, OA deve ser considerada em termos de prevenção e tratamento, para que seja controlado o impacto global da doença não só para os doentes, mas também na sociedade.

Apoio financeiro

Este estudo foi patrocinado por AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda., Portugal.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO) [internet]. Available from: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>. [Accessed in January 15, 2013].
- Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet*. 2011;377:2115-26.
- Guermazi A, Niu J, Hayashi D, Roemer FW, Englund M, Neogi T, et al. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ*. 2012;345:e5339.
- DiBonaventura MC, Gupta S, McDonald M, Sadosky A. Evaluating the health and economic impact of osteoarthritis pain in the workforce: results from the National Health and Wellness Survey. *Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:83.
- Mannoni A, Briganti MP, DiBari M, Ferruci L, Costanzo S, Serni U, et al. Epidemiological profile of symptomatic osteoarthritis in older adults: a population based study in Dicomano. *Italy Ann Rheum*. 2003;62:576-8.
- Nguyen UD, Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Aliabadi P, et al. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis. *Ann Intern Med*. 2011;155:725-32.
- Sowers MF, Karvonen-Gutierrez CA. The evolving role of obesity in knee osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2010;22:533-7.
- The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Osteoarthritis: National clinical guideline for care and management in adults. London: Royal College of Physicians; 2008.
- Portal da Saúde [internet]. Available from: <http://www.portaldaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+reumaticas/osteartrose.htm>. [Accessed in August, 2011].
- Saúde Pública@ 2011; N(46). [internet]. Available from: <http://www.jasfarma.pt/artigo.php?publicacao=sp&numero=46&artigo=34>. [Accessed in August, 2011].
- Wong R, Davis AM, Badley E, Grewal R, Mohammed M. Prevalence of arthritis and rheumatic diseases around the world. *Models of Care in Arthritis, Bone & Joint Disease (MOCA)*. 2010.
- Roux CH, Saraux A, Mazieres B, Pouchot J, Morvan J, Fautrel B, et al. Screening for hip and knee osteoarthritis in the general population: predictive value of a questionnaire and prevalence estimates. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1406-11.
- Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. *J Rheumatol*. 2008;35:677-84.
- Sakalauskiene G, Jauniskienė D. Osteoarthritis: etiology, epidemiology, impact on the individual and society and the main principles of management. *Medicina (Kaunas)*. 2010;46:790-7.
- Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:644-50.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laon A. on behalf of the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
- Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompart A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit*. 2012;26:30-6.
- Fernandez-Lopez JC, Laffon A, Blanco FJ, Carmona L, EPISER Study Group. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2008;26:324-32.
- Driving musculoskeletal health for Europe (eumusc.net). [internet]. Musculoskeletal health in Europe: Summary report. Available from: <http://eumusc.net/>. [Accessed in February 22, 2013].
- Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Arch Intern Med*. 2008;168:1576-84.
- Thiem U, Schumacher J, Zacher J, Burmester GR, Pientka L. Prevalence of musculoskeletal complaints and self-reported joint osteoarthritis in the population of Herne: a telephone survey. *Z Rheumatol*. 2008;67:432-9.
- Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med*. 2010;26:355-69.
- Palmer KT. Occupational activities and osteoarthritis of the knee. *Br Med Bull*. 2012;102:147-70.
- Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *American Journal of Nursing*. 2012;112:S13-9.
- Symmons D, Mathers C, Pflieger B. Global burden of osteoarthritis in the year 2000. Draft 15-08-06 Available from: <http://www.who.int/healthinfo/en/>. [Accessed in June, 2013].
- Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G, Winzenberg TM, Hosmer D, Jones G. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2005;13:769-81.
- Issa R, Griffin TM. Pathobiology of obesity and osteoarthritis: integrating biomechanics and inflammation. *Pathobiology of Aging & Age-related Diseases*. 2012;2:17470.
- Williams DA, Farrell MJ, Cunningham J, Gracely RH, Ambrose K, Cupps T, et al. Knee pain and radiographic osteoarthritis interact in the prediction of levels of self-reported disability. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2004;51:558-61.
- Nebel MB, Sims EL, Keefe FJ, Kraus VB, Guilak F, Caldwell DS, et al. The relationship of self-reported pain and functional

- impairment to gait mechanics in overweight and obese persons with knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1874-9.
30. Sadosky AB, Bushmakina AG, Cappelleri JC, Lionberger DR. Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. *Arthritis Research & Therapy.* 2010;12:R162, doi:10.1186/ar3121.
 31. Leite AA, Costa AJ, Matheos de Lima BA, Padilha AV, Albuquerque EC, Marques CD. Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical function. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51:113-23.
 32. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. *J Orthop Surg Res.* 2007;2:12, doi:10.1186/1749-799X-2-12.
 33. Kadam UT, Jordan K, Croft PR. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:408-14.
 34. Sayre EC, Li LC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, Cibere J. The effect of disease site (knee, hip, hand, foot, lower back or neck) on employment reduction due to osteoarthritis. *PLoS ONE.* 2010;5:e10470, doi:10.1371/journal.pone.0010470.