

Maria Rita Cassettari

*Osteoartrose em joelhos como fator limitante
para a qualidade de vida em idosos.*

Orientadora: Prof^a. Adjunta Tania Ruiz

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Funayama Alvarenga Freire

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, para a obtenção do título de Mestre.

Botucatu
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Cassettari, Maria Rita.

Osteoartrose em joelhos como fator limitante para a qualidade de vida em idosos / Maria Rita Cassettari. – Botucatu : [s.n.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Faculdade Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

Orientador: Prof^ª. Adj. Tânia Ruiz

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Beatriz Funayama Alvarenga Freire

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Qualidade de vida. 3. Joelhos – Doenças.

CDD 614

Palavras-chave: Joelho; Osteoartrose; Qualidade de vida.

Aos meus pais, Milton e Maria Rita (in memoriam), que sempre foram e são exemplos para minha vida.

Aos meus irmãos, Milton, Odair Cícero e Erlon Douglas que, embora distantes, sempre me protegeram e me apoiaram nas horas mais diversas possíveis, inclusive para a realização deste trabalho.

À minha tia querida, Therezinha de Jesus Serrão Masselli que, nos momentos em que mais precisei de um incentivo e apoio, não mediu distâncias e nem palavras para me auxiliar.

À Deus, pelo dom da vida e sabedoria eterna.

À Prof^a. Adjunta Dr^a. Tania Ruiz, que, aos poucos, com seu carinho e atenção, mostrou-me os caminhos para a conclusão deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Beatriz Funayama Alvarenga Freire, professora, amiga e sábia profissional com exemplo de dedicação e sabedoria.

Ao querido Prof. de Estatística José Eduardo Corrente, pela paciência, dedicação e carinho nas mais diversas horas durante este trabalho.

Aos docentes e amigos do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo apoio, dedicação e companheirismo durante os anos de realização deste trabalho.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, em especial atenção ao Mauro e Máximo que juntos, neste trabalho, conseguimos alcançar nossos objetivos com dignidade e perseverança.

Aos funcionários da Sessão de Pós-Graduação pelo incentivo, apoio e orientação em todas as horas, em especial ao Wagner que, com sua paciência e profissionalismo, ajudou-me nas mais diversas fases desse trabalho.

Aos funcionários da Biblioteca do Campus de Botucatu pelo auxílio, orientação e apoio às mais diversas questões, principalmente à Meire pelo trabalho executado com tanto préstimo.

Aos funcionários do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Achilles Luciano Dellevedove de Botucatu, pelo auxílio, dedicação, atenção e desempenho para com os idosos e participantes desta pesquisa.

Às funcionárias de minha clínica, Bruna, Fernanda e Izilda que, com seu companheirismo, profissionalismo e dedicação puderam compreender e auxiliar nos vários momentos em que necessitei estar ausente para a realização deste trabalho.

Aos amigos Jorge e Rosemeire Bassetto que, com muito carinho, muito me incentivaram, apoiaram e ajudaram nas mais diversas horas para a concretização deste trabalho.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram na colheita de dados, seleção e elaboração deste trabalho, com perseverança e dedicação.

E, finalmente, aos idosos que com a experiência de suas próprias vidas puderam colaborar, participar e nos ensinar que tudo podemos conseguir se tivermos respeito ao próximo, dedicação e perseverança. Sua contribuição foi digna e importante fazendo com que muitos possam usufruir deste trabalho tanto no presente, como no futuro.

RESUMO	10
ABSTRACT.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS	14
LISTA DE TABELAS.....	16
LISTA DE GRÁFICOS	18
1 – INTRODUÇÃO.....	19
1.1 – Envelhecimento	21
1.2 – Qualidade de vida.....	22
1.2.1 – Contexto sócio-econômico-cultural	23
1.2.2 – Doenças associadas ao envelhecimento	25
1.2.3 – Hábitos e estilo de vida	27
1.2.4 – Nível sócio-econômico	28
1.3 – Osteoartrose.....	28
1.3.1 – Etiologia da osteoartrose.....	28
1.3.2 – Conceitos anatômicos	30
1.3.3 – Epidemiologia da osteoartrose	33
2 – OBJETIVOS.....	35
3 – METODOLOGIA	37
3.1 – Critérios de inclusão no inquérito WOMAC	39
3.2 – Critérios de exclusão no inquérito WOMAC	39
3.3 – Procedimento para a coleta de dados	39
3.4 – Análises de dados	40
4 – RESULTADOS	41
4.1 – Perfil do idoso	42
4.1.1 – Descrição da população estudada segundo as variáveis demográficas	42
4.2 – Morbidade referida entre os idosos examinados	44
4.2.1 – Descrição da população estudada segundo morbidade referida.....	44
4.3 – Idosos que apresentaram osteoartrose em joelhos.....	46
4.3.1 – Descrição dos fatores de risco para a Osteoartrose(AO) em joelhos.....	46
4.3.2 – Incapacidades relacionadas aos portadores de AO em joelhos.....	47
4.3.3 – Incapacidades relacionadas a AO em joelhos, segundo as categorias pertencentes ao instrumento WOMAC.....	48
5 – DISCUSSÃO.....	53
6 – CONCLUSÃO	58

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
8 – ANEXOS.....	66
8.1 – Termo de consentimento.....	67
8.2 – Questionário do Entrevistador.....	68
8.3 – Anamnese e Exame Físico.....	97
8.4 – WOMAC.....	115
8.5 – Versão do WOMAC em português.....	116

O envelhecimento tem sido motivo de preocupação e questionamentos constantes dentro de um contexto sócio-econômico e cultural mundial. No Brasil, devido o achatamento da pirâmide demográfica conseqüente ao declive na taxa de mortalidade e também à diminuição na taxa de natalidade, a política de saúde tem sido levada a focar atenção integral à saúde do idoso dentro do sistema de saúde brasileiro, mesmo considerando suas limitações. Além disso, há um constante progresso em relação à busca de alternativas para que se melhorem as condições de vida ou de sobrevivência dos idosos.

A osteoartrose (OA) em joelhos em indivíduos acima de 60 anos é fator limitante na qualidade de vida dos mesmos, impossibilitando-os de realizar suas atividades de vida diária de forma qualitativa e quantitativa.

Sendo assim, nesta pesquisa foi estudada a prevalência de OA de joelho em uma amostra populacional de idosos residentes em Botucatu, São Paulo, com o intuito de possibilitar uma avaliação da sua autonomia em relação a esse aspecto.

Para tanto, utilizou-se instrumento validado na literatura e adaptado para a nossa realidade. Foram entrevistados 355 idosos. O processo amostral foi o de sorteio dos idosos para prevalência desconhecida a partir de famílias previamente selecionadas na amostragem sistemática, após atualização do censo do ano de 2002, com a localização das famílias (uma a cada quatro) através do mapa residencial da cidade.

Essa população de idosos foi entrevistada três anos após o sorteio e, por este motivo, foi feita a reposição de perdas e óbitos de 80 idosos, estratificados por idade e sexo. Os idosos que na entrevista domiciliar referiram “dor em joelhos” foram encaminhados para exame clínico.

Foi encontrado que 64% dos idosos referiram “dor em joelhos” e, destes, 98,6% apresentaram dor ou rigidez matinal e protocinética, com dificuldades acentuadas para realizar as suas atividades de vida diária. Esse achado é importante principalmente para o idoso que reside sozinho, necessitando de atendimento e acompanhamento médico e fisioterápico para melhora em sua qualidade de vida. Esse resultado é semelhante ao apresentado na literatura.

Essa situação sugere que o Sistema Único de Saúde considere, na atenção ao idoso de risco (obesos, hipertensos e diabéticos), a necessidade de acompanhamento nas alterações funcionais relacionadas com a OA de joelhos.

Palavras chaves: osteoartrose, joelhos, qualidade de vida.

Aging process has been the cause of world socio-economic and cultural worry and questioning. In Brazil, due to the flattening of the demographic pyramid and the reduction of both mortality and birth rates, the health policy has focused total attention to the elderly health in the Brazilian health system, even considering its limitations. Besides, the search for alternatives to improve the life conditions or survival of the elderly is in constant progress.

Knee osteoarthritis (OA) in people at over 60 years old limits their quality of life, preventing them from doing their daily activities regarding quantity and quality.

This work studied the prevalence of knee OA in an elderly population sample of Botucatu, São Paulo, to provide an evaluation of their autonomy considering this aspect.

An instrument validated by the literature and adapted to our context was used in this study. Three hundred fifty-five elderly were interviewed. They were raffled for unknown prevalence among previously selected families in the systematic sample, after updated census of 2002; families (one out of four) were located through the residential map of the city.

Three years after the raffle the elderly were interviewed, and stratified by sex and age. Eighty patients had to be replaced due to death. Patients who referred to “painful knee” during the home interview were sent to clinical examination.

It was found out that 64% of elderly referred to “painful knee”, and, among these, 98.6% had morning pain or rigidity and protokinetic, with much difficulty to do their daily activities. This is an important finding especially concerning the elderly patient who lives alone and needs medical and physiotherapeutic follow-up to improve their quality of life. This result is similar to literature.

This situation suggests that the National Health System (SUS) considers, regarding the risky elderly (obese, hypertensive and diabetic), the need to follow up the functional alterations related to knee osteoarthritis.

Keywords: osteoarthritis, knees, quality of life.

PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
WOMAC	Western Ontario and McMaster Universities
NHP	Nottingham Health Profile
HAQ	Health Assessment Questionnaire
AIMS-2	Arthritis Impact Measurement Scale-2
RAQoL	Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
OA	Osteoartrose
PSF	Programa de Saúde da Família
AVC	Acidente Vascular Cerebral
M I	Membro Inferior
DM	Diabete Mellitus
IMC	Índice de Massa Corpórea
DME	Doenças Músculo-Esqueléticas
AVDs	Atividades de Vida Diária

Tabela 1 –	Distribuição da renda mensal da população de 60 anos e mais segundo o sexo. Botucatu, 2006–2007	43
Tabela 2 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo referência de diabete e hipertensão. Botucatu, 2006 – 2007.	44
Tabela 3 –	Níveis e características de processo inflamatório em população de 60 anos e mais, que referiu “dor em joelhos”. Botucatu, 2006–2007	47

Gráfico 1 – Distribuição segundo sexo da população de 60 anos e mais. Botucatu, 2006–2007.	42
Gráfico 2 – Distribuição da renda mensal da população de 60 anos e mais. Botucatu, 2006–2007.	43
Gráfico 3 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo IMC. Botucatu, 2006–2007.....	45
Gráfico 4 – Idosos examinados segundo a presença de deformidades em joelhos. Botucatu, 2006–2007.	46
Gráfico 5 – Incapacidades relacionadas à OA de joelhos em idosos que referiram dor em joelhos. Botucatu, 2006–2007.	49
Gráfico 6 – Nível de dificuldade para realizar atividades de vida diária em OA de joelhos, em idosos de 60 anos e mais, que referiram dor em joelhos. Botucatu, 2006–2007.	52

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – Envelhecimento

Com o avanço do conhecimento humano e, essencialmente, da tecnologia diagnóstica e terapêutica, promoveu-se um aumento na expectativa de vida do ser humano e da sua qualidade de vida (GARCEZ, 1996)

O envelhecimento da população brasileira através do aumento proporcional do número de idosos justifica o interesse em conhecer suas características, uma vez que se necessita desta informação para o planejamento das políticas sociais (RUIZ, 1998).

Os idosos, particularmente os mais velhos, acima de 75 anos, constituem o segmento que mais cresce da população brasileira. Entre 1991 e 2000, o número de cidadãos com 60 e mais anos de idade aumentou, no Brasil, duas vezes e meia quando comparado ao resto da população (IBGE, 1996).

Na verdade, a expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase 25 anos nestes últimos 50 anos. Até o último censo (2000), a expectativa ao nascimento era de 63 anos para homens e 65 anos para mulheres sem que, concomitantemente, tenham melhorado as condições de vida e de saúde da maioria da população (ASSIS et al., 2002).

Projetos têm sido apresentados, como reflexões e tomada de decisões, na tarefa complexa que é promover um envelhecimento saudável que envolva a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem lidar bem com as questões do envelhecimento, com base no conhecimento hoje disponível. É vital, também, ampliar a consciência sobre a saúde e o processo de envelhecimento, ao mesmo tempo, fortalecendo e instrumentalizando a população em suas lutas por cidadania e justiça social (ASSIS et al., 2002).

Pode-se ressaltar também a necessidade de se realizar análises multidimensionais visando ao estabelecimento de diagnóstico e indicadores básicos acerca dessa população (ANDERSON, 1997).

Uma comparação entre a curva de expectativa de vida da Inglaterra com a de São Paulo mostrou que, até os 50 anos para homens e 55 anos para mulheres, a expectativa de vida era maior na Inglaterra, com os maiores diferenciais nos primeiros 5 anos de vida. A partir dos 55 e 60 anos, para homens e mulheres, respectivamente, a expectativa de vida passa a ser maior em São Paulo. O dado serve para ressaltar que a expectativa de vida após os 60 anos é praticamente a mesma em todo o mundo, o que varia é a proporção de pessoas atingindo essa idade. Em outras palavras, os cerca de 20 anos que

se espera viver após os 60 são realidade tanto para o idoso europeu, por exemplo, como para o idoso no Brasil (RAMOS, 2002).

Poucos problemas têm merecido tanto a atenção e a preocupação do homem em toda sua história como os problemas do envelhecimento e da incapacidade (GARCEZ, 1996).

As idades mais avançadas têm sido associadas à dependência e à perda do controle sobre a própria vida, mesmo para atos corriqueiros e banais de sobrevivência.

Doenças crônicas levam à maior prevalência de incapacidades e, por outro lado, o processo natural do envelhecimento também diminui a capacidade funcional de cada sistema do organismo. Isso se denomina envelhecimento funcional considerado, em nossa cultura, mais importante que o cronológico (RAMOS, 2002).

1.2 – Qualidade de vida

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) 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. A QV é um construto subjetivo que envolve a auto-percepção, composto por múltiplas dimensões positivas, negativas e bidirecionais, como função física e bem-estar, emocional e social. Função cognitiva, função sexual, produtividade no trabalho, percepção de doença, dor, auto-estima, imagem corporal e sono também são importantes dimensões na avaliação de QV, além de outros aspectos não relacionados à saúde, mas que a influenciam como renda, liberdade e saneamento ambiental, dentre outros (DIAS e DIAS, 2002).

Diante de todos esses fatores que, de alguma forma influenciam a QV do ser humano, pode-se destacar a importância de se manter a saúde do indivíduo mesmo sob interferências contextuais, quer de ordem social, cultural ou ambiental.

Dentre as várias doenças que acometem os indivíduos na faixa etária acima dos 60 anos pode-se destacar as que se tornam mais prevalentes como a hipertensão arterial, as artropatias, o diabetes e as deficiências como a auditiva e a visual (PAPALÉO NETTO, 1996).

Diante deste fato, a preocupação em relação ao aumento da prevalência das doenças crônicas se manifesta na prática clínica fazendo com que se desenvolvam

pesquisas visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo que está diretamente relacionada com a sua independência.

Com o passar dos anos há um aumento da limitação do indivíduo em relação as suas atividades de vida diárias (A.V.Ds) como caminhar, subir escadas, cortar as unhas dos dedos dos pés, ler jornais e revistas, participar de conversações, arrumar a casa, preparar refeições e, até mesmo, as atividades relacionadas ao auto-cuidado.

Uma das estratégias para minimizar os declínios morfológicos e funcionais associados ao avanço da idade é o encorajamento à prática de programas de exercícios físicos. Há consenso na literatura de que a prática regular de exercícios físicos resulta em diversos benefícios para a saúde e a aptidão física das pessoas de todas as idades, e com a população idosa não é diferente (TEIXEIRA, 2007).

Esse declínio fisiológico desenvolveu-se imperceptivelmente em cada indivíduo, dependendo de alguns aspectos:

- 1.2.1 - contexto sócio-econômico-cultural
- 1.2.2 - doenças associadas ao envelhecimento
- 1.2.3 - hábitos e estilo de vida
- 1.2.4 - nível sócio-econômico

1.2.1 – Contexto sócio-econômico-cultural

Na década de 1960, nos Estados Unidos, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos minimizando a desigualdade social. Surgiu, então, um novo termo – qualidade de vida – com o objetivo de munir o estado com dados que o ajudasse a formular políticas efetivas. Em seguida o conceito se ampliou para significar, além do crescimento econômico, desenvolvimento social expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual. Os indicadores também se ampliaram, tendo sido incluídos: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte e lazer, dentre outros. Muitos países estabeleceram políticas de bem estar social, o assim chamado *Welfare State* (PASCHOAL, 2002).

Dentro desses parâmetros, no contexto sócio-econômico-cultural brasileiro, as condições de habitação, as de facilidades domésticas e a existência de fontes de lazer

dentro de casa são aspectos importantes para uma avaliação da qualidade de vida na terceira idade. Uma moradia adequada, provida de recursos eletrodomésticos básicos e de infra-estrutura sanitária decente, ainda é o sonho de muitos idosos do Brasil de hoje e do futuro próximo (ANDERSON, 1997).

No Brasil, como pode ser constatada, a pobreza é uma característica da velhice. Os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostraram que os idosos eram mais pobres quando comparados aos adultos de 40 a 59 anos de idade e, entre si, os idosos acima de 75 anos eram mais pobres do que os idosos até essa idade.

Além de dependerem de aposentadoria, alguns idosos realizam como principal atividade os trabalhos manuais, ou seja, trabalhos que requerem aptidão e esforço físico para serem realizados. Sendo assim, considerando-se o nível de pobreza da população, pode-se afirmar que o trabalho, em especial em idades mais avançadas, serve para manter a subsistência. Ressalta-se que a competitividade do mercado de trabalho diminui, cada vez mais, a chance “dos mais velhos” de manterem-se economicamente ativos (ANDERSON, 1997).

A Constituição de 1988 foi um marco na história do sistema de saúde brasileiro, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo de princípios que norteiam a atenção básica, como a equidade e a universalidade, o Estado tem o dever de prover assistência à saúde a toda população brasileira, de modo que o SUS desenvolveu-se fortemente nos últimos anos, com vistas a cobrir toda a demanda da população em função da nova política nacional para a saúde.

Na cidade de Botucatu, localizada no interior paulista a cerca de 230 km da cidade de São Paulo, com uma população aproximada de 118.000 habitantes (IBGE, 2004), foi implantado o Programa de Saúde da Família no segundo semestre de 2003. A cidade conta, atualmente, com sete Unidades de Saúde da Família (César Neto, Jd. Aeroporto, Jd. Monte Mor/Iolanda, Jd. Santa Eliza, Pq. Marajoara, Rubião Júnior e Vitoriana), sendo composto por sete equipes de PSF, com planos de expansão para os próximos anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2003).

Com isso, é notória a preocupação do governo em proporcionar aos idosos a possibilidade de melhores acessos aos serviços de saúde, independente de seu nível cultural ou sócio-econômico.

1.2.2 – Doenças associadas ao envelhecimento

a) Depressão e nervosismo:

Dentre os sintomas avaliados pela PNSN, o relato de depressão e nervosismo foi destacado para análise devido a sua importância para os idosos. A associação da queixa de depressão ao nível de renda também foi verificada neste estudo, encontrando-se uma relação inversa: prevalências mais elevadas em níveis de renda mais baixos. O sentimento de solidão e o fato de o idoso morar sozinho têm sido associados a sintomas depressivos. Neste sentido, foram exploradas estas duas associações verificando-se que as queixas de nervosismo e depressão eram mais frequentes entre os idosos que moravam sozinhos (ANDERSON, 1997).

Além disso, estudo realizado em indivíduos portadores de osteoartrose de joelhos constatou que, numa amostra de 154 indivíduos, 52,6% (n=81) apresentaram índice depressivo (OZCETIN et al., 2007).

b) Cegueira, surdez, paralisia e doença mental:

A capacidade do idoso em manter suas atividades da vida diária e ter uma vida autônoma está diretamente relacionada às suas condições físicas e mentais. O comprometimento da visão, da audição e a perda da mobilidade de um ou mais de seus membros são problemas. Da mesma forma, os déficits cognitivos devem ser considerados no planejamento de serviços de saúde que tenham por objetivo a melhoria da qualidade de vida.

Os resultados da PNSN demonstraram que os déficits visual e auditivo comprometiam um considerável percentual da população idosa. Na faixa de 70 a 79 anos, aproximadamente 17% referiram cegueira ou surdez parcial e, na população de 80 anos e mais, este percentual foi maior que 21%. Esses percentuais, aplicados ao total de idosos no Brasil de hoje, indicam que, no mínimo, dois milhões de indivíduos com 60 anos e mais estariam necessitando de avaliação oftalmológica ou otorrinológica. (ANDERSON, 1997).

O relato de paralisia parcial foi informado por cerca de 7% dos homens com 80 anos e mais e por 4% das idosas na mesma faixa etária (ANDERSON, 1997).

Em relação às doenças mentais, alcançou percentuais expressivos nas idosas de 80 anos e mais (4%). O relato de dificuldade de entendimento e/ou aprendizado também foi relevante e, do mesmo modo, o relato de demência mostrou-se progressivo com a idade. A importância deste sintoma é que ele pode ser indicativo de estágios iniciais de

quadro demencial, muitas vezes subdiagnosticados nos serviços de saúde por serem considerados, tanto pelos profissionais de saúde, como pela família, como “esclerose de velho”. Entretanto, são nesses estágios iniciais que devem ser concentrados os esforços terapêuticos que, além de não necessitarem de grandes aparatos tecnológicos, podem retardar o agravamento do quadro e, deste modo, postergar uma das situações mais complexas do ponto de vista social que é a do idoso demenciado.

Para o caso específico dos distúrbios cognitivos pode-se estimar que, atualmente, cerca de 20% a 24% (mais de um milhão) dos idosos com 70 anos e mais estariam necessitando de orientação e acompanhamento individual ou familiar específico de modo a melhorar suas condições de vida, de ambientação e conforto domiciliar (ANDERSON, 1997).

c) Baixo-peso e obesidade:

Segundo a PNSN, e tendo por referência a mais recente classificação do índice de massa corporal, o sobrepeso e a obesidade comprometem principalmente as mulheres da zona urbana, com prevalência da ordem de 35% e 20%, respectivamente. Na zona rural estes valores são de 25% e 12%. Entre os homens urbanos o sobrepeso, mais do que a obesidade, teve maior relevância atingindo percentuais de até 32%, enquanto que a obesidade não comprometia mais que 8% desses (ANDERSON, 1997). O baixo-peso, especialmente na zona rural e a obesidade, na zona urbana, denunciam também as implicações das diferenças sociais nas condições de vida dos idosos brasileiros (ANDERSON, 1997).

d) Diabete:

Considerando o aumento da expectativa de vida, o Diabete Mellitus (DM) é mais freqüentemente diagnosticado entre 45 e 55 anos de idade e, ainda, é apontado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno e, é imprescindível, que sua magnitude seja conhecida pela população mesmo que analisada indiretamente, através dos dados de internação e de óbito, ou sob inquéritos como o instrumento de pesquisa utilizado neste estudo.

Portanto, o Diabete Mellitus (DM), popularmente conhecido apenas como diabete, é um distúrbio que afeta primeiramente os açúcares (glicose e outros), mas que também tem repercussões importantes sobre o metabolismo das gorduras (lípidos) e das proteínas. Muitas vezes considerado pela maioria da população como uma doença

simples e benigna, na verdade, é uma disfunção que se não tratada e bem controlada acaba produzindo, com o passar do tempo, lesões graves e potencialmente fatais como o infarto do miocárdio, derrame cerebral, cegueira, impotência, nefropatia, úlcera nas pernas e amputações de membros.

e) Hipertensão:

A pressão arterial aumenta progressivamente com o passar dos anos em virtude do endurecimento das artérias. Todavia, 6% (60 e 69 anos), 11% (70 e 79 anos) e 18% (acima dos 80 anos) apresentam os níveis pressóricos acima da normalidade (pressão sistólica acima de 160 mmHg e diastólica acima de 95) constituindo a pressão alta nos idosos.

O achado de hipertensão arterial é elevado nos obesos, variando entre 20 e 40%, diabéticos entre 30 e 60%, negros entre 20 e 30% e idosos entre 30 e 50%. Nos idosos quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima (ZAITUNE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, após a violência e os acidentes, as doenças mais prevalentes na população brasileira são a hipertensão e o diabetes. No Brasil, o percentual de prevalência da hipertensão chega a 35% da população com idade igual ou superior a 40 anos, cerca de 12 milhões de pessoas (ZAITUNE, 2006).

f) Osteoartrose:

Esta doença será descrita em detalhes no item 1.3 deste texto.

1.2.3 – Hábitos e estilo de vida

Dentre as muitas questões relevantes para a terceira idade, uma delas é o fato de morar sozinho. Pelas dificuldades em relação a sua saúde, o fato de morar só pode trazer uma série de dificuldades adicionais que vão desde o sentimento de solidão e de exclusão social que, freqüentemente associa-se e/ou leva à depressão, até à má alimentação, qualitativa e quantitativa, passando pelos cuidados com a saúde e com a higiene pessoal e domiciliar. Ou seja, morar só pode ser bom para o idoso, desde que exista condição econômica e física mínima para manutenção do auto-cuidado (ANDERSON, 1997).

Várias pesquisas afirmam que o número de pessoas idosas dependentes nas suas A.V.Ds. dobrará na segunda ou terceira década deste século. Assim, a diminuição da incidência de declínio funcional através da prevenção de doenças, seqüelas e

complicações e da promoção e proteção da saúde das coortes de pessoas idosas torna-se fundamental (PAPALÉO NETTO, 1996).

Se, ao contrário, essa sobrevida aumentada for acompanhada de doenças prolongadas reduzindo drasticamente a capacidade funcional, os problemas gerados serão enormes. A manutenção ou a restauração da autonomia, ou seja, a capacidade de decisão, de comando e a independência, a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, garantem ao indivíduo uma velhice saudável (PAPALÉO NETTO, 1996).

1.2.4 – Nível Sócio Econômico

O desenvolvimento sócio-econômico e científico e a evolução das ciências médicas e sociais levaram ao aumento da longevidade do ser humano trazendo mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Para os portadores de tais afecções crônicas, o principal objetivo não é a cura, pelo menos no estágio atual de desenvolvimento da ciência e, sim, o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis, impedindo que ocorram seqüelas e complicações. Estas serão responsáveis por deterioração rápida da capacidade funcional surgindo incapacidade, dependência, perda de autonomia, necessidade de cuidados de longa duração e institucionalização (PASCHOAL, 2002).

1.3 – Osteoartrose

1.3.1 – Etiologia da osteoartrose

Dentre as deficiências físicas, as doenças músculo-esqueléticas (DME) são responsáveis pelo afastamento do trabalho, invalidez e aposentadoria em faixa economicamente ativa da população. A osteoartrose (OA) é a causa mais freqüente da incapacidade entre as DME em países desenvolvidos e o joelho é o local de envolvimento mais freqüente nos membros inferiores. A incidência da OA é muito elevada, sendo essa doença responsável pela incapacidade laborativa de 15% da população adulta do mundo. A OA ocupa o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social que recebem auxílio doença estando atrás, somente, das doenças cardiovasculares e mentais (OLIVEIRA, 2005).

A osteoartrose é uma doença crônica, caracterizada por progressivas alterações degenerativas da cartilagem hialina, associadas à remodelação do osso subcondral e neoformação óssea reacional sob a forma de osteófitos. O paciente evolui com artralgia e limitação funcional de grau variado e, em alguns casos, com deformidades articulares (FREITAS et al., 2002).

Estima-se que 4% da população brasileira possua OA, sendo o joelho a segunda articulação mais acometida pela doença, com 37% dos casos (VASCONCELOS et al., 2006).

Tradicionalmente, a osteoartrose, quanto à etiologia, é dividida em dois grupos. É definida como primária quando alterações da fisiologia da cartilagem hialina, geneticamente determinada, precipitam a degeneração articular e secundária quando resulta de trauma ou de alterações biomecânicas da articulação. Não existe, no entanto, uma causa única para o seu desenvolvimento. Alterações em um dos constituintes da articulação (colágeno, proteoglicanos, condrócitos, osso subcondral, membrana sinovial) podem afetar os demais sendo esta, a osteoartrose secundária. A osteoartrose, portanto, é o resultado final de uma série de mecanismos patológicos que causam disparidade entre o estresse mecânico aplicado à articulação e a capacidade da cartilagem hialina de suportar o estresse (FREITAS et al., 2002).

A idade é o fator de risco com a mais forte associação para o desenvolvimento da osteoartrose em todos os sítios articulares, apesar de o envelhecimento não causar, por si só, a sintomatologia e alterações típicas da doença.

A obesidade também é um dos principais fatores de risco para esta doença. A associação entre a OA de joelho e a obesidade também pode gerar maiores níveis de dor e de dificuldades funcionais, especialmente nas atividades de locomoção que exigem movimentação e descarga de peso sobre as articulações afetadas (VASCONCELOS et al., 2006).

O excesso de peso tem um importante papel no aparecimento, nas manifestações clínicas e na evolução das doenças músculo-esqueléticas (DME). A relevância clínica da associação entre a obesidade e DME tem sido estabelecida em estudos epidemiológicos e relatada em vários trabalhos (OLIVEIRA, 2005).

A perda de peso pode reduzir o risco individual de um paciente desenvolver OA. A redução de peso, no entanto, é desafiadora para indivíduos com osteoartrite porque a doença limita suas habilidades de aumentar o gasto energético através de exercícios. Porém, quando o peso corporal se aproxima do normal, o paciente com osteoartrite pode

experimental algum alívio do desconforto e da dor e um aumento da atividade física (OLIVEIRA, 2005).

Sabe-se que, no Brasil, o excesso de peso já supera os níveis de baixo peso em todas as regiões, sendo que 13% das mulheres e 8% dos homens no país são considerados obesos (VASCONCELOS et al., 2006).

Em seu estudo sobre os custos da obesidade, Colditz apresenta as DME como o segundo montante de gastos com os pacientes obesos e suas doenças associadas, superadas apenas pelas complicações cardiovasculares (COLDITZ, 1992).

Em relação à sua distribuição segundo sexo, considerando o critério clínico, as mulheres são mais comprometidas que os homens e, enquanto nas mulheres idosas o acometimento é mais freqüente nas mãos, pés, joelhos e coluna cervical, nos homens é mais comum o acometimento nos quadris e coluna lombar.

A história familiar também é um importante fator predisponente para a forma primária da doença. Passado de trauma articular, presença de deformidades ósseas ou de instabilidade da articulação são reconhecidos como fatores de risco. Estudos mais recentes também mostraram associação entre fraqueza muscular e redução da propriocepção articular com um risco aumentado de desenvolvimento da osteoartrose (FREITAS et al., 2002).

1.3.2 - Conceitos anatômicos

O joelho é uma articulação complexa com três ossos: fêmur, tíbia e patela; dois graus de liberdade de movimento: flexão-extensão e rotação axial, e três superfícies que se articulam: articulações tíbio-femoral medial, tíbio-femoral lateral e patelo-femoral que estão encerradas dentro de uma cápsula articular comum. Funcionalmente, o joelho é capaz de suportar o peso corporal na posição ereta sem contração muscular. Ele participa em abaixar e elevar o peso corporal (até 0,5 m) ao sentar, acocorar ou subir e permite a rotação do corpo quando se virando sobre o pé plantado, como um jogador de futebol americano faz quando evita o contato de um perseguidor. Na marcha, o joelho normal reduz o dispêndio de energia ao diminuir as oscilações verticais e laterais do centro de gravidade do corpo enquanto sustenta forças verticais iguais a 4 a 6 vezes o peso corporal. As múltiplas funções dos joelhos normais – resistir a grandes forças, fornecer grande estabilidade e proporcionar grande amplitude de movimentos – são alcançadas de uma maneira única (SMITH et al., 1997).

A mobilidade do joelho é provida principalmente pela estrutura óssea e a estabilidade é principalmente provida pelos tecidos moles: ligamentos, músculos e cartilagem. Lesões atléticas e industriais a estas estruturas de estabilização são comuns e, freqüentemente, são causadas pelos maiores torques desenvolvidos pelas forças que atuam sobre os longos braços de alavanca do fêmur e tíbia (SMITH et al., 1997).

O joelho é a articulação intermédia do membro inferior com dois graus de liberdade, mas principalmente a flexão-extensão lhe permite aproximar ou afastar, mais ou menos, a extremidade do membro a sua raiz, ou seja, regular a distância do corpo com relação ao chão. O joelho trabalha essencialmente em compressão, pela ação da gravidade (KAPANDJI, 2000).

A flexão do joelho é de 120° a 150° dependendo do tamanho da massa muscular da panturrilha em contato com a coxa posterior (SMITH et al., 1997).

De forma acessória, a articulação do joelho possui um segundo grau de liberdade: a rotação sobre o eixo longitudinal da perna, que só aparece quando o joelho está flexionado (KAPANDJI, 2000).

Do ponto de vista mecânico, a articulação do joelho é um caso surpreendente, visto que deve conciliar dois imperativos contraditórios:

- possuir uma grande estabilidade em extensão máxima. Nesta posição o joelho faz esforços importantes devido o peso do corpo e o comprimento dos braços de alavanca;

- adquirir uma grande mobilidade a partir de certo ângulo de flexão. Esta mobilidade é necessária na corrida e para a orientação ótima do pé com relação às irregularidades do chão.

O joelho resolve estas contradições graças a dispositivos mecânicos extremamente sofisticados, porém, como suas superfícies possuem um encaixe frouxo, condição necessária para uma boa mobilidade, ele está sujeito a entorses e luxações (KAPANDJI, 2000).

“Clinicamente, o eixo de flexão e extensão do joelho é tido como dirigido através do centro dos côndilos laterais e mediais do fêmur” (SMITH et al., 1997).

Em virtude da mudança do eixo de movimento do joelho humano, ocorrem problemas quando aparelhos com dobradiças mecânicas tais como um goniômetro, dinamômetro isocinético, órtese de joelho-tornozelo-pé (longa de perna) ou prótese abaixo do joelho são aplicados ao joelho. Quando a articulação do joelho é movida da extensão à flexão, o eixo anatômico do joelho move-se cerca de 2 cm, enquanto o eixo

mecânico do aparelho afixado permanece fixo. Assim os braços do aparelho mecânico não conseguem permanecer paralelos à coxa e perna e ocorrerão movimentos ou pressões entre partes mecânicas e anatômicas. Compromisso e alinhamento cuidadoso são necessários a fim de prevenir desconforto e escoriações. O desalinhamento de uma articulação de joelho de uma órtese pode causar pressão sobre os manguitos na extremidade durante a flexão do joelho e a formação de espaço durante a extensão do joelho, ou vice-versa (SMITH et al., 1997).

As articulações tibiofemorais atingem a sua estabilidade máxima e dois graus de liberdade de movimento de uma maneira notável. Os côndilos femoral medial e lateral são convexos tanto longitudinal quanto transversalmente. Eles são conectados anteriormente pela superfície patelar e separados distal e posteriormente pela chanfradura intercondiliana. Estes côndilos se articulam com os dois côndilos tibiais, menores, que possuem apenas uma ligeira concavidade (o côndilo tibial lateral também é convexo anterior e posteriormente) (SMITH et al., 1997).

A congruência das articulações é levemente aumentada pela eminência intercondiliana da tibia e os meniscos (cartilagens semilunares) medial e lateral em forma de cunha que formam um anel incompleto ou um crescente em cada côndilo tibial.

A superfície articular longitudinal dos côndilos femorais possui aproximadamente o dobro do comprimento da superfície dos côndilos tibiais. Assim, os movimentos de flexão e extensão do joelho não podem ser movimentos puros de rolamento ou dobradiça. Em lugar disso, os côndilos executam, ao mesmo tempo, movimentos de rolamento e deslizamento com a proporção de cada um variando na amplitude de movimento. O rolamento é predominante ao início da flexão e o deslizamento ocorre mais ao término desta (KAPANDJI, 2000).

A indicação das artroplastias totais do joelho baseia-se nos desvios de eixo, no comprometimento dos compartimentos da articulação do joelho e na idade dos pacientes, ou seja, 60 anos é uma idade de consenso para os pacientes que apresentarem desestruturação articular sem indicação de osteotomia. A indicação clássica seria para pacientes com prescrição de osteotomia, porém com idade avançada para suportar de forma confortável o longo e desagradável pós-operatório destas cirurgias.

1.3.3 – Epidemiologia da osteoartrose

É uma doença universal, afetando ambos os sexos e todos os grupos étnicos. Homens e mulheres parecem igualmente predispostos a desenvolver a doença, porém mais juntas são comprometidas nas mulheres onde há maior incidência.

Estudos clínicos e radiológicos mostram que a prevalência da osteoartrose aumenta de forma significativa depois dos 40 anos nas mulheres e dos 50 anos nos homens, afetando 50% das pessoas com 60 anos e mais e 85% daquelas com 75 anos e mais. Já se afirmou que, contanto que viva o bastante, todo indivíduo apresentará osteoartrose em algum grau (HOOTMAN et al., 2002).

Índices relacionados à idade também se apresentaram significativos em relação à presença de osteoartrose em 1% da população abaixo de trinta anos, 10% da população entre quarenta anos e 52% da população acima de 60 anos (KELLEY et al., 1997).

Estudos recentes em determinada área dos EUA mostraram que a prevalência de osteoartrose na população acima dos 65 anos, no período de 2005 a 2025, aumentará 50% em ambos os sexos (HOOTMAN et al., 2002).

Deve ser ressaltado também que a presença de múltiplas afecções associadas em uma mesma pessoa, inclusive a osteoartrose, aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais AVDs em pessoas idosas de ambos os sexos. Segundo o *National Health Interview Survey*, de 1984, quando apenas uma comorbidade está presente, somente cerca de 5% da população idosa apresentam uma ou mais dificuldades nas AVDs. Este percentual cresce rapidamente à medida que aumenta o número de doenças associadas, atingindo 55% entre homens e 65% entre mulheres (PAPALÉO NETTO, 1996).

Desde que obesidade é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento e progressão da OA em joelhos, é determinada a relação entre perda de peso e sobrecargas na articulação de joelho, classificando o papel de fisiopatologia da obesidade em OA de joelho (MESSIER et al., 2005).

Sabe-se que, no Brasil, o excesso de peso já supera os níveis de baixo peso em todas as regiões, sendo que 13% das mulheres e 8% dos homens no país são considerados obesos (VASCONCELOS et al., 2006).

Uma das formas de se avaliar os prejuízos funcionais associados à OA de joelho são os questionários nos quais os indivíduos relatam suas dificuldades. Devido a sua especificidade para a OA de joelho, o questionário WOMAC é um questionário

amplamente recomendado para esse fim. Indivíduos com OA de joelho também apresentam alterações funcionais objetivas, sendo mais comum a menor velocidade para marcha e para subir e descer escadas (VASCONCELOS, et al, 2006).

O WOMAC é um instrumento multidimensional específico para osteoartrose de joelhos, onde se observa a dor, rigidez e disfunção física e motora do membro acometido. Este instrumento tem sido desenvolvido desde 1986. A dimensão da dor é avaliada em cinco itens específicos e suas funções. Para a rigidez, possui duas questões e para a disfunção física e motora dos movimentos de joelhos, dezessete itens são utilizados. Sendo assim, este instrumento possui ao todo vinte e quatro itens que são avaliados através de um *Scoríes* que varia desde o zero (“nenhum sintoma/ nenhuma limitação”) até cinco (“dor máxima/ limitação extrema”), de acordo com a resposta da população em questão (SALAFFI et al., 2005).

2 – ОБЪЕКТНО

Estudar a população de 60 anos e mais, residente no município de Botucatu, dentro dos conceitos de autonomia e qualidade de vida, em relação à osteoartrose de joelhos e seus fatores de risco.

3 - METODOLOGIA

Realizou-se no município de Botucatu, nos anos de 2002-2003, um estudo tipo corte transversal na população de 60 anos e mais, do tipo inquérito domiciliar.

Neste inquérito, o tamanho da população alvo do estudo baseou-se em prevalência desconhecida com intervalo de confiança 95%. Foram entrevistados 365 idosos.

A amostragem do inquérito 2002-2003 foi sistemática e estratificada. A partir de domicílios residenciais censeados em 1997 na execução da pesquisa "*Ocupação e Mortalidade em Botucatu*", e atualizada no ano de 2000 como cadastro universal e ordenada das famílias, foram selecionadas, sistematicamente, uma família em cada quatro e, posteriormente, sorteados aleatoriamente os idosos a partir deste cadastro. Para os idosos selecionados que aceitaram participar, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), redigido conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Tal metodologia e procedimento foram avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, aprovado dia 11/11/2002 sob o título "Qualidade de Vida em Idosos".

Nesta avaliação inicial foram investigados o estilo e qualidade de vida e o nível de atividade física habitual e sistematizada desta amostra através de inquérito domiciliar realizado por entrevistador de campo, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: o Perfil do Estilo de Vida Individual, Questionário Proposto por Flanagan (EQVF), Questionário IPAQ para Nível de Atividade Física Habitual – Cotidiana (CELAFISCS) (anexo 2).

Como seguimento da amostra anteriormente avaliada, foi realizada em 2006/2007 uma avaliação funcional e mais ampla desses idosos.

Retornou-se, portanto, ao campo com um novo instrumento caracterizado como "Instrumento de Avaliação de Incapacidade Funcional, das Morbidades mais Prevalentes e da Mortalidade decorrente em Idosos do Município de Botucatu". Neste instrumento estava presente a questão "**O senhor tem dor em joelhos**"?

Este instrumento também foi aplicado em campo através de entrevistadores treinados e padronizados para não serem induzidas quaisquer alternativas ao idoso entrevistado ou seu cuidador.

Em seguida, o idoso de amostra foi encaminhado ao Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Achilles Luciano Dellevedove de Botucatu para o exame clínico (anexo 3) que foi realizado por profissionais médicos.

Aos idosos que responderam afirmativamente à questão "O senhor tem dor em joelhos?" foi então, durante o exame clínico no Centro de Saúde Escola, aplicado o

questionário Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) (anexo 4), com a finalidade de consolidar os dados relativos aos fatores e riscos que interferem no desenvolvimento, afecção e conseqüências na qualidade de vida dos idosos portadores da OA.

As perdas e óbitos da amostra de 2002-2003 foram repostos e totalizaram 80 idosos. Estes foram entrevistados e examinados por um médico em seus domicílios. A decisão de mudança de metodologia foi tomada em função do grande número de faltosos para a consulta no Centro de Saúde Escola.

3.1 – Critérios de inclusão no inquérito WOMAC:

Os indivíduos examinados nesta pesquisa foram os idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos, que pertenciam à amostra de base populacional e que apresentaram dor referida em joelhos, com ou sem o uso de medicação.

3.2 – Critérios de exclusão no inquérito WOMAC:

Foram excluídos indivíduos que apresentassem: dor no joelho ou incapacidade funcional referente a esta articulação devido a lesões ligamentares, meniscais ou musculares diversas à OA; prótese total ou parcial em um ou ambos os joelhos ou quadris; artrite reumatóide, fibromialgia, lúpus eritematoso sistêmico e doenças reumáticas sistêmicas; cardiopatias descompensadas e déficits auditivos ou visuais que impedissem a realização dos testes e medidas. Uma vez que a OA de joelho é uma doença crônica, alguns voluntários faziam uso de analgésicos ou antiinflamatórios.

3.3 – Procedimento para a coleta de dados:

Os idosos foram selecionados em visita a campo na população anteriormente estudada na pesquisa sobre “Qualidade de vida em idosos” através da questão: **“O senhor tem dor no joelho?”**. Esse instrumento foi aplicado por um entrevistador domiciliar e foi anotado se essa resposta foi dada pelo próprio idoso ou pelo seu cuidador.

Avaliados e selecionados, os idosos que responderam afirmativamente em relação à dor no joelho foram automaticamente agendados para uma consulta com um médico reumatologista no Centro Saúde Escola Prof. Dr. Achilles Luciano Dellevedove de

Botucatu. Os idosos que não puderam se locomover até o serviço e que se dispuseram a participar foram consultados em suas próprias residências, segundo solicitação dos mesmos, ou por intervenção do clínico responsável. Todos os indivíduos que apresentaram sintomas e/ou sinais de OA de joelhos e que preencheram os critérios clínicos do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), foram avaliados pelo índice WOMAC para qualificação da dor, rigidez e função física, tendo-se em conta somente as articulações dos joelhos.

Optou-se pela não utilização radiográfica para exame clínico devido o difícil acesso do idoso ao centro de diagnóstico específico, muitas vezes dependendo de outros para se locomover, além do agendamento de consulta com um médico reumatologista.

O exame físico utilizado, específico para diagnosticar a OA, constou de perguntas, palpação do joelho álgico, sinais e sintomas específicos da OA e não foi utilizado o goniômetro por não haver disponível no local de avaliação.

Diante da necessidade de acompanhamento, o mesmo foi encaminhado para tratamento fisioterápico no Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu, na rede municipal, ou ainda no próprio Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Achilles Luciano Dellevedove de Botucatu, conforme a área de residência.

3.4 – Análises de dados

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, v.12.0. Foi feita a análise descritiva das variáveis estudadas.

As categorias das variáveis do WOMAC foram agregadas segundo as frequências obtidas e descritas, assim como outras variáveis do questionário.

4 - RESULTADOS

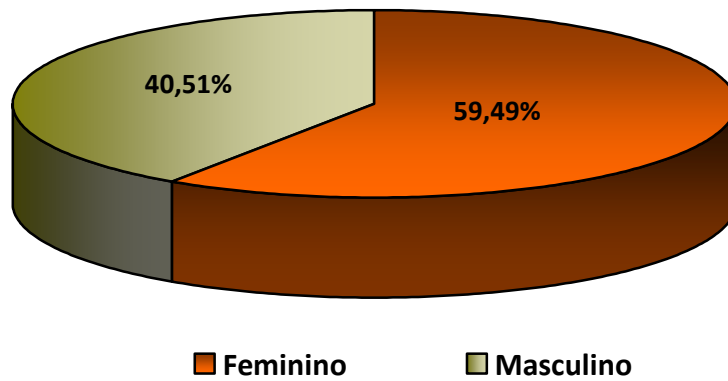
4.1 – PERFIL DO IDOSO

4.1.1 – Descrição da população estudada segundo as variáveis demográficas:

Sexo:

Dos 355 indivíduos de 60 anos e mais que participaram do exame clínico, 59,49% (n=212) eram do sexo feminino e 40,51% (n=143) do sexo masculino.

Gráfico 1 – Distribuição segundo sexo da população de 60 anos e mais. Botucatu, 2006–2007.



Renda Mensal:

A renda mensal encontrada entre os idosos entrevistados no inquérito domiciliar estava entre zero a dez salários mínimos (SM) sendo que, 13,7% (n=48) declararam renda menor que um SM, 45,7% (n=159) possuíam renda mensal de um a cinco SM e 40,6% (n=141) igual ou acima de seis SM (Gráfico 1).

Gráfico 2 - Distribuição da renda mensal na população de 60 anos e mais. Botucatu, 2006–2007.

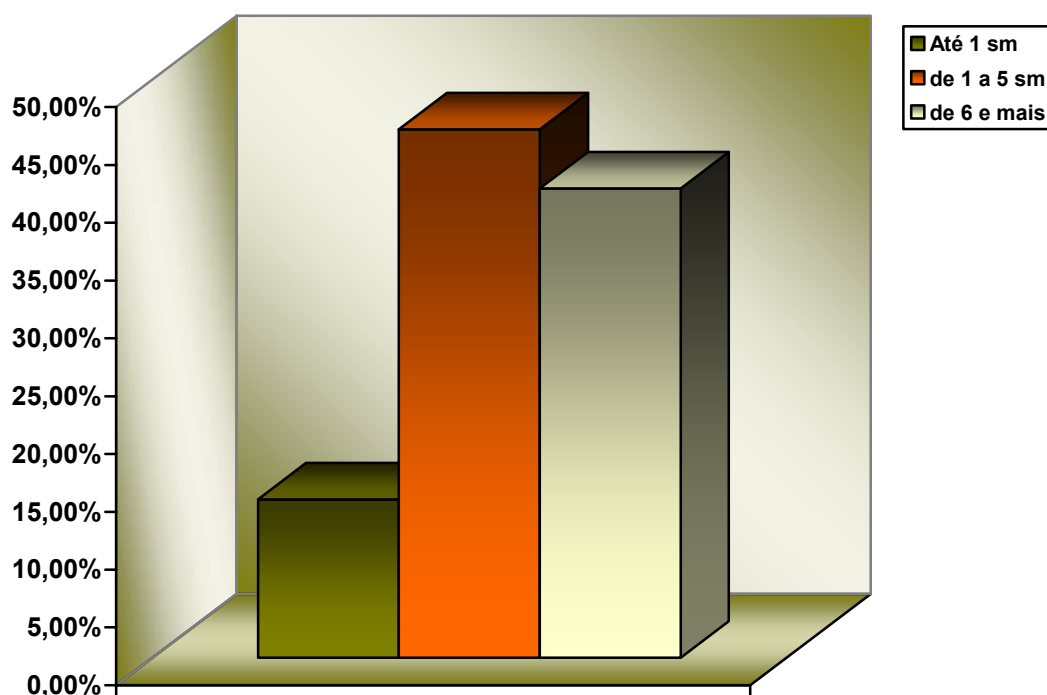


Tabela 1 – Distribuição da renda mensal da população de 60 anos e mais segundo o sexo. Botucatu, 2006–2007.

Renda mensal	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
até 1 salário mínimo	27	13,1	21	15,0	48	13,7
1 a 5 salários mínimos	96	46,6	61	43,6	159	45,7
6 e mais salários mínimos	83	40,3	58	41,4	141	40,6
Total	206	100	140	100	348	100

Em relação à renda, a distribuição dos idosos segundo sexo estava bastante eqüitativa, provavelmente pelo compartilhamento da renda entre casais, válido para o caso em que o idoso esteja vivo ou mesmo viúvo, lembrada a existência das pensões.

4.2 – MORBIDADE REFERIDA ENTRE OS IDOSOS EXAMINADOS:

4.2.1 – Descrição da população estudada segundo morbidade referida:

Podemos observar na tabela 2 que 44,1% (n=158) dos idosos examinados eram hipertensos e 12,8% (n= 46) eram diabéticos.

Tabela 2 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo referência de diabetes e hipertensão. Botucatu, 2006–2007.

	Diabete Mellitus		Hipertensão	
	n	%	n	%
sim	46	12,8	158	44,1
não	192	53,6	95	26,5
total	238	66,4	253	70,6

Apenas 3,1% dos idosos (n=11) referiram antecedentes de A.V.C. (Acidente Vascular Cerebral).

Índice de Massa Corpórea:

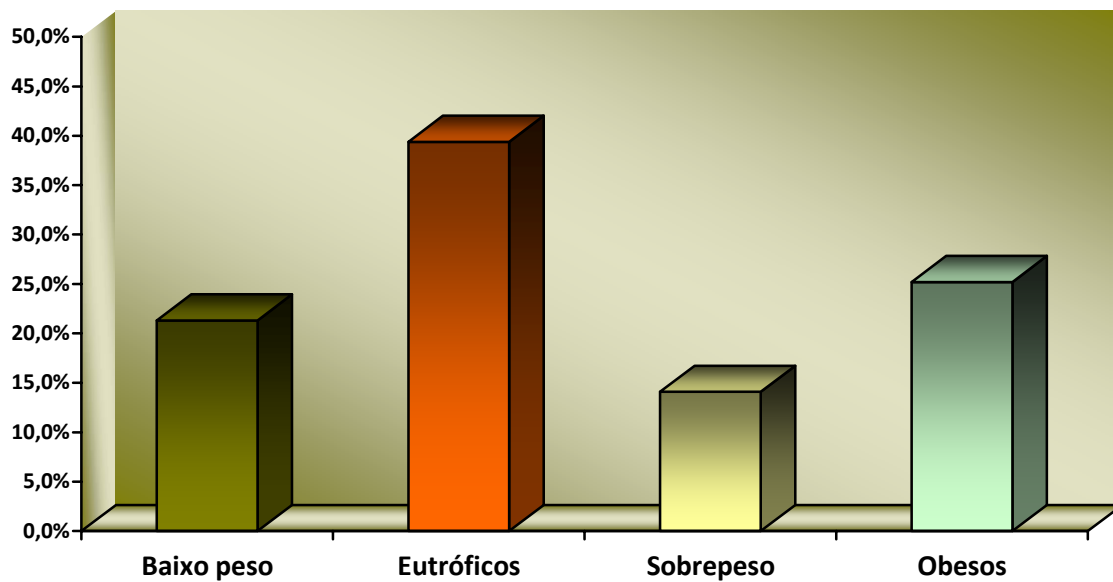
O Índice de Massa Corpórea (IMC) constatado nos idosos que foram examinados revelou que:

- 21,3% (n=53) apresentaram baixo peso;

- 39,4% (n=98) apresentaram-se eutróficos;
- 14,1% (n=35) apresentaram-se com sobrepeso,
- 25,2% (n=63) apresentaram-se obesos.

Esse resultado alerta para o fato de que somente 40% da população examinada tinham o IMC dentro dos valores normais.

Gráfico 3 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo IMC. Botucatu, 2006–2007.

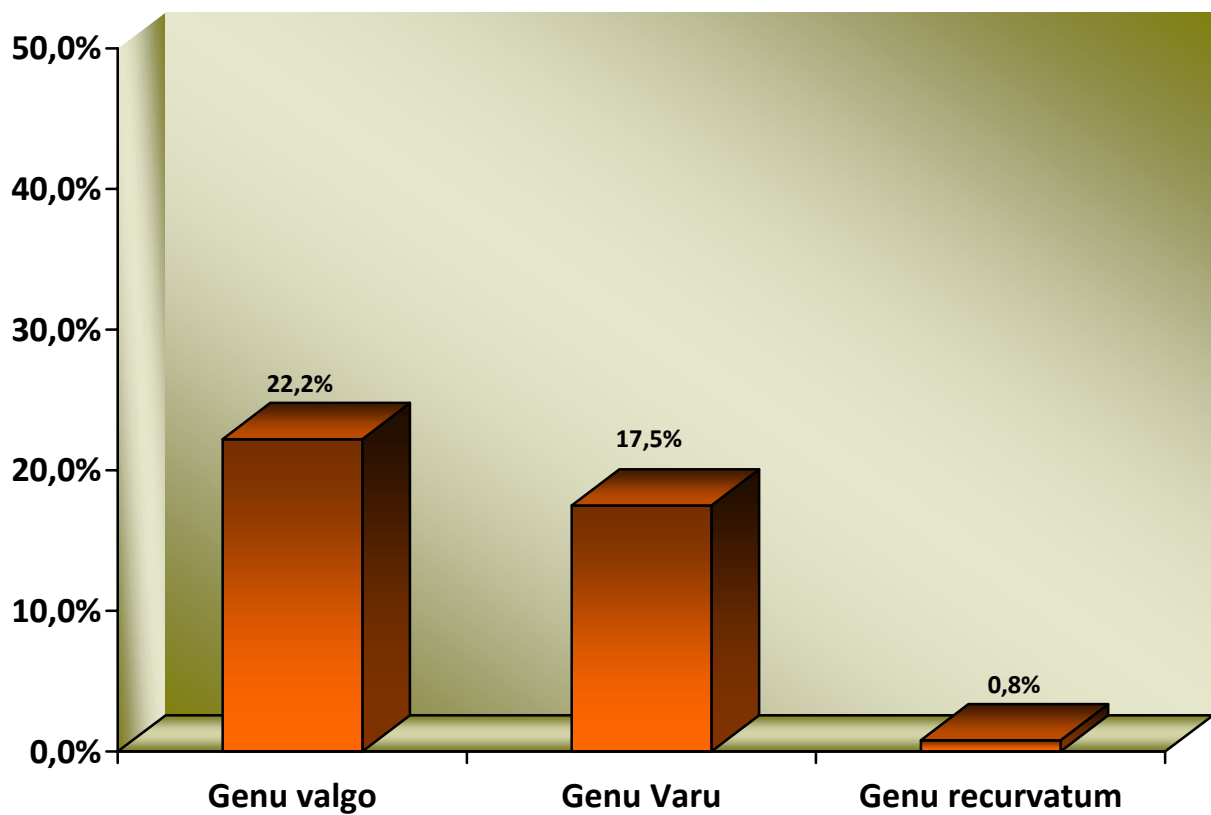


4.3 - IDOSOS QUE APRESENTARAM OSTEOARTROSE EM JOELHOS:

4.3.1 – Descrição dos fatores de risco para a Osteoartrose (OA) em joelhos:

As deformidades mais prevalentes que evoluem para a OA de joelhos ou seu agravamento são *genu valgo*, *genu varo* ou *genu recurvatum* e sua frequência na população estudada é apresentada no gráfico a seguir:

Gráfico 4 - Idosos examinados segundo a presença de deformidades em joelhos. Botucatu, 2006–2007.



A deformidade de joelho mais frequente encontrada foi *genu valgo*, com 22,2% (n=57).

4.3.2 – Incapacidades relacionadas aos portadores de OA em joelhos:

Aos idosos que se apresentaram com dor em joelhos, constataram-se complicações em relação ao processo inflamatório já instalado, com presença de derrame articular e crepitação, como evidencia a tabela a seguir:

Tabela 3 – Níveis e características de processo inflamatório em população de 60 anos e mais, que referiu “dor em joelhos”. Botucatu, 2006–2007.

	Derrame articular		Presença de crepitação	
	n	%	n	%
sim	5	3,1	101	39,1
não	250	96,9	157	60,9
Total	255*	100,0	258	100,0

* 3 idosos não tinham registro de informação para esse sintoma.

Como característica predominante na OA de joelhos, a presença de crepitação óssea apresentou índice maior em relação ao derrame articular, com presença em 39,1% (n=101) da população estudada.

4.3.3 – Incapacidades relacionadas a OA em joelhos, segundo as categorias pertencentes ao instrumento WOMAC:

Severidade da dor:

a) andar:

Dos 73 idosos que referiram “dor em joelhos” e que foram examinados, 71,2% (n=52) referiram “dor extrema” ao andar e apenas 28,8% (n=21) não referiram este sintoma.

b) subir escadas:

Apresentaram “dor extrema” ao subir escadas 87,7% (n= 64) dos idosos examinados.

c) dor noturna:

A maioria dos idosos que referiu dor nos joelhos, com OA, referiu também dor noturna, 97,3% (n=71).

d) dor ao repouso:

Todos os idosos entrevistados com dor em joelhos referiram dor em repouso.

e) ao carregar peso:

Ao realizar o movimento de carregar peso, 93,1% (n=67) dos idosos referiram sentir dor na articulação do joelho.

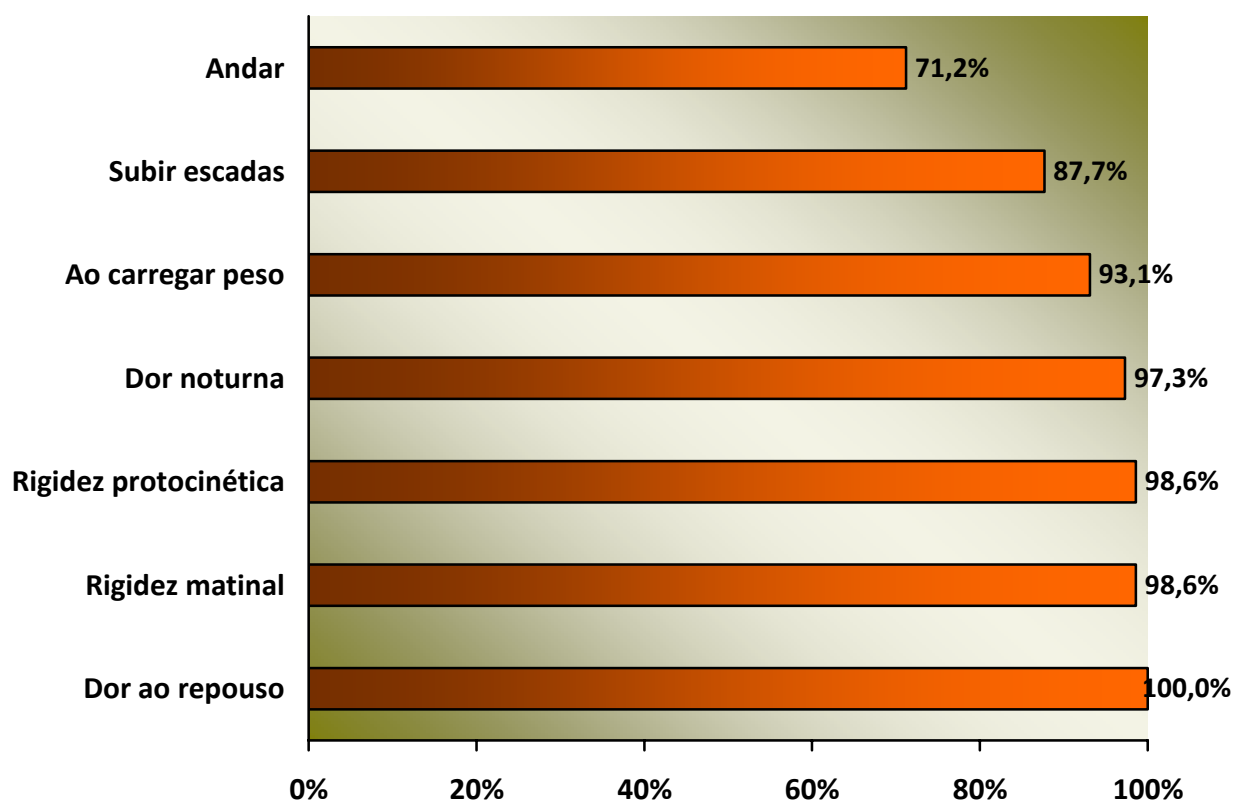
f) rigidez matinal:

Apresentaram rigidez matinal 98,6% (n=72) dos idosos que relataram ter dor nos joelhos.

g) rigidez protocinética:

Apresentaram rigidez protocinética 98,6% (n=72) dos idosos com dor nos joelhos.

Gráfico 5 – Incapacidades relacionadas à OA de joelhos em idosos que referiram dor em joelhos. Botucatu, 2006–2007.



Nível de dificuldade para executar as atividades de vida diária (AVDs):

a) descer escadas:

Apresentaram dificuldades para descer escadas 90,5% (n= 67) dos idosos examinados.

b) levantar da cadeira:

97,3% destes idosos (n=71) referiram dificuldades ao levantar da cadeira.

c) ficar em pé:

95,9% (n=70) deles auto avaliaram as dificuldades para ficar em pé.

d) curvar-se em direção ao chão:

Dos idosos com dor em joelhos, 91,8% (n=67) referiram “extrema dificuldade” para curvar-se em direção ao chão e apenas 8,2%, (n=6) não o tiveram.

e) andar em lugar plano:

49,3% (n=36) relataram “dificuldade extrema” para andar, mesmo em lugar plano, e apenas 13,7%, ou seja, 10 idosos não o apresentaram.

f) entrar ou sair do carro:

47,9% (n=35) dos idosos relataram dificuldades para entrar e sair do carro.

g) fazer compras:

A maioria dos idosos entrevistados apresentaram dificuldades para fazer compras, 45,8% (n=33) devido a incapacidade de realizar esta tarefa, deambulando sozinhos e carregando peso.

h) colocar as meias:

Apresentaram “extrema dificuldade” para colocar as meias 54,8% (n=40) dos idosos entrevistados e 20,5% (n=15) apresentaram “dificuldade moderada”.

i) levantar-se da cama:

58,9% (n=43) dos idosos com dor em joelhos relataram ter “extrema dificuldade” ao levantar da cama, sendo esta uma tarefa indispensável aos idosos que residem sozinhos, o que comprova ser a OA uma doença incapacitante.

j) tirar as meias:

Apresentaram “extrema dificuldade” para tirar as meias 56,2% (n=41) dos idosos com dor em joelhos.

k) deitar-se na cama:

60,3% (n=44) dos idosos afirmaram “extrema dificuldade” para deitar-se sem auxílio nenhum, fator que prejudica muito a qualidade de vida do idoso que mora sozinho.

l) entrar e sair do banho:

57,5% (n=42) relataram “dificuldade extrema” para entrar e sair do banho sendo que esta atividade no idoso requer, além de força muscular de membros inferiores, equilíbrio corporal e coordenação motora, muitas vezes ausente por motivos relacionados ao mecanismo corporal do mesmo.

m) sentar:

90,4% (n=66) apresentaram “extrema dificuldade” para sentar-se sozinhos.

n) sentar e levantar-se do vaso sanitário:

71,2% (n=52) apresentaram “extrema dificuldade” para levantar-se do vaso sanitário sozinhos.

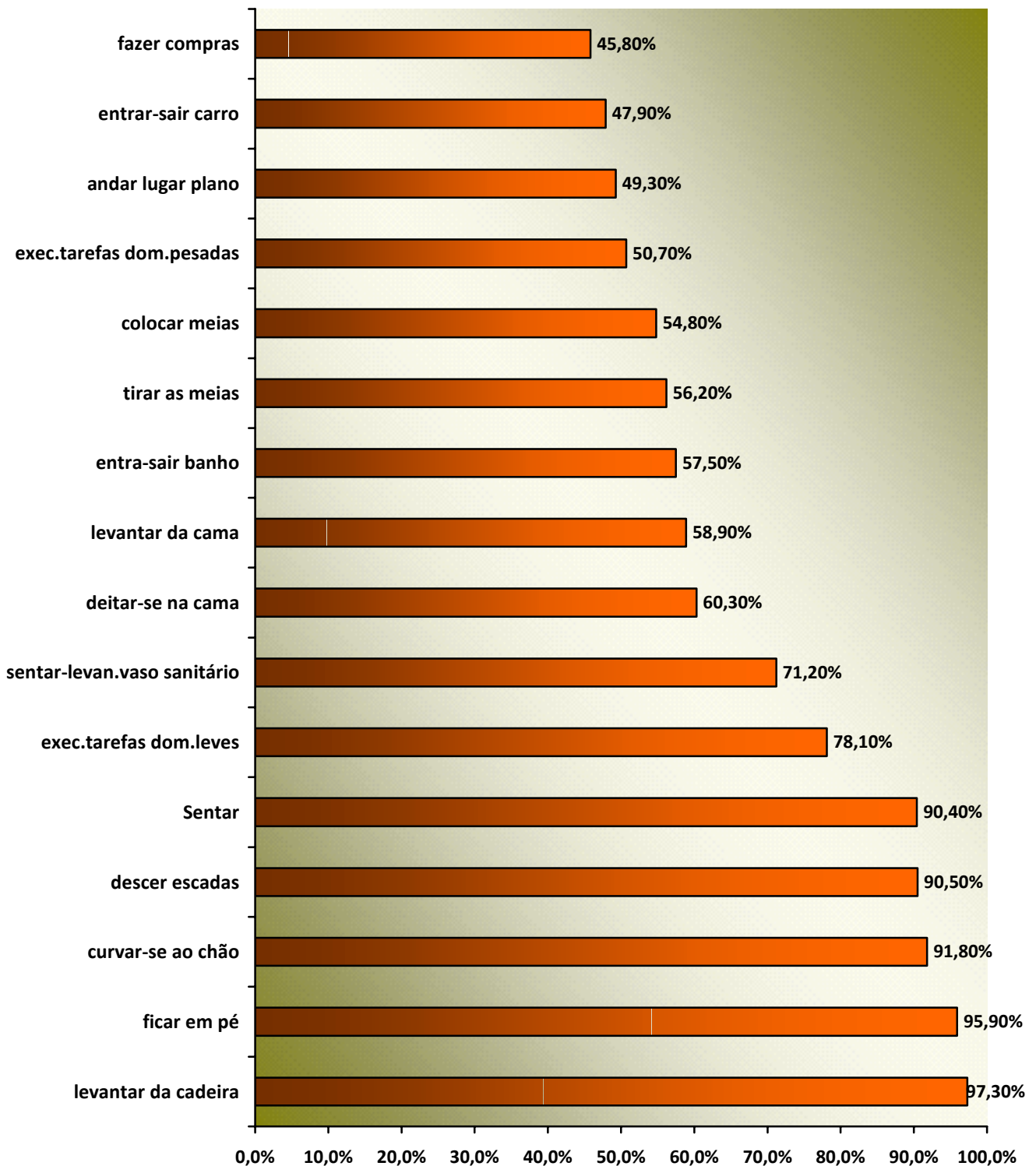
o) executar tarefas domésticas leves:

A maioria, 78,1% (n=57), disse ter “extrema dificuldade” para cumprir suas obrigações em relação à moradia.

p) executar tarefas domésticas pesadas:

50,7% (n=37) dos idosos examinados relataram sentir “extrema dificuldade” para realizar tarefas domésticas pesadas, embora não seja muito aconselhável ao idoso com dor em joelhos realizá-las.

Gráfico 6 – Nível de dificuldade para realizar atividades de vida diária em OA de joelhos, em idosos de 60 anos e mais, que referiram dor em joelhos. Botucatu, 2006–2007.



5 - DISCUSSÃO

Encontramos que, examinando 73 idosos com dor em joelhos, a doença incapacitante “osteoartrose em joelhos” foi predominante no sexo feminino, 63% dos casos estudados aproximadamente, índice semelhante ao relatado na literatura (SHARMA, 2006; CLEGG et al., 2006).

Encontramos, também, frequência de hipertensos nessa população [44,1% (n=158)] com a presença da OA em joelhos, lembrando que estes têm limitações para realizar atividades físicas como a caminhada, por exemplo (PISTERS et al., 2007).

O diabetes, presente em 12,8% (n=46), também necessita da realização de atividade física para manter-se controlado. Uma das maneiras de se obter controle clínico em relação à hipertensão e diabetes no idoso com OA é a atividade física, sendo a caminhada a forma mais simples e casual. Portanto, o indivíduo que tem osteoartrose em joelho sentirá dificuldade para realizar essa atividade devido a dor e limitações funcionais causadas pela própria doença. Outra prática física adotada com bons resultados para o idoso com OA e que necessita exercitar-se é a natação ou hidroginástica que, segundo a literatura, tem respondido positivamente como solução à melhora, principalmente na qualidade de vida dos mesmos (EVERK, 2002).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) constatado nos idosos da pesquisa que referiram “dor em joelhos” revelou que a maioria, 39,4% (n=98), apresentou-se eutrófica. Segundo a literatura, a obesidade é um fator determinante para o aparecimento ou agravamento da OA em joelhos aumentando, com isso, a dor e incapacidades presentes como característica da mesma (VASCONCELOS, 2005; MESSIER et al., 2005; SADMARCK et al., 1999).

Foi mais freqüente na população estudada a deformidade de joelho em *genu valgo*, sendo que esta deformidade pode acelerar o quadro clínico da OA na articulação tibiofemural lateral. Embora encontrada em menor freqüência neste estudo, a deformidade em *genu varu* também está presente na literatura com maior incidência de causas evolutivas para OA, aliás, com maior predominância na articulação contra-lateral, a tibiofemural medial (SHARMA et al., 2006; CAMANHO, 2001).

A idéia de realizar meniscectomias ou tentativas de reparo da superfície articular concomitante às osteotomias é sempre discutida. Vários autores advogam o conceito de que, aliado ao efeito descompressivo e distribuidor de carga da osteotomia, os implantes cartilagosos, as cirurgias de estímulo à cicatrização fibrosa da cartilagem e as meniscectomias em meniscopatias degenerativas melhorariam os resultados das operações de alinhamento articular (CAMANHO, 2001).

A artrose femoropatelar, ocorrência freqüente nos pacientes com osteoartrose do joelho, poderá também ser tratada concomitantemente com a correção das deformidades. A fascetectomia externa, operação que resseca parte da face articular externa da patela, pode ser realizada concomitantemente com as osteotomias. Acredita-se que pacientes que se submeterão a osteotomias, portadores de degeneração articular que precise de reparação cirúrgica ou osteoartrose femoropatelar, necessitando de tratamento, deverão ter suas indicações cirúrgicas melhor avaliadas pois, provavelmente, deverão sofrer cirurgias de substituição articular – *artroplastias* (CAMANHO, 2001).

Em relação às correções anteriormente mencionadas, deve-se ter presente que a osteoartrose de joelho é uma patologia evolutiva e deve ser tratada o mais precocemente possível. O resultado de qualquer uma das técnicas propostas será tanto melhor quanto mais cedo for adotada (CAMANHO, 2001).

Considerando-se adequado qualquer meio de recuperação de um idoso com osteoartrose evoluída para artroplastia de joelho ou qualquer outro tipo de cirurgia, é importante lembrar que estes procedimentos permitirão a diminuição com gastos públicos no que se refere ao restabelecimento da vida normal e qualidade de vida para o próprio idoso acometido.

A presença da deformidade em *recurvatum* é muito pequena e não é evidenciada como causa ou consequência da OA em joelhos nesta população.

Clinicamente evidenciada, a OA caracteriza-se pela presença de dor articular, limitação de movimentos e crepitação com graus variáveis de inflamação (SHARMA, 2006). No presente estudo, o nível de crepitação apresentou-se maior em relação ao derrame articular, tanto nas deformidades encontradas em *genu valgo* quanto em *genu varu*.

Para responder ao questionário sobre dor ao descer ou subir escadas, o indivíduo lembrou-se das escadas que utiliza no dia-a-dia que variam em largura, extensão, forma e altura dos degraus, disponibilidade de corrimão etc. Sendo assim, seu relato foi baseado em experiências com dificuldade em certos grupos musculares enfraquecidos ou debilitados com a presença da OA.

Para realizar o movimento de subir escadas, por exemplo, usa-se com maior intensidade o quadríceps que é o agrupamento de quatro músculos relacionados entre si na parte anterior do membro inferior e acima do joelho. Estes músculos, na presença da OA, tornam-se mais fracos devido a presença de dor e atrofia, tornando-se incapacitado para realizar tal movimento. No presente estudo constatou-se que o nível de dor ao subir

escadas é relativamente mais alto do que andar no plano que não exige tanta força muscular.

Todos os idosos entrevistados com dor em joelhos referiram dor noturna e dor ao repouso, o que caracteriza a OA principalmente em relação à evolução clínica do quadro.

No idoso, umas das tarefas pouco aconselháveis é a de carregar pesos e, por ser uma doença incapacitante, essa tarefa torna-se difícil para o mesmo pois, relataram sentir dores e incapacidade, 93,1% (n=63) dos idosos examinados.

Tanto a rigidez matinal como a protocinética são sintomas altamente prevalentes na população de idosos com OA em joelhos, uma vez que, todos indivíduos observados neste estudo relataram senti-las, como evidencia o Gráfico 6.

Quanto ao nível de dificuldade para executar funções como descer escadas (90,5% - “extrema dificuldade”); levantar da cadeira (97,3% - “extrema dificuldade”); ficar em pé (95,9% - “extrema dificuldade”); curvar-se ao chão (91,8% - “extrema dificuldade”); sentar (90,4% - “extrema dificuldade”) e o índice significativo de idosos que o apresentaram, ficou evidenciado que é necessário proporcionar uma melhora na força muscular dessa musculatura acometida através de tratamento especializado para isto pois, além de necessitar locomover-se muitas vezes sozinho em sua própria residência, o idoso que reside também sozinho necessita de uma melhora desta função para que suas AVDs não sejam prejudicadas.

Atividades como andar em lugares planos, entrar e sair de carros, ou fazer compras são de vital importância para o idoso sociável, interferindo muito na qualidade de vida do mesmo pois, ao ser religioso ou gostar de freqüentar clubes ou convívios sociais, sentir-se-á excluído por não poder fazê-lo. Na população estudada, apresentaram “extrema dificuldade” para realizar tais funções 47,9%, aproximadamente, dos idosos entrevistados. Isto demonstra que aproximadamente metade da população residente em Botucatu apresenta-se prejudicada para realizá-las. Uma das maneiras de melhorar essas funções seria através da prática de atividades físicas, incluindo os seus benefícios de uma forma geral para o indivíduo idoso.

Com relação ao aprimoramento da função músculo-esquelética BALSAMO e SIMÃO (2005), citando FREITAS e colaboradores (2002), afirmam que qualquer atividade física aumenta a massa muscular, mas o treinamento de força estimula melhor esse ganho, levando a melhora consecutiva como o aumento da força, menor tempo de reação e menor risco de quedas (POWERS e HOWLEY, 2004).

O treinamento de força também proporciona benefícios aos ossos, bem como no tecido conjuntivo elástico nos músculos, tendões, ligamentos e cápsula articular (BOMPA e CORNACCHIA, 2000).

É muito importante que o idoso mantenha um estilo de vida ativo, utilizando as atividades da vida diária (AVD) como um meio eficaz para promoção e manutenção de um nível mínimo de condicionamento físico (TEIXEIRA, 2007).

6 - CONCLUSÃO

Encontramos que a osteoartrose de joelho é uma doença com magnitude importante entre os idosos de Botucatu; e dos idosos estudados que são acometidos por ela, todos referiram dor em repouso. A grande maioria (mais que 90%) referiu dor ao carregar peso, dor noturna (97,3%) e rigidez matinal e protocinética (98,6%) também estas, características limitantes para a qualidade de vida dos mesmos.

Em relação à autonomia para tarefas da vida diária encontramos que mais de 90% dos idosos referiram grande dificuldade para sentar, descer escadas, curvar-se ao chão, ficar em pé e levantar da cadeira. Mais da metade dos idosos referiram dificuldades para deitar-se na cama, sentar e levantar do vaso sanitário e executar tarefas domésticas leves e 50% dos mesmos referiram dificuldades para fazer compras sozinhos, entrar e sair do carro, andar em lugar plano, executar tarefas domésticas pesadas, colocar e tirar meias e entrar e sair do banho.

A informação sobre a importância das alterações funcionais na OA de joelho pode contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e tratamento em populações idosas de risco como os obesos, hipertensos e diabéticos. Por ser uma doença incapacitante, a OA de joelho gera gastos aumentados com tratamentos, além de uma maior necessidade de suporte social e familiar, incluindo gastos com a Previdência Social. Entretanto, o custo-benefício desse investimento no tratamento das complicações e na qualidade de vida dos idosos deve ser considerado.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and therapeutic criteria committee of the American Rheumatism Association. **Arthritis Rheum.**, v.29, p.1039-1049, 1986.

ANDERSON, M.I.P. **Saúde e condições de vida do idoso no Brasil**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ASSESSORIA DE IMPRENSA DA FINEP. Brasil fará maior estudo sobre hipertensão e diabetes da América Latina. **Jornal da Ciência**, São Paulo, 4 jan. 2006. Disponível em:<<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detail.jsp?id=34264>>. Acesso em: 1 jul. 2007

ASSIS, M.; PACHECO, L.C.; MENEZES, I.S. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Envelhecimento**, v.4, n.7, 2002.

BALSAMO, S.; SIMÃO, R. **Treinamento de força para osteoporose, fibromialgia, diabetes Tipo2, artrite reumatóide e envelhecimento**. São Paulo: Phorte Editora, 2005.

BELLAMY, N. et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. **J. Rheumatol.**, v.15, p.1833-1840, 1988.

BOMPA, T.O.; CORNACCHIA, L. J. **Treinamento de força consciente**. São Paulo: Phorte, 2000.

BUSATO, O. **Hipertensão arterial**. Introdução. s.l.: ABC da Saúde e Prevenção Ltda, 2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?244>>. Acesso em: 1 jul. 2007.

CAMANHO, G.L. Tratamento da osteoartrose do joelho. **Rev. Bras. Ortop.**, v.36, n.5, p.135-140, 2001.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 60-70.

-
- CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.60-70.
- CHIOVATTO, J. Reabilitação em Geriatria. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.324-330.
- CLEGG, D.O. et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. **N. Engl. J. Med.** v. 354, n.8, p.795 – 808, 2006.
- COLDITZ, G.A. Economic costs of obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.55, Suppl. 2, p.503-507S. 1992.
- COSTA, M.F.L. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-743, 2003.
- DIAS, R.C.; DIAS, J.M.D. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. **Rev. Bras. Fisioter.**, v.6, n.3 p.105-111, 2002
- EVERK, D; SONEL, B. Effectiveness of a home-based exercise therapy and walking program on osteoarthritis of the knee. **Rheumatol Int.**, v.22. p.103-106, 2002.
- FLECK, S.; SIMÃO, R. **Força Princípios Metodológicos para o Treinamento**. São Paulo: Phorte Editora, 2008
- GARCEZ LEME, L.E. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 13 - 25.
- HOOTMAN, J.M. et al. **Public Health and aging: projected prevalence of self-reported arthritis or chronic joint symptoms among persons aged > dos 65 Years United States, 2005—2030**. Atlanta: CDC. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Adult and Community Health, 2003. v.52, p.489-491. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/previiew/mmwrhtml/mm5221a1.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2004
-

-
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1996 – Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Censo demográfico e contagem da população**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>> Acesso em: 18/05/2007.
- KAPANDJI, A.I. **Fisiologia articular**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. v.2, cap.2, p.74-157.
- MACHADO, C.M. Osteoartrose e Artrite Reumatóide. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.536-541.
- MANKIN, H.J.; BRANDT, K.D. Pathogenesis of osteoarthritis. In: KELLEY, W.N. et al. **Textbook of Rheumatology**. 5ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1997. v.2, cap.82, p.1369-1382.
- MARTIN, D.F. Pathomechanics of knee osteoarthritis. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.26, p. 1429-1434, 1994.
- MESSIER, S.P. et al. Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. **Arthritis Rheum.**, v.52, n.7, p.2026-2032, 2005.
- OLIVEIRA, T.R.P.R.; RADICCHI, A.L.A. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. **Rev. Nutr.**, v.18, n.5, p 601-611, 2005.
- OZCETIN, A. et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. **West Indian Med. J.**,v.56, p.122-129, 2007.
- PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-323.
- PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.
- PISTERS, M.F. et al. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. **Arthritis Rheum.**, v.57, n.7, p.1245-1253, 2007.
-

-
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU. População de Botucatu. Disponíveis em: <<http://www.botucatu.sp.gov.br>>. Acesso em: 15 jun 2007.
- RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-78.
- RUIZ, T. et al. Perfil social e demográfico da população idosa da área urbana do Município de Botucatu (SP). **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v.2,n.3, p.90-95,1998.
- SALATTI, F.; CAROTTI, M.; GRASSI, W. Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: comparison of generic and disease-specific instruments. **Clin. Rheumatol.**, v.24, p.29-37, 2005.
- SANDMARK, H. et al. Osteoarthrosis of the knee in men and women in association with overweight, smoking, and hormone therapy. **Ann. Rheum. Dis.**, v.58, n.3, p.151-55,1999.
- SHARMA, L.; KAPOOR, D.; SAKEBA ISSA, S. Epidemiology of osteoarthritis: an update. **Curr. Opin. Rheumatol.**, v.18, p.147 – 156, 2006.
- SILVESTRE, J.A.; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-847, 2003.
- SMITH, L.K. et al. **Cinesiologia clínica de Brunnstrom**. 5.ed. São Paulo: Editora Manole, 1997. Cap.9, p. 347-380.
- SOLOMON, L. Clinical features of Osteoarthritis. In: KELLEY, W.N. et al. **Textbook of Rheumatology**. 5.ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1997. v.2, cap. 83, sec.16, p.1384.
- STEPHEN, P. et al. Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. **Arthritis Rheum.**, v.52, n.7, p.2026–2032, 2005.
- TEIXEIRA, C.V. O papel da atividade física e/ou exercício física nas alterações morfológicas e funcionais ocorridas com o envelhecimento. **Informe Phorte**, v.10, n.22,out.mar.2007/2008.
-

TIJHUIS,G.J. et al. The validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire. **Rheumatology**, v.40, n.10. p.1112-1119, 2001.

VASCONCELOS, K.S.S. et al. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrose de joelho. **Rev. Bras. Fisioter.**,v.10, n.2, p.213-218, 2006.

WOMAC - Western Ontario and Macmaster Universities. **Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose womac para a língua portuguesa.** São Paulo: Unifesp, 1998.

ZAITUNE, M.P.A. et al. **Hipertensão arterial em idosos:** prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-294, 2006

8 - ANEXOS

8.1 – Termo de consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 – CNS-MS)

“Osteoartrose em joelhos como fator limitante para a qualidade de vida em idosos”

Esta pesquisa tem como intenção realizar um estudo das alterações ocorridas na qualidade de vida dos idosos acima de sessenta anos, que apresentarem osteoartrose em joelhos. As perguntas a serem respondidas serão sobre dor ou dificuldade em realizar determinados movimentos tais como: andar, subir e descer escadas, andar normalmente, ao carregar peso e o quanto esses e outros movimentos como: colocar meias, levantar-se da cama são realizados com muita dificuldade ou não.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo recursar-se a responder qualquer pergunta ou mesmo, interromper ou desistir de participar a qualquer momento.

Esta pesquisa não apresenta riscos, desconfortos e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, e o benefício da mesma será de proporcionar ao participante conhecer melhor seus hábitos e limitações, bem como contribuir para uma qualidade de vida melhor para a população da terceira idade.

Você poderá contatar os investigadores nos telefones abaixo: Maria Rita e Profa. Dra. Tânia Ruiz.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

Li a informação acima e foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento e concordo em participar nesta pesquisa.

Data: ____/____/____

Entrevistado

Pesquisador

Maria Rita Cassettari – Pesquisador – Rua Rev. Francisco Lotufo,374 – Vila Nogueira – Botucatu – SP, Tel (14) 3882-2704 / e-mail: ritacassettari@hotmail.com

Profa.Dra. Tânia Ruiz – Orientadora – Rua Rev. Francisco Lotufo, 730 – Vila Nogueira – Botucatu – SP, Tel (14) 3882-5660 / e-mail: truiz@fmb.unesp.br

8.2 – Anexo - Questionário do Entrevistador:**Projeto: “Seguimento dos idosos do Município de Botucatu”**

“Instrumento de Avaliação de Incapacidade Funcional, das Morbidades mais Prevalentes e da Mortalidade decorrente em Idosos do Município de Botucatu”.

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU****DEP. DE SAÚDE PÚBLICA****QUESTIONÁRIO DO ENTREVISTADOR****PROJETO SEGUIMENTO DOS IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU****MARÇO/ 2006****ID**

Apresentação: Bom dia, boa tarde, boa noite. Meu nome é _____ e trabalho para um grupo de pesquisadores da UNESP. Neste momento estamos desenvolvendo uma pesquisa para o projeto SEGUIMENTO DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU para saber como está a saúde dos munícipes de Botucatu. Precisamos conhecer os fatores de riscos que fazem com que uma pessoa tenha mais ou menos chances de apresentar uma doença e com isto reduzir a incidência de complicações e seqüelas. Estamos convidando o senhor ou a senhora para participar desta pesquisa que consiste em:

- 1- Responder a um questionário sobre alguns dos seus hábitos e doenças existentes na família.
- 2- Comparecer a um exame médico que estamos oferecendo por médicos credenciados pelo projeto e totalmente de gratuito, com data e horário a ser agendado.

VOCÊ PODERIA PARTICIPAR DE NOSSO ESTUDO?

. SE SIM.

(Leia junto com o (a) entrevistado (a) o termo de consentimento).

. SE FICAR EM DÚVIDA OU EXIGIR MAIS EXPLICAÇÕES.

(Leia junto com o (a) entrevistado (a) o termo de consentimento).

. SE NÃO.

Diga-lhe que você irá esclarecê-lo (a) melhor sobre o projeto (Pode ser que mude de idéia).

(Leia junto com o (a) entrevistado (a) o termo de consentimento).

. SE DEFINITIVAMENTE NÃO.

Tente falar com outra pessoa do domicílio e apresente-se novamente, se não houver outra pessoa no domicílio ou se não conseguir acesso a ela, **registre a ocorrência na planilha de arrolamento (especifique o motivo se for recusa).**

ATENÇÃO ENTREVISTADOR:

APÓS A LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO PELO ENTREVISTADO (A) E A CONFIRMAÇÃO DE SUA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO, ENTREGUE O CARTÃO DA CONSULTA E LEIA JUNTO COM ELE (A), LOGO EM SEGUIDA APLIQUE O QUESTIONÁRIO.

REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA:

DATA: / /

HORÁRIO DE INÍCIO: : h

HORÁRIO DE TÉRMINO: : h

CÓDIGO DO ENTREVISTADOR:

1- IDENTIFICAÇÃO:

1A- N° DO PRONTUÁRIO:

1B- N° CARTÃO DO SUS:

1C- NOME: *BD

1D- ENDEREÇO: *BD

BAIRRO: *BD

1E- TELEFONE RESIDENCIAL: -

1F- TELEFONE PARA RECADO: -

1G- TELEFONE CELULAR: -

1H- TELEFONE COMERCIAL: -

11. GPS

2- QUAL É A RENDA TOTAL POR MÊS DAS PESSOAS QUE MORAM NO SEU DOMICÍLIO, SOMANDO A SUA E A DE TODOS OS OUTROS, CONSIDERANDO TODAS AS FONTES, COMO SALÁRIOS, HORAS EXTRAS, ALUGUÉIS, BICOS, PENSÕES, APOSENTADORIAS, ETC? (Não incluir empregados domésticos) – MOSTRAR ANEXO 1.

- 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).
 - 2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
 - 3- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)
 - 4- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)
 - 5- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)
 - 6- NS
 - 7- NR
-

3- *QUAL A SUA RAÇA OU COR? (Ler até opção 5)*

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1- Branca | 4- Amarela; <u>OU</u> |
| 2- Preta | 5- Indígena |
| 3- Parda/ mulato (a) | 6- Outros mestiços |
-

4- ESTADO CIVIL

- 1- Casado ou em união consensual
 - 2- Solteiro
 - 3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)
 - 4- Viúvo (a)
-

5- EM QUAL CIDADE VOCÊ NASCEU?

Δ _____

(Gravar nome da cidade/ anotar sigla do estado)

6- QUAL A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO ATUALMENTE?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 01- Empregado de empresa privada | 07 - Aposentado/ encostado |
| 02- Funcionário público | 08- Desempregado a menos de um ano |
| 03- Empresário/ empregador | 09- Desempregado a mais de um ano |
| 04- Profissional liberal | 10- Estudante |
| 05- Pequeno comerciante | 11- Dona (o) de casa |
| 06- Autônomo | 12 Outros: _____ |
-

TABAGISMO

7- VOCÊ JÁ FUMOU CIGARROS?

- 1- Sim, no passado, mas não fumo atualmente (Aplicar a próxima questão).
 - 2- Sim, e ainda fumo (Vá para a questão 14)
 - 3- Não (Vá para a questão 15)
 - 4- NR
-

8- QUANTOS ANOS TINHA QUANTO PAROU DE FUMAR?

9- EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS FUMA/ FUMAVA POR DIA?

10- FUMA HÁ QUANTO TEMPO?

11- QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR O (A) SENHOR (A) FUMA O PRIMEIRO CIGARRO?

- 0- Após 60 min.
-

-
- 1- 31 a 60 min.
 - 2- 6 a 30 min.
 - 3- Antes de 5 min.
-

12- O (A) SENHOR (A) SENTE DIFICULDADE EM EVITAR O FUMO EM LUGARES ONDE É PROIBIDO, COMO POR EXEMPLO, EM IGREJAS, LOCAL DE TRABALHO, CINEMA, ETC?

- 0- Não
 - 1- Sim
-

13- QUAL O CIGARRO MAIS DIFÍCIL DE LARGAR OU DE NÃO FUMAR?

- 0- Qualquer um
 - 1- O primeiro da manhã
-

14- O (A) SENHOR (A) FUMA MAIS NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA?

- 0- Não
 - 1- Sim
-

15- O (A) SENHOR (A) FUMA MESMO ESTANDO DOENTE A PONTO DE FICAR ACAMADO A MAIOR PARTE DO DIA?

- 0- Não
 - 1- Sim
-

16- QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE?

17- VOCÊ FICA EM AMBIENTE FECHADO COM PESSOAS QUE FUMAM CIGARROS OU SIMILAR? (SE SIM) EM MÉDIA, QUANTAS HORAS VOCÊ PASSA NESTES AMBIENTES, POR DIA?

77- Não fica em ambiente fechado com pessoas que fumam

99- NR

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

18- O (A) SENHOR (A) BEBE?

0- Não

1- Sim

19- ALGUMA VEZ O (A) SENHOR (A) SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?

0- Não

1- Sim

20- AS PESSOAS O (A) ABORRECEM PORQUE CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?

0- Não

1- Sim

21- O (A) SENHOR (A) SE SENTE CULPADO (A) CHATEADO (A) CONSIGO MESMO (A) PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?

0- Não

1- Sim

22- O (A) SENHOR (A) COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?

0- Não

1- Sim

23- A) ALGUMA VEZ UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE
JÁ LHE DISSE QUE VOCÊ TEM OU TEVE: (Alterar a ordem de leitura).

1- Sim (Neste caso aplique a questão “B”)

2- Não

A	
DOENÇA	RESP
PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>
COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>
DOENÇA DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>
DERRAME	<input type="checkbox"/>
DEMÊNCIA	<input type="checkbox"/>
DOENÇA DO RIM	<input type="checkbox"/>
DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/>
DOENÇA DO PULMÃO	<input type="checkbox"/>
JÁ FEZ ANGIOPLASTIA OU CIRURGIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>
CÂNCER (ESPECIFICAR O TIPO): _____	<input type="checkbox"/>
INFECÇÃO CRÔNICA COM TRATAMENTO POR MAIS DE 3 SEMANAS	<input type="checkbox"/>
INFECÇÃO GRAVE QUE NECESSITOU INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>
OSTEOPOROSE	<input type="checkbox"/>

USO DE MEDICAÇÕES

40 . QUAL O NÚMERO DE REMÉDIOS PRESCRITOS POR MÉDICO?

41. QUAL O NÚMERO DE REMÉDIOS UTILIZADOS MAS QUE NÃO FORAM PRESCRITOS?

HISTÓRIA FAMILIAR (MÃE):

42- A) A SUA MÃE NATURAL (BIOLÓGICA) AINDA É VIVA?

1- SIM (VÁ PARA A QUESTÃO SEGUINTE)

2- NÃO

B) QUANTOS ANOS TEM? (SE SIM)

COM QUANTOS ANOS FALECEU? (SE NÃO)

43- QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SUA MÃE NATURAL (BIOLÓGICA)?

1-ATAQUE CARDÍACO

2-DERRAME

3-CÂNCER (ESPECIFICAR TIPO): _____

4-OUTRAS (ESPECIFICAR): _____

HISTÓRIA FAMILIAR (PAI):

45- A) A SEU PAI NATURAL (BIOLÓGICO) AINDA É VIVO?

1- SIM (VÁ PARA A QUESTÃO SEGUINTE)

2- NÃO

B) QUANTOS ANOS TÊM? (SE SIM)

COM QUANTOS ANOS FALECEU? (SE NÃO)

46- QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SEU PAI NATURAL (BIOLÓGICO)?

1-ATAQUE CARDÍACO

2-DERRAME

3-CÂNCER (ESPECIFICAR TIPO): _____

4-OUTRAS (ESPECIFICAR): _____

HISTÓRICO DO GRUPO FAMILIAR (PAIS, IRMÃOS E FILHOS)

47- A) QUANTOS IRMÃOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCÊ TEM/ TEVE?

B) QUANTOS FILHOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCÊ TEM/ TEVE?

48- O (A) SENHOR (A) NÃO RECEBE AJUDA OU SOMENTE RECEBE AJUDA PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO?

1- Sim

2-Não

49- O (A) SENHOR (A) PEGA AS ROUPAS E SE VESTE SEM QUALQUER AJUDA, EXCETO PARA AMARRAR OS SAPATOS?

1- Sim

2-Não

50- O (A) SENHOR (A) VAI AO BANHEIRO, USA O BANHEIRO, SE VESTE E RETORNA SEM QUALQUER AJUDA (ANDADOR OU BENGALA)?

1- Sim

2-Não

51- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE DEITAR NA CAMA, SENTAR-SE NA CADEIRA E LEVANTAR SEM AJUDA (ANDADOR OU BENGALA)?

1- Sim

2-Não

52- O (A) SENHOR (A) CONTROLA COMPLETAMENTE URINA E FEZES?

1- Sim

2-Não

53- O (A) SENHOR (A) COME SEM AJUDA (EXETO PARA CORTAR CARNE E PASSAR MANTEIGA NO PÃO)?

1- Sim

2-Não

54- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE USAR O TELEFONE?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

55- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE IR A LUGARES DISTANTES, USANDO ALGUM TRANSPORTE, SEM NECESSIDADE DE PLANEJAMENTO ESPECIAL?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

56- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE FAZER COMPRAS?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

57- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE PREPARAR SUAS PRÓPRIAS REFEIÇÕES?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

58- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE ARRUMAR A CASA?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

59- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE FAZER TRABALHOS DOMÉSTICOS COMO PEQUENOS REPAROS?

1- Não consegue

2- Consegue com ajuda

3- Consegue sem ajuda

60- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE LAVAR E PASSAR A PRÓPRIA ROUPA?

-
- 1- Não consegue
 - 2- Consegue com ajuda
 - 3- Consegue sem ajuda
-

61-O (A) SENHOR (A) CONSEGUE TOMAR SEUS REMÉDIOS NA DOSE E NO HORÁRIO CORRETOS?

- 1- Não consegue
 - 2- Consegue com ajuda
 - 3- Consegue sem ajuda
-

62- O (A) SENHOR (A) CONSEGUE CUIDAR DE SUAS FINANÇAS?

- 1- Não consegue
 - 2- Consegue com ajuda
 - 3- Consegue sem ajuda
-

63- QUAL O GRAU DE PARENTESCO DA PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO PRECISA?

- 1-Cônjuge
 - 2- Filho
 - 3- Outro
 - 4 – Nenhum
-

64- QUAL A IDADE DA PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO NECESSÁRIO?

-

65. QUAL O SEXO?

1-Feminino

2-Masculino

66- O (A) SENHOR (A) SE RELACIONA BEM COM ESTA PESSOA?

1- Não

2- Sim

67- A PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO PRECISA APRESENTA DEPRESSÃO?

1 - Não

2-Sim

68- A PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO PRECISA APRESENTA DIFICULDADE PARA DORMIR?

1 - Não

2-Sim

69-EXISTE ALGUMA PESSOA DENTRO DA SUA CASA QUE APRESENTA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL OU DROGAS?

1 - Não

2-Sim

70 a 87 - SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM

1- Nunca

2- Raramente

3- Às vezes

4- Quase sempre

5- Sempre

NECESSIDADE	RESP
QUE O AJUDE, SE FICAR DE CAMA?	<input type="checkbox"/>
PARA LEVÁ-LO (A) AO MÉDICO?	<input type="checkbox"/>
PARA PREPARAR SUAS REFEIÇÕES, SE VOCÊ NÃO PUDER PREPARÁ-LAS?	<input type="checkbox"/>
PARA AJUDÁ-LO (A) NAS TAREFAS DIÁRIAS, SE VOCÊ FICAR DOENTE?	<input type="checkbox"/>
QUE DEMONSTRE AFETO POR VOCÊ?	<input type="checkbox"/>
QUE LHE DÊ UM ABRAÇO?	<input type="checkbox"/>
QUE VOCÊ AME E QUE FAÇA VOCÊ SE SENTIR QUERIDO?	<input type="checkbox"/>
PARA LHE OUVIR QUANDO PRECISAR FALAR?	<input type="checkbox"/>
EM QUEM POSSA CONFIAR OI FALAR DE VOCÊ OU SOBRE SEUS PROBLEMAS?	<input type="checkbox"/>
PARA COMPARTILHAR SUAS PREOCUPAÇÕES E MEDOS MAIS ÍNTIMOS?	<input type="checkbox"/>
QUE COMPREENDA SEUS PROBLEMAS?	<input type="checkbox"/>
PARA LHE DAR BONS CONSELHOS EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE?	<input type="checkbox"/>

PARA LHE DAR INFORMAÇÃO QUE O (A) AJUDE A COMPREENDER UMA DETERMINADA SITUAÇÃO?	<input type="checkbox"/>
DE QUEM REALMENTE QUER CONSELHOS?	<input type="checkbox"/>
PARA SE DIVERTIR JUNTO?	<input type="checkbox"/>
PARA RELAXAR?	<input type="checkbox"/>
QUEM DISTRAIR A CABEÇA?	<input type="checkbox"/>
COM QUEM FAZER COISAS AGRADÁVEIS?	<input type="checkbox"/>

88- SATISFEITO (A) COM VIDA?

1- Sim

2-Não

89- INTERROMPEU MUITAS DE SUAS ATIVIDADES?

1- Sim

2-Não

90- ACHA A VIDA VAZIA?

1- Sim

2-Não

91- SENTE-SE BEM COM A VIDA A MAIOR PARTE DO TEMPO?

1- Sim

2-Não

92- TEME QUE ALGO RUIM LHE ACONTEÇA?

1- Sim

2-Não

93- SENTE-SE ALEGRE A MAIOR PARTE DO TEMPO?

1- Sim

2-Não

94- SENTE-SE DESAMPARADO (A) COM FREQUÊNCIA?

1- Sim

2-Não

95- PREFERE FICAR EM CASA A SAIR E FAZER COISAS NOVAS?

1- Sim

2-Não

96- ACHA QUE TÊM MAIS PROBLEMAS DE MEMÓRIA QUE OUTRAS PESSOAS?

1- Sim

2-Não

97- ACHA QUE É MARAVILHOSO ESTAR VIVO (A) AGORA?

1- Sim

2-Não

98- VALE A PENA VIVER DA FORMA QUE VIVE AGORA?

1- Sim

2-Não

99- SENTE-SE CHEIO (A) DE ENERGIA?

1- Sim

2-Não

100- ACHA QUE A SITUAÇÃO TEM SOLUÇÃO?

1- Sim

2-Não

101- ACHA QUE TEM MUITA GENTE EM SITUAÇÃO MELHOR?

1- Sim

2-Não

102- QUAL O DIA DA SEMANA?

1- Errado

2- Certo

103- QUAL O DIA DO MÊS?

1- Errado

2- Certo

104- QUAL O MÊS?

1- Errado

2- Certo

105- QUAL O ANO?

1- Errado

2- Certo

106- QUAL A HORA APROXIMADA?

1- Errado

2- Certo

107- QUAL O LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO)?

1- Errado

2- Certo

108- QUAL O LOCAL DA RESIDÊNCIA?

1- Errado

2- Certo

109- QUAL O BAIRO OU RUA PRÓXIMA?

1- Errado

2- Certo

110- QUAL A CIDADE?

1- Errado

2- Certo

111- QUAL O ESTADO?

1- Errado

2- Certo

112- EU VOU DIZER TRÊS PALAVRAS, E ASSIM QUE EU TERMINAR, O
(A) SENHOR (A) AS REPETE..

VASO, CARRO, TIJOLO

1- Uma palavra

2- Duas palavras

3- Três palavras

113-QUANTO É 100 MENOS 7?

1- Errado

2- Certo

114- QUANTO É 93 MENOS 7? (86)

1- Errado

2- Certo

115- QUANTO É 86 MENOS 7? (79)

1- Errado

2- Certo

116- QUANTO É 79 MENOS 7? (72)

1- Errado

1- Certo

117- QUANTO É 72 MENOS 7? (65)

1- Errado

2- Certo

118- O (A) SENHOR (A) LEMBRA QUAIS SÃO AS TRÊS PALAVRAS QUE DISSE HÁ POUCO?

1- Uma palavra

2- Duas palavras

3- Três palavras

119- NOMEAR UM RELÓGIO E UMA CANETA

1- Errado

2- Certo

120- REPETIR: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

1- Errado

2- Certo

121- “PEGUE ESTE PAPEL COM SUA MÃO DIREITA, DOBRE-O E COLOQUE-O NO CHÃO”.

-
- 1- Um comando
 - 2- Dois comandos
 - 3- Três comandos
-

122- LER E OBEDECER: “FECHE OS OLHOS”.

- 1- Errado
 - 2- Certo
-

123- ESCREVER UMA ORAÇÃO

- 1- Errado
 - 2- Certo
-

124- COPIAR UM DESENHO

- 1- Errado
- 2- Certo

OBS: APLICAR AS PRÓXIMAS QUESTÕES AO CUIDADOR OU A UM FAMILIAR CASO A SOMA DAS QUESTÕES 102 A 124 FOR MENOR QUE 18.

125- VARIAÇÃO DIURNA DE HUMOR; OS SINTOMAS PIORAM PELA MANHÃ.

- A – Não dá para dizer
 - 1- Ausente
 - 2- Leve a intermediário
 - 3- Severo
-
-

126- DIFICULDADE PARA INICIAR O SONO; MAIS TARDE QUE O NORMAL PARA ESTA PESSOA.

- A – Não dá para dizer
 - 1- Ausente
 - 2- Leve a intermediário
 - 3- Severo
-

127- DESPERTAR MATUTINO PRECOCE; MAIS CEDO QUE O NORMAL PARA ESTA PESSOA.

- A – Não dá para dizer
 - 1- Ausente
 - 2- Leve a intermediário
 - 3- Severo
-

128- SUICÍDA; SENTE QUE VIVER “NÃO VALE A PENA”

- A – Não dá para dizer
 - 1- Ausente
 - 2- Leve a intermediário
 - 3- Severo
-

129- BAIXA AUTO-ESTIMA; AUTO-IDEAÇÃO, AUTODEPRECIAÇÃO; SENTIMENTO DE FRACASSO.

- A – Não dá para dizer
 - 1- Ausente
 - 2- Leve a intermediário
 - 3- Severo
-
-

130- PESSIMISMO; ANTECIPAÇÃO DO PIOR.

A – Não dá para dizer

1- Ausente

2- Leve a intermediário

3- Severo

131- DELÍRIO CONGRUENTE COM O HUMOR; DELÍRIO DE POBREZA, DOENÇA OU PERDA.

A – Não dá para dizer

1- Ausente

2- Leve a intermediário

3- Severo

132- O (A) SENHOR (A) JÁ ESQUECEU DE TOMAR SEUS REMÉDIOS?

1- Não

2- Sim

133- O (A) SENHOR (A) É CUIDADOSO (A) COM O HORÁRIO DE TOMADA DE SEUS REMÉDIOS?

1- Não

2- Sim

134- QUANDO O (A) SENHOR (A) SENTE-SE MELHOR DEIXA DE TOMAR OS REMÉDIOS ALGUMAS VEZES?

1- Não

2- Sim

135- SE O (A) SENHOR (A) SE SENTE PIOR ALGUMAS VEZES QUANDO TOMA OS SEUS REMÉDIOS, DEIXA DE TOMÁ-LOS?

- 1- Não
 - 2- Sim
-

136- O (A) SENHOR (A) TOMOU A VACINA CONTRA GRIPE ESTE ANO?

- 1- Não
 - 2- Sim
-

137- O (A) SENHOR (A) ALGUMA VEZ TOMOU A VACINA CONTRA PNEUMONIA?

- 1- Não
 - 2- Sim
-

138- O (A) SENHOR (A) TOMOU A VACINA CONTRA O TÉTANO NESSE ANO OU NOS ÚLTIMOS 5 ANOS?

- 1- Não
 - 2- Sim
-

139- EM GERAL O (A) SENHOR (A) ACHA QUE SUA SAÚDE É:

- 1- Excelente
 - 2- Muito boa
 - 3- Boa
 - 4- Média
-

5- Ruim

JOELHOS

DOR NOS JOELHOS (0. Não; 1. Sim)	RESP
NO ÚLTIMO MÊS?	<input type="checkbox"/>
PARA ANDAR?	<input type="checkbox"/>
PARA SUBIR ESCADAS?	<input type="checkbox"/>
DOR NOTURNA?	<input type="checkbox"/>
EM REPOUSO?	<input type="checkbox"/>
AO CARREGAR PESO?	<input type="checkbox"/>
RIGIDÊZ MATINAL?	<input type="checkbox"/>
RIGIDÊZ PROTOCINÉTICA?	<input type="checkbox"/>
AO FICAR EM PÉ?	<input type="checkbox"/>
AO CURVAR-SE NA DIREÇÃO DO CHÃO?	<input type="checkbox"/>
AO ANDAR EM LUGAR PLANO?	<input type="checkbox"/>
AO ENTRAR E SAIR DO CARRO?	<input type="checkbox"/>
AO FAZER COMPRAS?	<input type="checkbox"/>
AO TIRAR AS MEIAS?	<input type="checkbox"/>

AO ENTRAR E SAIR DO BANHO?	<input type="checkbox"/>
AO SENTAR?	<input type="checkbox"/>
AO SENTAR/ LEVANTAR-SE DO VASO SANITÁRIO?	<input type="checkbox"/>
AO EXECUTAR TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS?	<input type="checkbox"/>
AO EXECUTAR TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES?	<input type="checkbox"/>

QUESTÕES GRAVADAS

.1. O senhor se dava melhor com seus familiares/ cuidadores quando era jovem ou agora? Por quê?

2. O senhor se dá bem com todas as pessoas da casa? Se não, com quem o senhor não se dá bem? Por quê?

FINALIZAÇÃO

MUITO OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO AGUARDE O CONTATO TELEFÔNICO DOS COORDENADORES PARA MARCAR A SUA CONSULTA.

ANEXO

A SER PREENCHIDO EM CASO DE ÓBITO DO PACIENTE

A- QUAL A DATA EM QUE OCORREU? / /

B- QUAL FOI O LOCAL DO ÓBITO?

- 1- Ignorado
 - 2- Hospital
 - 3- Outros estabelecimentos de saúde
 - 4- Domicílio
 - 5- Via pública
 - 6- Outros (especificar): _____
-

C- O QUE OCASIONOU A MORTE?

(Anotar motivo)

D- RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE? (No caso de ter ocorrido óbito por doença)

- 1- Ignorado
 - 2- Sim
 - 3- Não
-

E- DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR EXAME COMPLEMENTAR?

- 1- Ignorado
 - 2- Sim
 - 3- Não
-

F- DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CIRURGIA?

- 1- Ignorado
-

2- Sim

3- Não

G- DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR NECRÓPSIA?

1- Ignorado

2- Sim

3- Não

H- DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE (CAUSA DA MORTE **A**).

I- DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE (CAUSA DA MORTE **B**).

J- DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE: (CAUSA DA MORTE **C**).

K- CAUSAS CONTRIBUINTES DA MORTE

L- CAUSAS EXTERNAS DO ÓBITO

1- Ignorado

2- Acidente

3- Suicídio

4- Homicídio

5- Acidente de trabalho

6- Outros (especifique): _____

8.3 – Anexo - Anamnese e Exame Físico:**Projeto: “Seguimento dos idosos do Município de Botucatu”****FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU****DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA****ANAMNESE E EXAME FÍSICO****PROJETO “SEGUIMENTO DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU”**

2006

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

NOME PACIENTE: _____

DATA NASC. ___/___/___

SEXO: 1. MASCULINO 2. FEMININO

PACIENTE, FAMILIAR OU CUIDADOR, TROUXE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO OU LOCAL DE SEGUIMENTO?

NOME DA UNIDADE OU LOCAL ONDE REALIZA SEGUIMENTO: _____

INFORMANTE: _____

MÉDICO ATENDENTE: _____

INICIAIS: _____

D.N. ___/___/___

S.

P. HC-U

-

P. CSE

-

C. SUS

U. S.:

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

ANAMNESE CLÍNICA**ANTECEDENTES PESSOAIS****(01) - O (A) SENHOR (A) TEM OU TEVE PRESSÃO ALTA?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

AP – PA (1)**(02) - FAZ USO DE MEDICAÇÃO P/ CONTROLE DE PRESSÃO?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

AP – MPA (2)**(03) - FAZ USO DE AAS INFANTIL? (OU ASPIRINA)**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

AP – AAS I (3)**(04) - O (A) SENHOR (A) SABE FALAR SE TEM DIABETES?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

AP – D (4)**(05) - HÁ QUANTO TEMPO SABE QUE TEM DIABETES?
(anos)****AP - AD(5)****(06) - SEGUE A DIETA RECOMENDADA PARA CONTROLE DO DIABETES? (SEM ADIÇÃO DE AÇUCAR NOS ALIMENTOS)**1- Sim 2- Não
3- Não foi recomendada dieta**AP – DD (6)****(07) - FAZ USO DE INSULINA?**1- Sim 2- Não
3- Uso irregular**AP – I (7)**

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(08) - FAZ USO DE MEDICAMENTO DE USO ORAL PARA CONTROLE DO DIABETES?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

AP – DMO (8)

(09) - QUANTAS CONSULTAS MÉDICAS, AGENDADAS PARA CONTROLE DO DIABETES MELLITUS, O SR(A) REALIZOU NO ÚLTIMO ANO?

1- Nenhuma consulta
2- Uma consulta
3- De duas a quatro consultas
4- Mais do que quatro consultas
5- Não sabe informar

AP – NCMD (9)

(10) - SABE SE TEM OU TEVE COLESTEROL ALTO?

1- Sim 2- Não 3 – Não sabe informar

AP – C (10)

(11) - E DOENÇA DO CORAÇÃO?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – DC (11)

(12) - JÁ TEVE INFARTO?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – I (12)

(13) - E DERRAME?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – D (13)

(14) - SABE SE TEM DEMÊNCIA (OU PROBLEMA DE MEMÓRIA QUE ATRAPALHE OU INTERFIRA NO DIA A DIA)?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – DEM (14)

(15) - SABE SE TEM DOENÇA DO RIM?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – R (15)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(16) - E DEPRESSÃO?

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – D (16) **(17) - E DOENÇA DO PULMÃO?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – P (17) **(18) - TEM OU TEVE CÂNCER?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – C (18) **(19) - SABE SE TEVE INFECÇÃO GRAVE QUE NECESSITOU INTERNAÇÃO, APÓS OS 60 ANOS DE IDADE?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – IG (19) **(20) - TEM DOR NOS JOELHOS?**

1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar

AP – J (20) **ANTECEDENTES FAMILIARES****PATERNAL****(21) - SEU PAI É VIVO?**

1- Sim 2- Não

AFP – PV (21) **(22) - SE VIVO, QUAL É A SUA IDADE ATUAL? (anos)**AFP – IA(22) **(23) - SE NÃO VIVO, COM QUE IDADE FALECEU? (anos)**AFP – IF (23)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

MATERNO

(24) - SUA MÃE É VIVA:

1- Sim 2- Não

AFM – MV (24)

(25) - SE VIVA, QUAL É A SUA IDADE ATUAL?(anos)

AFM – IA (25)

(26) - SE NÃO VIVA, COM QUE IDADE FALECEU? (anos)

AFM – I F (26) **EXAME FÍSICO**

(27) - MOBILIDADE DO PACIENTE

- 1- Deambula
- 2- Deambula com auxílio
- 3- Restrito a cadeira
- 4- Restrito ao leito

EF – MOB (27)

(28) – PESO (kg)

EF – P (28)

(29) – ALTURA (m)

EF – A (29) ,

(30) – CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (medida na altura do umbigo) (cm)

EF – CA (30)

(31) - QUADRIL (medida na altura da espinha isquiática) (cm)

EF –QUA(31)

(32) – CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO DIREITO (cm)

EF - CBD(32)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(33) – MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL:(33.1) – **SENTADO** (considerar o menor valor para anotar ao lado) **X** mmHG **X** mmHG **X** mmHG(33.2) – **DEITADO** (considerar o menor valor para anotar ao lado) **X** mmHG **X** mmHG **X** mmHG**(34) – FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)****(35) – FRQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ipm)****(36) – RÍTMO CARDÍACO**

1. Regular 2. Irregular

(37) - AVALIAÇÃO AUDITIVA DA ORELHA DIREITA (OUVE SUSSURRAR – Meu nome é)

1- Não 2- Sim

EF – PA. SENT. (33.1) **X** **EF – PA. DEIT. (33.2)** **X** **EF – FC (34)** **EF – FR (35)** **EF – RC (36)** **EF – AA D (37)**

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(38) - AVALIAÇÃO AUDITIVA ORELHA ESQUERDA (OUVE SUSSURRAR – Meu nome é ...)

1- Não 2- Sim

EF – AA E (38)

(39) - HEPATIMETRIA (da altura da linha hemiclavicular, a partir do início da percussão até a palpação abaixo do RCD) (cm)

EF – HEP (39)

(40) - MASSA PALPÁVEL EM ABDOMEM

1- Não
2- Sim, não pulsátil
3. Sim, pulsátil

EF – MA (40)

(41) - ESCARAS DE DECÚBITO

1- Não 2- Sim

EF – ED (41)

(42) - PULSO TIBIAL D

1- Ausente 2- Presente

EF – PT D (42)

(43) - PULSO TIBIAL E

1- Ausente 2- Presente

EF – PT E (43)

(44) - PULSO PEDIOSO D

1- Ausente 2- Presente

EF – PP D (44)

(45) - PULSO PEDIOSO E

1- Ausente 2- Presente

EF – PP E (45)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

EXAME DOS JOELHOS

(Obs. Aplicar WOMAC caso diagnóstico de Osteoartrose positivo)

CRITÉRIO PARA DIAGNÓSTICO OSTEOARTROSE JOELHO:

- DOR JOELHO E 03 DOS SEGUINTE:

- IDADE ACIMA DE 50 ANOS;

- MENOS DO QUE 30 MINUTOS DE RIGIDEZ
MATINAL;

- CREPITAÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO ATIVA;

- “APERTO ÓSSEO”;

- AUMENTO ÓSSEO;

- AUSÊNCIA DE SINAL DE SINOVITE À
PALPAÇÃO.

(46) – INSPEÇÃO DO JOELHO, COM AUMENTO DE VOLUME

0. Não 1. Sim

EFJ D - IAV (46.1)

EFJ E - IAV (46.2)

(47) – ERITEMA EM JOELHO

0. Não 1. Sim

EFJ D – E (47.1)

EFJ E – E (47.2)

INICIAIS: _____ CÓD. PESQ. _____

(48) – LESÃO CUTÂNEA SOBRE O JOELHO

0. Não 1. Sim

EFJ D – LC (48.1) **EFJ E – LC (48.2)** **(49)** – DEFORMIDADE

0. Não 1. Sim

EFJ D – D (49.1) **EFJ E – D (49.2)** **(50)** – JOELHO VALGO

0. Não 1. Sim

EFJ D – VAL (50.1) **EFJ E – VAL (50.2)** **(51)** – JOELHO VARO

0. Não 1. Sim

EFJ D – VAR (51.1) **EFJ E – VAR (51.2)** **(52)** – JOELHO *RECURVATUM*

0. Não 1. Sim

EFJ D – REC (52.1) **EFJ E – REC (52.2)**

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(53) – JOELHO COM FLEXO FIXO (NÃO REDUTÍVEL)

0. Não 1. Sim

EFJ D – FF (53.1) **EFJ E – FF (53.2)** **(54) – PALPAÇÃO, AUMENTO DE TEMPERATURA**

0. Não 1. Sim

EFJ D – AT (54.1) **EFJ E – AT (54.2)** **(55) – DOR À MOVIMENTAÇÃO ATIVA**

0. Não 1. Sim

EFJ D – DMA (55.1) **EFJ E – DMA (55.2)** **(56) – DOR À MOVIMENTAÇÃO PASSIVA**

0. Não 1. Sim

EFJ D – DMP (56.1) **EFJ E – DMP (56.2)** **(57) – PRESENÇA DE DERRAME ARTICULAR**

0. Não 1. Sim

EFJ D – DA (57.1) **EFJ E – DA (57.2)**

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(58) – CREPITAÇÕES

0. Não 1. Sim

EFJ D – CREP (58.1) **EFJ E – CREP (58.2)** **(59) – LIMITAÇÃO À FLEXÃO**

0. Não 1. Sim

EFJ D – LF (59.1) **EFJ E – LF (59.2)** **(60) – LIMITAÇÃO À EXTENSÃO**

0. Não 1. Sim

EFJ D – LE (60.1) **EFJ E – LE (60.2)** **(61) – LIMITAÇÃO À ROTAÇÃO INTERNA**

0. Não 1. Sim

EFJ D – LRI (61.1) **EFJ E – LRI (61.2)** **(62) – LIMITAÇÃO À ROTAÇÃO EXTERNA**

0. Não 1. Sim

EFJ D – LRE (62.1) **EFJ E – LRE (62.2)**

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(63) – JOELHO COM LIGAMENTO COLATERAL LATERAL LESADO

0. Não 1. Sim

EFJ D – LCLL(63.1) **EFJ E – LCLL (63.2)** **(64)** – JOELHO COM LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL LESADO

0. Não 1. Sim

EFJ D –LCML(64.1) **EFJ E –LCML(64.2)** **(65)** – JOELHO COM LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR LESADO

0. Não 1. Sim

EFJ D – LCAL(65.1) **EFJ E – LCAL(65.2)** **(66)** – JOELHO COM LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR LESADO

0. Não 1. Sim

EFJ D – LCPL (66.1) **EFJ E – LCPL (66.2)** **(67)** – MENISCO MEDIAL LESADO

0. Não 1. Sim

EFJ D – MML (67.1) **EFJ E – MML (67.2)**

INICIAIS: _____ CÓD. PESQ. _____

(68) – MENISCO LATERAL LESADO

0. Não 1. Sim

EFJD – MLL (68.1) **EFJE – MLL (68.2)** **(69) – MEDIDA DO QUADRÍCEPS FEMORAL (CM)****EFJD – MQF (69.1)** **EFJE – MQF (69.2)** **EXAME DOS MEMBROS INFERIORES****(70) - ÚLCERAS EM PÉ D**

- 1 - Ausente
- 2 - Úlcera na planta em região hipotenar
- 3 - Úlcera na planta em calcanhar
- 4 - Úlcera no dorso dos dedos
- 5 - Úlcera na face lateral do pé
- 6 - Úlcera na face medial do pé

EFMMII – UPD (70) **(71) - AMPUTAÇÃO DE PÉ DIREITO**

1- Não 2- Sim

EFMMII – APD (71)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(72) - DEFORMIDADES DO PÉ DIREITO

1- Sim 2- Não

(73) - TESTE DE SENSIBILIDADE NO PÉ DIREITO

- 10 – Todos os pontos testados são sensíveis
- 09 – 09 dos pontos testados são sensíveis
- 08 – 08 dos pontos testados são sensíveis
- 07 – 07 dos pontos testados são sensíveis
- 06 – 06 dos pontos testados são sensíveis
- 05 – 05 dos pontos testados são sensíveis
- 04 – 04 dos pontos testados são sensíveis
- 03 – 03 dos pontos testados são sensíveis
- 02 – 02 dos pontos testados são sensíveis
- 01 – 01 dos pontos testados é sensível
- 00 – em nenhum dos pontos testados há sensibilidade.



(74) - ÚLCERAS EM PÉ E

- 1- Ausente
- 2- Úlcera na planta em região hipotenar
- 3 – Úlcera na planta em calcanhar
- 4 - Úlcera no dorso dos dedos
- 5 – Úlcera na face lateral do pé
- 6 – Úlcera na face medial do pé

EFMMII – DPD

Joanetes (72.1)

Dedo em artelo(72.2)

Calosidade (72.3)

EFMMII -TSPD(73)

EFMMII – UPE (74)

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

(75) - AMPUTAÇÃO DE PÉ ESQUERDO

1- Não 2- Sim

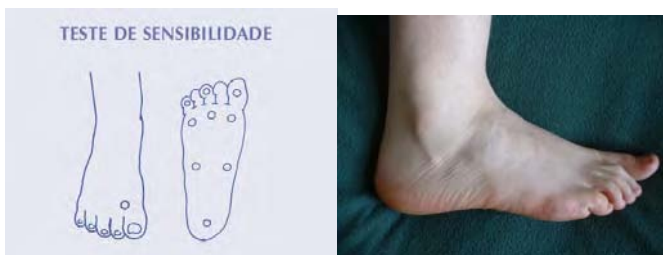
EFMMII – APE (75) **(76) - DEFORMIDADES DO PÉ ESQUERDO**

1- Sim 2- Não

EFMMII – DPE

Joanetes (76.1) Dedo em martelo(76.2) Calosidade(76.3) **(77) - TESTE DE SENSIBILIDADE NO PÉ ESQUERDO**

- 10 – Todos os pontos testados são sensíveis
- 09 – 09 dos pontos testados são sensíveis
- 08 – 08 dos pontos testados são sensíveis
- 07 – 07 dos pontos testados são sensíveis
- 06 - 06 dos pontos testados são sensíveis
- 05 – 05 dos pontos testados são sensíveis
- 04 – 04 dos pontos testados são sensíveis
- 03 – 03 dos pontos testados são sensíveis
- 02 – 02 dos pontos testados são sensíveis
- 01 – 01 dos pontos testados é sensível
- 00 – em nenhum dos pontos testados há sensibilidade.

EFMMII – TSPE(77) 

INICIAIS: _____ Cód. PESQ. _____

CHECAR APÓS COLETA DE EXAMES**(78) - COLETADO SANGUE?**CCE – CS (78)

1 – Sim

2 – Não

(79) - COLETADA URINA?CCE - CU (79)

1- Sim

2- Não

EXAMES LABORATORIAIS**(80) - GLICEMIA DE JEJUM (mg/dL)**EL – GJ(80) **(81) – HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LSM)**EL – HG (81) **(82) - COLESTEROL TOTAL (mg/dl)**EL – CT(82) **(83) - COLESTEROL HDL (mg/dl)**EL - CHDL(83) **(84) – TRIGLICÉRIDES (mg/dl)**EL – T (84)

INICIAIS: _____ CÓD. PESQ. _____

(85) - URINA I (PRESENÇA DE PROTEINÚRIA) (mg/dL)

EL - UI (85)

(86) - CREATININA (mg/dL)

EL - C (86)

(87) - ALBUMINA (g/dL)

EL - A (87) ,

(88) - MICROALBUMINÚRIA / ALBUMINÚRIA (mg/dL)

EL - MA/A (88)

8.4 – anexo - WOMAC.

WOMAC

The Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Index is a disease-specific, self-administered, health status measure. It probes clinically-important symptoms in the areas of pain, stiffness and physical function in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. The index consists of 24 questions (5 pain, 2 stiffness and 17 physical function) and can be completed in less than 5 minutes. The WOMAC is a valid, reliable and sensitive instrument for the detection of clinically important changes in health status following a variety of interventions (pharmacologic, surgical, physiotherapy, etc.).

In The Hip & Knee Registry, WOMAC results are reported as a normalized score. Individual question responses are assigned a score of between 0 (extreme) and 4 (None). Individual question scores are then summed to form a raw score ranging from 0 (worst) to 96 (best). Finally, raw scores are normalized by multiplying each score by 100/96. This produces a reported WOMAC Score of between 0 (worst) to 100 (best).

As of December 1996, 2124 THA patients participating in The Hip & Knee Registry had a mean preoperative WOMAC score of 44. This improved to 74 at 1 to 5 months and to 78 at 5 to 18 months after THA.

Interpretation of the significance of differences in mean WOMAC scores is largely determined by sample size and the size of the difference in scores between groups of patients. Any formal test of statistical significance of differences in WOMAC scores should include the advice of a statistician.

The WOMAC categories are:

(1) Severity, on average, during the past month, of:

Pain - Walking

Pain - Stair climbing

Pain - Nocturnal

Pain - Rest

Pain - Weightbearing

Morning Stiffness

Stiffness occurring during the day

(2) Level of difficulty performing the following functions:

Descending stairs

Ascending stairs

Rising from sitting

Standing

Bending to the floor

Walking on flat

Getting in/out of a car

Going shopping

Putting on socks

Rising from bed

Taking off socks

Lying in bed

Getting in/out of bath

Sitting

Getting on/off toilet

Heavy domestic duties

Light domestic duties

The WOMAC parameters are:

0 - none, 1 - slight, 2 - moderate, 3 - severe, 4 - extreme

The index is out of a total of 96 possible points, with 0 being the best and 96 being the worst.

8.5 – Tradução do WOMAC.

Tradução do Instrumento WOMAC

Índice: Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) para OA

Categoria 1- Severidade da dor (durante o último mês) para:

Andar: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Subir escadas: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Dor noturna: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Dor ao repouso: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Ao carregar peso: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Rigidez matinal: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Rigidez protocinética: () nenhuma () pouca () moderada () extrema

Categoria 2- Nível de dificuldade para executar as seguintes funções:

Descer escadas: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Levantar da cadeira: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Ficar em pé: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Curvar-se na direção do chão: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Andar em lugar plano: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Entrar ou sair do carro: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Fazer compras: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Colocar as meias: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Levantar-se da cama: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Tirar as meias: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Deitar-se na cama: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Entrar e sair do banho: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Sentar: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Sentar/levantar-se do vaso sanitário: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Executar tarefas domésticas leves: () nenhuma () pouca () moderada () extrema
 Executar tarefas domésticas pesadas: () nenhuma () pouca () moderada () extrema

Contagem dos pontos e cálculo do escore:

Resposta: 0 - "nenhuma", 1 - "pouca", 2 - "moderada", 3 - "severa", 4 - "extrema".

Total de pontos:

Escore (total de pontos multiplicado por 100/96 ou 1,041666):

{Diante dos Scores de "OA", posso dividi-los em intervalos aonde eu considerar importante).
