

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**ALANNA APARECIDA LACERDA BARRENSE**

**ORIENTAÇÃO DOMICILIAR AO PACIENTE PORTADOR DE  
OSTEOARTRITE**

**São Paulo  
2013**

**ALANNA APARECIDA LACERDA BARRENSE**

**ORIENTAÇÃO DOMICILIAR AO PACIENTE PORTADOR DE  
OSTEOARTRITE**

Trabalho de conclusão de curso, para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Ms. Nilde Burocchi Ribas D' Avila.

**São Paulo  
2013**

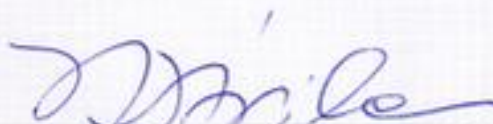
ALANNA APARECIDA LACERDA BARRENSE

ORIENTAÇÃO DOMICILIAR AO PACIENTE PORTADOR DE  
OSTEOARTRITE

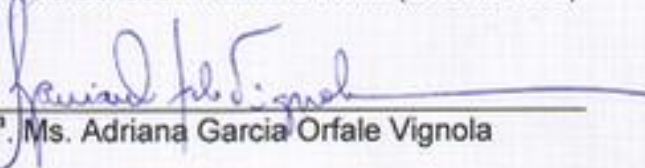
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro.

Data de Aprovação: 03/06/2013

BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Nildé Burocchi Ribas D'Avila (Orientadora)



Profª. Ms. Adriana Garcia Orfale Vignola



Prof. Caio Roberto Furlani Fabri

CONCEITO FINAL: 9,0

A todas as pessoas que me deram força e incentivo para que eu prosseguisse, as que estão longe e as mais próximas. A minha imensa gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo seu imenso amor, compaixão e compreensão, que me fortalece em todos os momentos.

Aos meus pais, Edite e Valdomiro, que mesmo distantes estão sempre presentes, pelo amor incondicional, dedicação, confiança e força.

Aos meus irmãos pela paciência e incentivo.

À Profa. Nilde pelo carinho, paciência e atenção.

A todos os meus professores por me ensinarem um pouco do imenso Universo da Fisioterapia.

Aos meus colegas dos estágios por me acolherem com carinho.

A todas as pessoas que fazem parte da minha vida, em especial ao Max, Luã, meu querido Ednei, Tia Maria, Lígia, Sandra, Aline, Jamaia, Poliana, ao Flávio, a Beatriz pela ajuda e ao meu grande amigo Nelson pelo imenso apoio, pelas vibrações de amor e carinho e por acreditarem em mim.

**“Toda grande caminhada começa com um simples passo.”**

Buda

## RESUMO

**Introdução:** A Osteoartrite (OA) é a patologia mais comum do sistema musculoesquelético. Afeta principalmente as articulações dos joelhos e mãos provocando dor, alterações na capacidade funcional e impacto nas atividades de vida diária. Alguns fatores como traumas, sobrecarga e idade são predisponentes para o seu desenvolvimento. Com o crescente aumento da população idosa e a demanda por atendimento no setor público de saúde, há necessidade de adoção de medidas que intervenham na sintomatologia, em especial na dor, diminuindo altos custos com longos tratamentos. Dentre as diversas intervenções fisioterapêuticas, a orientação e o conhecimento do paciente sobre a OA, são imprescindíveis para a reabilitação e evitar o aumento de deformidades. **Objetivo:** Este estudo pretende verificar o papel da orientação domiciliar na melhora da dor para o paciente com OA. **Metodologia:** O presente trabalho realizou o estudo de prontuários de pacientes que receberam dois atendimentos de orientação domiciliar no Grupo de Orientação em Reumatologia do curso de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro. Os pacientes realizaram, em casa, as orientações fisioterapêuticas durante 15 dias e em seguida, retornaram para o segundo atendimento de reavaliação. Em cada prontuário, foi avaliada a dor, a partir da Escala Visual Analógica (EVA), comparando o valor da EVA do primeiro com o segundo, atendimento de reavaliação. **Resultados e Conclusão:** O programa de orientações domiciliares apresentou resultados satisfatórios, pois ao se comparar as intensidades da dor na primeira sessão (EVA1) com a segunda (EVA2) após 15 dias de realizações das referidas orientações, foi possível constatar que ocorreu significativa diminuição da intensidade de dor na EVA2 ( $p < 0,05$ ).

**Palavras-chave:** osteoartrite, dor, educação, fisioterapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Osteoarthritis (OA) is the most common pathology of the musculoskeletal system. It mainly affects the joints of the knees and hands causing pain, changes in functional capacity and impact on activities daily. Some factors such as trauma, overload and age are predisposing to its development. With the growing aging population and the demand for care in the public health sector, there is need to adopt measures to intervene in the symptoms, especially pain, reducing high costs of long treatments. Among the various physiotherapy intervention, the guidance and knowledge of the patient about OA, are essential for rehabilitation and avoid increasing deformities. **Purpose:** This study investigates the role of guidance for the patient home improvement in pain with OA. **Methodology:** This study conducted a study of medical records of patients who received two kinds of treatments at home orientation in Group Guidance in Rheumatology course of Physiotherapy, University of Santo Amaro. Patients realized, at home, physiotherapy for 15 days and then returned for the second visit reevaluation. In each chart, the pain was assessed from the Visual Analog Scale (VAS), comparing the value of the VAS of the first with the second, service reevaluation. **Results and Conclusion:** The program guidelines presented satisfactory home because when comparing the intensities of pain in the first session (VAS1) with the second (VAS2) after 15 days of delivery of the guidelines, it was established that there was a significant decrease in VAS2 in pain intensity ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** osteoarthritis, pain, education, physiotherapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVO</b> .....	14
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	15
<b>3.1 Casuística</b> .....	15
<b>3.2 Métodos</b> .....	15
<b>3.3 Análise Estatística</b> .....	17
<b>4 RESULTADOS</b> .....	18
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	22
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	33
<b>ANEXO B – Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica</b> .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

As patologias crônicas são frequentemente responsáveis pela dor no sistema musculoesquelético. Dentre as doenças crônico-degenerativas, a osteoartrite conhecida pela presença de alterações inflamatórias nas articulações, ou osteoartrose (OA) denominada assim devido aos seus aspectos mecânicos, é a mais prevalente. A OA é caracterizada por progressiva degeneração na cartilagem articular, e pode apresentar esclerose do osso subcondral e osteófitos (MASCARENHAS et al., 2010; SILVA e GARCIA, 2006). A OA se apresenta como uma doença não sistêmica (SILVA; IMOTO e CROCI, 2007), com alterações diversas na cartilagem articular e membrana sinovial, devido ao desequilíbrio entre a formação e degradação dos seus componentes (WOLFF et al., 2012). Envolve ossos e tecidos adjacentes da articulação, como ligamentos e estruturas de sustentação (ROSIS; MASSABKI e KAIRALLA, 2010).

Para que a matriz cartilaginosa mantenha sua função normal, é fundamental que haja uma produção e reabsorção balanceada do principal elemento da cartilagem, o condrócito. Havendo uma atividade anormal na reparação da cartilagem, os condrócitos em sua maior ou menor quantidade podem ser benéficos ou maléficos, produzindo enzimas que são favoráveis à reposição, assim como podem provocar destruição da cartilagem, causando redução e alteração no remodelamento da matriz óssea feita pela síntese e degradação dos osteoblastos e osteoclastos (NARANJO e ZAPATA, 2011). Também há a participação dos esteróides sexuais, tanto femininos como os masculinos, que influenciam no controle da síntese da cartilagem, desempenhando papel importante no remodelamento ósseo e cartilaginoso. Estes atuam no aumento dos condrócitos, assim como na formação dos ossos, fazendo parte das células da cartilagem articular e atuando diretamente na inibição da perda óssea (WOLFF et al., 2012).

A OA é considerada uma patologia crônica progressiva, que atinge, na maior parte, indivíduos a partir da meia-idade (FACCI; MARQUETTI e COELHO, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula-se que 25% dos indivíduos acima dos 65 anos apresentam sintomas relacionados à OA, como a dor, rigidez articular e redução da força muscular (RICCI e COIMBRA, 2006). Com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida nota-se no decorrer

dos anos, o aumento desse tipo de doença degenerativa (MATOS e ARAUJO, 2009; SANCHEZ et al., 2007).

O aumento da população idosa proporciona maior prevalência de OA. Com percentual bastante elevado nesta população (LEITE et al., 2011), acometendo cerca de 80% dos idosos (SILVA et al., 2012), acarreta grande procura pelo setor público de saúde sobrecarregando o mesmo e gerando gastos com a Previdência Social (LEITE et al., 2011). Segundo Marques e Kondo (1998), esta afecção é responsável por cerca, de 65% de incapacidade funcional e por afastamentos das atividades laborativas, liderando a lista as doenças cardiovasculares e mentais (FACCI; MARQUETTI e COELHO, 2007). Com isso, a OA afeta o indivíduo em nível organizacional, emocional e até econômico (SILVA e GARCIA, 2006), portanto, é necessário tratar essa patologia englobando todos esses aspectos, a fim de evitar danos maiores (FIGUEIREDO NETO; QUELUZ e FREIRE, 2011).

Por ser a OA altamente incapacitante, causando queda na qualidade de vida do indivíduo, provoca problemas desafiadores no setor público, visto que não se dá tamanha importância ao impacto socioeconômico provocado por ela (ARCANJO; VALDÉS e SILVA, 2008; MATOS e ARAÚJO, 2009; ROSIS; MASSABKI e KAIRALLA, 2010). Desse modo, é necessário que se desenvolvam ações com a finalidade de intervir tanto no desenvolvimento como na progressão da OA (MASCARENHAS et al., 2010), permitindo assim, a redução de custos com os tratamentos (RADRIGÁN, 2008).

Não há estatística recente do número de acometimentos de OA no Brasil. A última prevalência data do ano de 2004, indicando a percentagem em torno de 4% de acometimentos na população brasileira, sendo o joelho uma das articulações com o maior número de casos (SENNA et al., 2004; VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006). A incidência em relação ao gênero é semelhante, mas se diferencia em relação à idade (ROSI; MASSABKI e KAIRALLA, 2010; SILVA et., 2011). Em relação à prevalência, após os 50 anos de idade, as mulheres são mais afetadas devido a deficiências nos níveis hormonais, aumentando o risco de OA, sendo o gênero masculino acometido antes dos 50 anos com maior frequência de OA nos quadris, enquanto nas mulheres, as mãos, pés e joelhos são mais atingidos, ocorrendo também com frequência nos quadris, coluna cervical e lombar (VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006; FIGUEREDO NETO; QUELUZ e FREIRE, 2011; SILVA et., 2011; SKARE, 1999). Contudo estima-se que com o aumento da

expectativa de vida juntamente com o crescente número da população idosa no Brasil, ocorra também, crescente aumento de doenças crônico-degenerativas alterando as demandas de saúde (MATOS e ARAÚJO, 2009).

O joelho está entre as principais articulações acometidas pela OA, pois é uma articulação responsável por funções importantes como a marcha e a realização de atividades de vida diária (IWAMOTO et al., 2011). Também a obesidade, é um fator de risco importante para a OA, pois as articulações, sobretudo joelhos e quadris e coluna lombar, sofrem com o sobrepeso, provocando impacto nas estruturas articulares e músculos causando alterações na função normal dessas articulações (VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006).

Além da obesidade outros fatores contribuem para o desenvolvimento da OA, como traumas articulares, alterações bioquímicas nas articulações sinoviais, lesões ligamentares, doenças metabólicas e inflamatórias, posturas repetitivas, fatores genéticos e idade (FACCI; COELHO e MARQUETTI 2007; ROSIS; MASSABKI e KAIRALLA, 2010).

Em geral, a dor é o principal sintoma presente na OA (MASCARENHAS et al., 2010). A dor interfere e limita a capacidade funcional gerando impacto negativo nas atividades cotidianas, levando o indivíduo a modificar movimentos com o propósito de reduzir o nível de dor (VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006). Interfere também na vida pessoal e ocupacional do indivíduo, visto que esta causa déficits e incapacidades, impossibilitando um maior grau de independência (WILLIAMS et al., 1993). Por ser uma experiência desconfortável e peculiar, seu processo de avaliação é complexo envolvendo fatores sociais e psíquicos, necessitando, portanto, de uma avaliação minuciosa, devido a sua natureza subjetiva (ANDRADE; PEREIRA e SOUSA, 2006). Os métodos utilizados para avaliar a dor são igualmente subjetivos, dentre estes há a Escala Visual Analógica (EVA), instrumento unidimensional que quantifica a intensidade da dor, é de fácil aplicação e apropriada para avaliar a dor em idosos e indivíduos com baixo nível escolar (POLLETO et al., 2004; YENG et al., 2001).

Dentre os sinais e sintomas da OA, além da dor, da rigidez articular geralmente no período da manhã, crepitação e fraqueza muscular, também podem estar presentes, deformidades, nódulos nas articulações interfalangeanas e alterações decorrentes de compensações como instabilidade articular, modificando o equilíbrio e controle postural (BIASOLI e IZOLA, 2003). Estes, causados também

pela inflamação nas articulações, dificultam respostas cinestésicas e proprioceptivas (SILVA et al., 2011). A OA nos membros inferiores, também aumenta a possibilidade de ocorrerem quedas (BRYK et al., 2011; PETRELLA et al., 2012).

A OA pode ser diagnosticada a partir dos sintomas e de alterações das estruturas que compõe a articulação, detectadas através das imagens radiográficas, dentre elas, diminuição do espaço articular e presença de osteófitos, cistos e esclerose subcondral (ROSIS; MASSABKI e KAIRALLA, 2010).

Os tratamentos para a OA são: farmacológico, não farmacológico e cirúrgico. O tratamento não medicamentoso é recomendado como primeira abordagem terapêutica, visto que auxilia no conhecimento da patologia e suas nuances, levando o indivíduo a buscar formas para melhorar sua atual condição e possíveis danos futuros (BRYK et al., 2011; HERNANDEZ-MOLINA et al., 2008).

Existem várias intervenções terapêuticas aplicadas na prática clínica no tratamento da OA, tais como a cinesioterapia, a crioterapia, a hidroterapia, termoterapia e a eletroterapia, com benefícios em diminuição dos sintomas e melhora na força muscular (FACCI; MARQUETTI e COELHO, 2007; MARQUES e KONDO, 1998; SANCHEZ et al., 2007). Entretanto, é fundamental que o tratamento não se baseie somente no atendimento clínico (FACCI; MARQUETTI e COELHO, 2007; MARQUES e KONDO, 1998).

Por compor um número significativo de aspectos na sua sintomatologia, o tratamento da OA, deverá ser baseado não somente na melhora dos sintomas, mas minimizar o maior número possível de deformidades, através de programas de tratamento que impeçam sua progressão (FACCI; MARQUETTI e COELHO, 2007). Desse modo, orientações domiciliares quando bem indicadas podem prevenir ou diminuir a perda da função (BIASOLI e IZOLA, 2003).

Conforme Coimbra et al. (2002), para o manejo da OA é recomendado além do atendimento clínico, orientação sobre a doença e seus aspectos funcionais, motivação, envolvimento e colaboração do indivíduo no tratamento, além de estimular o paciente para praticar atividade esportiva melhorando o condicionamento físico. Também são muito recomendadas as orientações quanto à postura nas atividades de vida diária e movimentos que evitem o aumento da dor, pois, a orientação é fator integrante no tratamento da OA. Mascarenhas et al. (2010) ressaltam a importância da adoção de medidas que possam conservar e poupar as articulações, dentre elas, mudanças no ambiente domiciliar evitando movimentos

que possam aumentar o padrão patológico. Portanto, é importante equilibrar, planejar e organizar as ocupações cotidianas com pausas para descansos a fim de conservar energia, diminuindo assim, a dor e a fadiga (NOORDHOEK e LOSCHIAVO, 2005).

O tratamento baseado em orientações ao paciente com OA agrupa aspectos que melhoram o condicionamento físico, evita movimentos que aumentem o estresse articular, prescreve exercícios terapêuticos em casa orientados pelo fisioterapeuta (SILVA e GARCIA, 2006). De acordo com Biasoli e Izola (2003), instruir e conscientizar o paciente sobre a doença é um dos principais objetivos no tratamento da OA. Assim, a avaliação deve ser completa, desde a intensidade da dor, deformidades e articulações afetadas, incluindo aspectos afetivos e socioeconômicos. Todos são de extrema importância para desenvolver o tratamento e as orientações que serão dadas ao paciente.

Para Radrigán (2008), a orientação ao indivíduo, é muito importante nas doenças crônicas, assim como as informações sobre a redução dos sintomas relacionados à OA, em especial no caso da dor. Porém, é um processo complexo, visto que, dependem da compreensão, disciplina e mudança de hábitos. Não obstante, a utilização da orientação domiciliar como intervenção pode encontrar obstáculos na medida em que não forem feitas corretamente pelo paciente, já que, não estão sendo supervisionadas diariamente pelo profissional (PINTO; MEIRELLES e FARINATTI, 2003). Portanto, o fisioterapeuta desempenha um papel indispensável no processo de educação do paciente, assim como na aprendizagem das informações (BIASOLI e IZOLA, 2003).

De acordo com Marques e Kondo (1998) a implantação de orientações como terapêutica da OA pode impedir a instalação de deformidades, reduzirem a dor e conseqüentemente obter maior ganho funcional. Logo, poderá evitar maior número de consultas, uso de medicamentos e favorecer o paciente com maior disponibilidade de tempo (IBGE, 2009; PINTO; MEIRELLES e FARINATTI, 2003).

A literatura apresenta diversos estudos sobre a efetividade das intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da OA, entretanto estudos utilizando abordagens educativas domiciliares sobre a doença, ainda são escassos.

Assim, a importância do presente estudo consiste no fato de que a orientação domiciliar ao paciente portador de OA pode contribuir para a sua reabilitação.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar os resultados da orientação para casa, na melhora da dor, no paciente portador de OA.

## **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### **3.1 Casuística**

Neste estudo foram utilizados os prontuários dos pacientes que participaram do Grupo de Orientação do setor de Reumatologia do Curso Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro, atendidos no período de 2008 a 2010 e que apresentaram diagnóstico de OA.

A referida pesquisa, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 04817012.0.0000.0081) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santo Amaro, em 30/08//2012 (ANEXO A).

Assim, segundo Marques e Peccin (2005), a presente pesquisa teve como delineamento um estudo retrospectivo.

O Grupo de Orientação foi inicialmente, constituído por 89 indivíduos. No entanto foram incluídos no estudo 48 prontuários dos pacientes com diagnóstico de OA que estiveram com a EVA corretamente preenchida na primeira e na segunda avaliação. Ainda como critério de inclusão, os prontuários deveriam apresentar as anotações sobre indicações e realizações de orientações para casa.

Como critérios de exclusão, não participaram da pesquisa, os prontuários que apresentaram diagnóstico clínico de múltiplas patologias.

### **3.2 Métodos**

No presente estudo foram selecionados os prontuários dos pacientes portadores de OA e tabelados os dados referentes ao local da patologia, idade e gênero do paciente, realização da orientação e valor numérico da EVA na primeira e na última sessão (ANEXO B). O referido Grupo de Orientação foi criado, devido à extensa lista de espera de pacientes para o tratamento de fisioterapia em reumatologia. Estes pacientes receberam apenas dois atendimentos no espaço de quinze dias: uma sessão com avaliação da OA, seguida de orientações para serem

realizadas pelo paciente, em domicílio, e a segunda sessão, composta por uma reavaliação do estado do paciente e revisão para conferir se as orientações estavam sendo bem realizadas.

Na primeira sessão foram colhidas as informações para identificação do paciente, história da moléstia, localização da OA, e feita análise da intensidade da dor a partir da Escala Visual Analógica (EVA), sem que o paciente tivesse acesso ao valor numérico da escala (ANEXO B). Em seguida eram dadas orientações domiciliares sobre a doença tais como: exercícios de alongamentos, exercícios pendulares, exercícios isométricos; orientações em casa para reduzir a dor e evitar o aumento das deformidades, como proteção articular e conservação de energia; uso de compressa fria ou quente, banho de contraste; orientações ergonômicas; uso de calçados adequados e bengalas; caminhadas e controle do peso corporal, assim como instruções para realizá-las corretamente.

Os pacientes foram reavaliados após o período de duas semanas e novamente analisada a intensidade da dor (EVA). Também foram questionados se haviam executado as orientações em casa.

O critério básico de avaliação deste estudo foi a dor, determinada a partir das faces expressivas da EVA, numeradas de zero a dez, onde o paciente registra a face que melhor representa a dor que está sentindo naquele momento (ANEXO B). Segundo Andrade; Pereira e Sousa (2006), esta escala é de fácil entendimento e uma ferramenta de caráter autêntico em avaliação de estados subjetivos como a dor.

### 3.3 Análise Estatística

Para a análise da variável quantitativa (idade), foi realizado o cálculo dos valores mínimo e máximo, da média, desvio-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas, “diagnóstico médico” e “queixa principal”, calcularam-se frequências absolutas e percentuais. Essas variáveis, por serem descritivas, possuem especificidades como “Joelho Direito”, “Tornozelo Esquerdo”, etc. Por isso foram agrupadas em outra variável, “artificial” qualitativa mais abrangente, por exemplo, “Joelho Esquerdo” e “Joelho Direito” denominaram-se apenas “Joelho”.

As médias das pontuações atribuídas na EVA foram analisadas utilizando-se o teste *t-Student*. Para comparação entre dados contínuos das duas pontuações, a análise de variância (ANOVA) foi usada para estabelecer onde havia diferença significativa entre diferentes pontuações de dor no EVA1 (primeira sessão) e no EVA2 (última sessão). Para comparar as pontuações da dor foi utilizado o teste de *Wilcoxon* pares-pareados.

As pontuações de intensidade de dor na EVA1 (primeira sessão) e no período posterior de quinze dias corridos durante a EVA2 (última sessão) foram a base para os testes estatísticos aplicados.

Para comparação das pontuações entre os dois períodos (EVA1) e (EVA2) do estudo, foram empregadas provas não paramétricas, devido ao fato de não ser possível assegurar a forma de distribuição da amostra de estudo. Além disso, também foram consideradas as pontuações dos pacientes como dados propriamente numéricos. Através desta prova pôde-se verificar se havia diferença significativa nas pontuações de intensidade de dor da passagem do EVA1 para a EVA2 e qual o sentido das diferenças.

A alteração da intensidade de dor na EVA1 para a EVA2 foi avaliada através das pontuações da EVA, mediante a alteração e não nas médias de pontuação de dor. As hipóteses testadas com essa prova eram de que a alteração da intensidade de dor na EVA1 para a EVA2 demonstraria uma melhora da intensidade de dor e, conseqüentemente, a diminuição da média da pontuação desta.

A análise dos dados se realizou mediante o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS<sup>release 18</sup>) e o Microsoft<sup>®</sup> Excel 2010.

## 4 RESULTADOS

Os dados obtidos foram tabulados e analisados estatisticamente, de acordo com a comparação da EVA de cada prontuário, entre a 1ª e a 2ª sessão. Em seguida, foram verificados idade e gênero dos pacientes, local da OA e realização das orientações em casa.

Em todos os testes foi fixado em 0,05 ou 5% o nível para a rejeição da hipótese de nulidade.

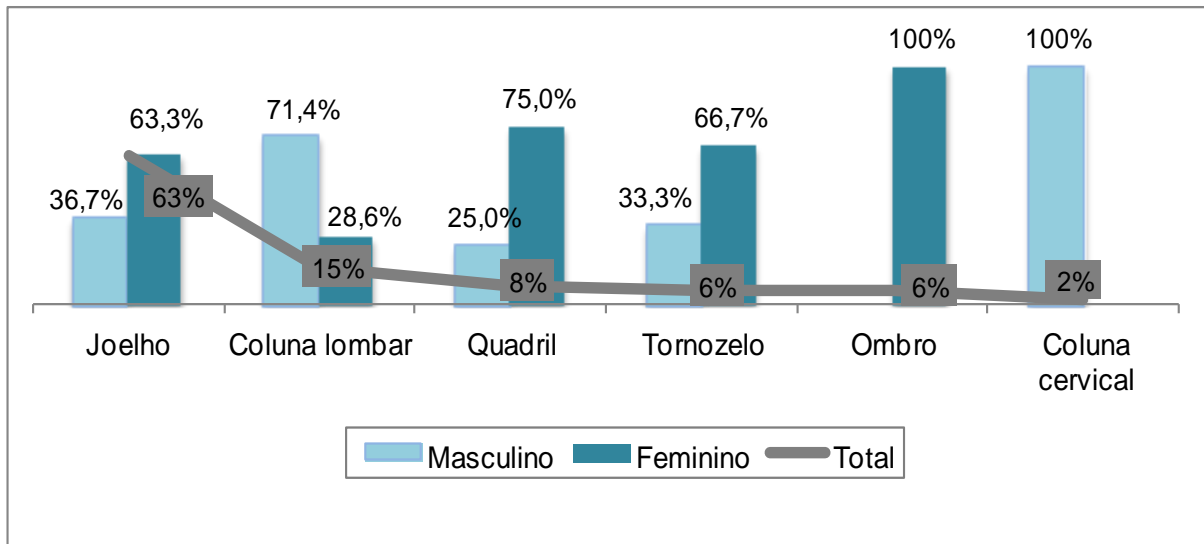
Participaram do estudo 89 prontuários, entretanto 41 foram excluídos da pesquisa, sendo 21 por apresentarem múltiplas patologias, e 20 por não comparecerem no último atendimento. Assim, a amostra foi composta por apenas 48 prontuários selecionados de acordo com os critérios de inclusão descritos no subitem 3.1. Destes, 20 eram do gênero masculino e 28 do gênero feminino. Dos 48 pacientes avaliados, a média de idade foi de  $60,92 \pm 11,50$  anos, variando de 38 a 83 anos. Os indivíduos do gênero masculino apresentaram média de idade de  $55,65 \pm 12,75$  anos, enquanto as mulheres, a média foi de  $65,0 \pm 9,36$  anos. Os dados foram analisados e demonstrados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Característica da amostra.**

Características								
Gênero	n	%	Média de Idade (DP)	Faixa Etária				
				<= 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	>= 80
Masculino	20	41,67	$55,65 \pm 12,75$	6	8	2	3	1
Feminino	28	58,33	$65,0 \pm 9,36$	2	5	11	8	2
Total	48	100	$60,92 \pm 11,5$	8	13	13	11	3

DP = desvio padrão; n = número de pacientes.

Foi observado nesta amostra que o maior acometimento é na articulação do joelho e entre os indivíduos do gênero feminino, onde os dados estão demonstrados no gráfico 1.



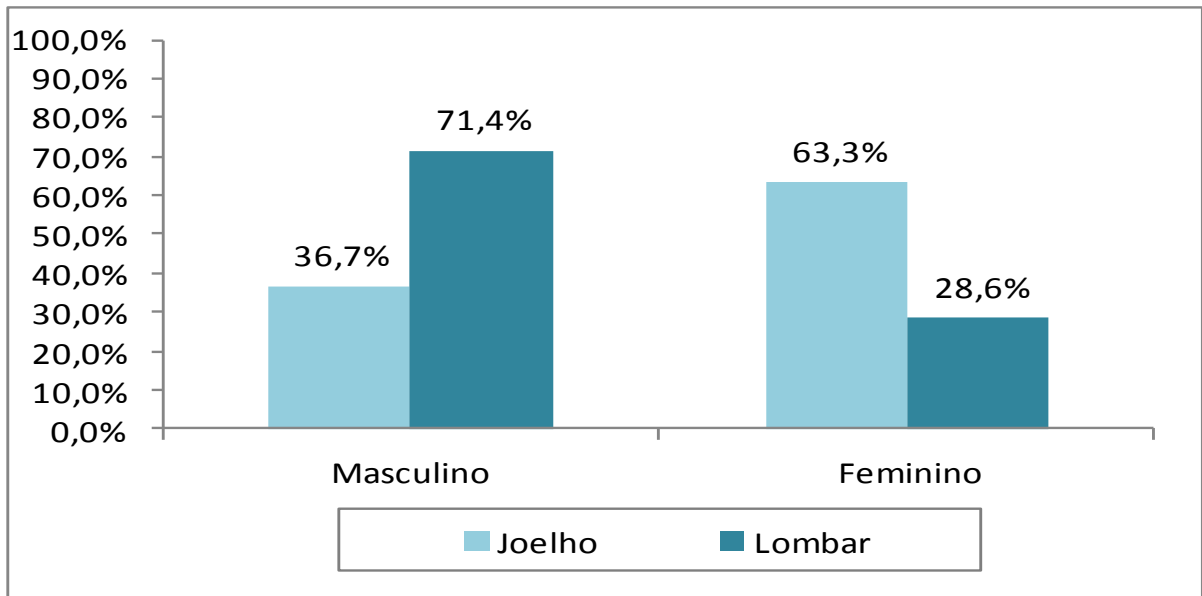
**Gráfico 1-** Diagnóstico Médico, local da OA e gênero.

A predominância de queixas principais em relação a dores no joelho é de 65% (n=31) não coincidindo com a predominância dos diagnósticos médicos 63% (n=30) de OA nos joelhos, por apresentar um paciente com OA de quadril, porém com queixa de dor nos joelhos como demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2 -** Região da dor referida pelos pacientes.

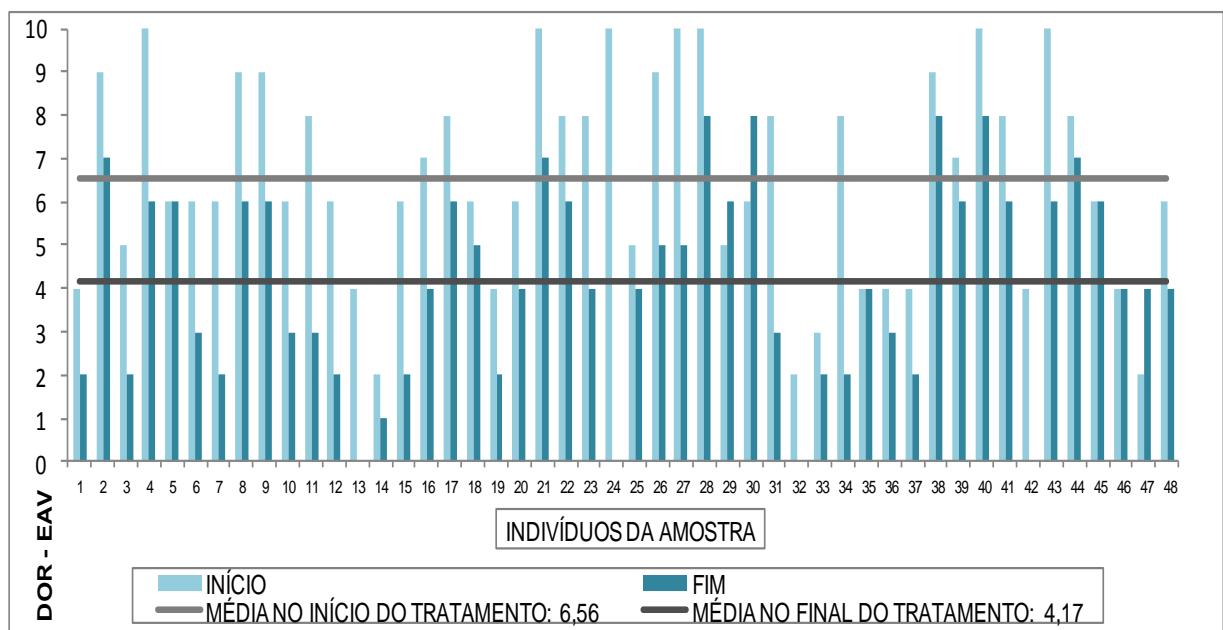
	Joelho	Coluna Lombar	Quadril	Ombro	Tornozelo	Coluna Cervical	Pé
Nº Pacientes	31	7	3	3	2	1	1
Percentual	65%	15%	6%	6%	4%	2%	2%

Entre os diagnósticos mais recorrentes, está a OA de joelho e de coluna lombar. A OA de joelho acometeu 63,3% das mulheres e 36,7% dos homens; enquanto a OA de coluna lombar afetou 71,4% dos homens e 28,6% das mulheres.



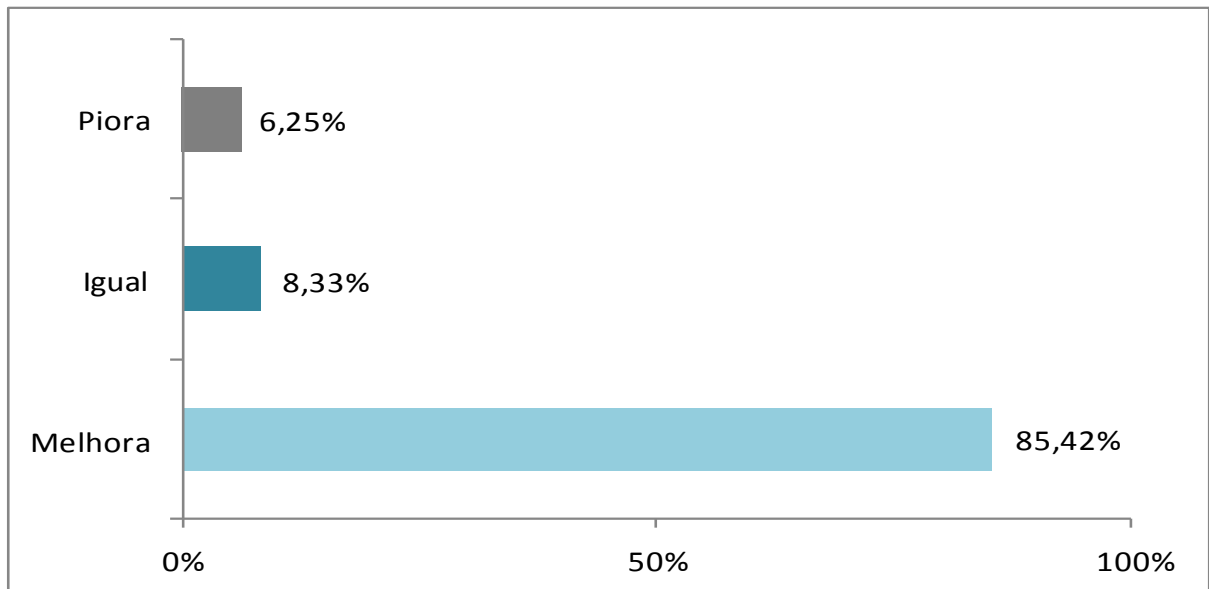
**Gráfico 2** – Acometimentos de OA mais recorrentes de acordo com o gênero.

Ocorreram diferenças consideradas estatisticamente significantes com  $p < 0,05$  com relação às médias atribuídas à EVA, entre o primeiro e último atendimento. Os valores da média e desvio-padrão estão detalhados no gráfico 3, indicando os valores de medida da intensidade da dor, no início e final do tratamento de todos os indivíduos da amostra. Além disso, a média da EVA2 ( $4,17 \pm 2,31$ ) quantificada no último atendimento é menor, quando comparada à EVA1 ( $6,56 \pm 2,39$ ), o que condiz com os resultados propostos. O resultado evidenciou redução, ou seja, melhora da dor na EVA1 para EVA2 num percentual de 36%.



**Gráfico 3** – Intensidade de dor na EVA na primeira e na última sessão.

Através da diferença entre EVA2 e EVA1 calculada para cada paciente, obteve-se o índice de alteração da intensidade de dor com resultados apresentados como é ilustrado no gráfico 4.



**Gráfico 4** – Percentual de pacientes que apresentaram melhora, piora ou mantiveram a mesma intensidade de dor no início e no final do tratamento.

Dos 48 pacientes avaliados 41 apresentaram melhora da intensidade de dor e 7 tiveram piora ou mantiveram a mesma intensidade entre a EVA1 e EVA2.

## 5 DISCUSSÃO

A amostra da presente pesquisa se caracterizou por maior predominância de OA em indivíduos do gênero feminino (58,3%) com média de idade de 65 anos. Estes dados corroboram com o estudo de Batista; Pedott e Wiberlinge (2012) sobre a prevalência de OA em idosos, no qual, aponta um aumento do percentual de mulheres (88,2%) afetadas pela OA. Também um estudo realizado no Canadá em 2010 com um programa de auto-cuidado na OA, a maioria dos participantes era do gênero feminino (ZHANG e JORDAN, 2010). O maior percentual feminino, neste estudo, também pode ser atribuído ao fato da população idosa ser composta, sobretudo, por mulheres, e estas procurarem com maior frequência os serviços de saúde. Dados do IBGE (2007) apontam o percentual de mulheres idosas (55,9%) maior que o dos homens (44,1%). Acredita-se que o fato das mulheres serem mais acometidas é devido aos baixos níveis hormonais, já que a incidência aumenta com idade, período em que os níveis estrogênicos decaem deixando de exercer sua função condroprotetora. Outras razões seriam fraqueza muscular, menor volume da cartilagem sinovial em comparação com o gênero masculino e a obesidade. Também a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, do IBGE (2003) indica que 13% das mulheres eram obesas.

Podemos observar que a idade é um fator importante, visto que, grande maioria dos pacientes do gênero feminino se apresenta na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto o masculino está mais presente na faixa etária de 50 a 59 anos, o que corrobora com os dados do IBGE (2007) onde foi encontrado o percentual de 57,4% de idosos nessa faixa etária.

O joelho foi a articulação mais atingida com percentual (63,3%) bastante expressivo nas mulheres. No estudo realizado por Zhang et al. (2001), comparando a prevalência de OA entre asiáticos e americanos, verificou que patologia é mais frequente na articulação do joelho, no gênero feminino e em idosos com idade entre 60 e 69 anos. Em outro estudo realizado no Brasil apontou o joelho responsável por 35% dos casos (SENNA et al., 2004), o que mostra concordância com o presente estudo.

Embora a literatura pesquisada refira que os homens são afetados no quadril, os resultados deste estudo diferem. Os homens eram mais afetados nos joelhos,

seguida pela OA na coluna lombar. Segundo Srikanth et al. (2005), indivíduos do gênero masculino com idade inferior a 55 anos tem maior probabilidade para desenvolver OA na coluna cervical. Acredita-se que, a explicação para essas diferenças seriam decorrentes de fatores ocupacionais, sobrecarregando diferentes articulações de acordo com a função exercida, predispondo ao seu desenvolvimento.

A dor é o principal sintoma e a queixa mais freqüente nesses indivíduos, e uma das razões que os leva a procurar pelo alívio. No presente estudo, os pacientes apresentaram melhora significativa nos níveis de dor ( $p < 0,05$ ) com orientações domiciliares. No estudo de O'Reilly et al. (1999), indivíduos com AO de joelhos, foram divididos em grupo controle, sem intervenção, e outro grupo que recebeu explicações sobre a anatomia do joelho, o uso de calçados e orientações domiciliares de exercícios para OA de joelho durante 06 meses. No final do estudo a dor foi reduzida em 22,5% no grupo que realizou as orientações a domicílio e em 6,2%, no grupo controle.

No estudo de Thomas et al. (2002), que avaliou a eficácia de orientações sobre a OA, os pacientes foram divididos em quatro grupos. Um realizava apenas exercícios; outro recebia orientações através de telefone; exercícios e contato telefônico e finalmente um sem intervenção. Ao final de 06 meses, ocorreu redução significativa da intensidade de dor ( $P = 0,001$ ) no joelho do grupo que combinou exercícios e contato telefônico, além da melhora da rigidez e capacidade funcional. O estudo também mostra a importância do contato do paciente com o fisioterapeuta nesse tipo de intervenção, pois facilita o aprendizado e conseqüentemente melhora os resultados. Já no estudo de Weinberg et al. (1989), baseado em apenas informações e cuidados sobre a OA, diferindo somente no método de como as orientações eram dadas: por contato telefônico, somente atendimento convencional e ambos. Nos pacientes contatados via telefone, houve um melhor resultado na intensidade da dor em relação àqueles que receberam apenas a intervenção clínica.

Para *The european league against rheumatism (EULAR) Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT)* (PENDLETON, A et al, 2000; ZHANG et al. 2005) e a *Osteoarthritis Research Society International (OARSI)* (ZHANG et al. 2009), a educação incluindo exercícios regulares e perda de peso deve fazer parte do tratamento da OA. O estudo sugere que intervenções onde ocorra redução de forças mecânicas, são benéficas, e podem ser feitas no ambiente

domiciliar supervisionadas por um profissional capacitado. Nesse estudo todas as intervenções citadas foram utilizadas, colaborando assim para o sucesso do estudo com resultados satisfatórios. No Brasil, em estudo realizado em 2003 com reumatologistas sobre orientações não farmacológicas para o tratamento da OA de joelho e quadril, 94,9% indicaram perda de peso e em seguida a reabilitação (87%) com analgesia, proteção articular e fortalecimento de quadríceps (MEDEIROS et al, 2006). Nesse contexto percebe-se que o Brasil tem uma aceitação desses tipos de programas, mas não são usados como intervenções diretas. Nos Estados Unidos e Europa, esses programas já são amplamente oferecidos à população com resultados positivos (O'REILLY et al. 1999; OSBORNE, BUCHBINDER e ACKERMAN, 2006; THOMAS et al. 2002).

No estudo de Buszewic et al. (2006), para avaliar um programa de prevenção em pacientes como OA de joelho e quadril, um grupo recebeu orientações de um fisioterapeuta e um manual de instruções, enquanto o outro recebeu apenas o manual contendo explicações sobre exercícios, proteção articular, dentre outros. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos na redução da dor e rigidez. Entretanto, Warsi et al. (2003), defendem que os programas de educação em OA produz pequena redução na intensidade de dor e incapacidade funcional, mas que esse método de tratar é de baixo custo e alcança um grande número de indivíduos. Uma vez que, utiliza ferramentas para que os pacientes assumam ativamente o controle sobre os sintomas, em especial a dor e seu bem-estar em geral. Também é importante ressaltar que atividades em grupo são benéficas para pacientes com doenças crônicas, pois há troca de informação, apoio mútuo entre os indivíduos e facilidade no aprendizado.

Os resultados de Mendeson; McCullough e Chan (2010) e Mazzuca et al. (1999), mostraram que orientações individualizadas diminuem a dor em pacientes com OA, e reduzem notadamente os gastos com atendimentos ambulatoriais e outros custos como medicamentos. Os resultados satisfatórios, encontrados nas orientações domiciliares propostas pelos estudos acima relatados, ressaltam a importância desse tipo de orientação ao paciente portador de OA. Igualmente, no presente estudo, o programa de orientações domiciliares apresentou resultados satisfatórios, pois 85,42% da amostra apresentaram melhora da dor, após as orientações domiciliares. Além disso, ao se comparar as intensidades da dor na primeira sessão de orientação (EVA1) com a segunda sessão de reavaliação

(EVA2), após 15 dias de realizações das referidas orientações, foi possível constatar que ocorreu uma diminuição da dor em 36%, ou seja, ocorreu significativa melhora da intensidade da dor na EVA2 ( $p < 0,05$ ).

Vale ressaltar que as referidas orientações fisioterapêuticas domiciliares, não acrescentam custos adicionais e são facilmente compreendidas e realizadas pelos pacientes. Tais orientações, também podem diminuir os gastos no setor público de saúde com intervenções clínicas; proporcionar aos indivíduos liberdade de horários para execução das orientações propostas; reduzir os gastos com transporte; minimizar a progressão da doença, melhorar a capacidade funcional e promover assim, melhorias na qualidade de vida. Além disso, o presente estudo constatou que as orientações domiciliares contribuem para reduzir o tempo que os indivíduos permanecem, sem tratamento, na lista de espera dos serviços de fisioterapia.

## 6 CONCLUSÃO

Baseado nos resultados obtidos parece lícito concluir que a orientação domiciliar é uma conduta muito eficaz no auxílio ao tratamento de indivíduos com diagnóstico de OA.

Na presente pesquisa, a comparação entre as EVAs antes e após as realizações das orientações fisioterapêuticas domiciliares, demonstrou que a dor teve diminuição estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) nos indivíduos que receberam e realizaram a orientação domiciliar.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Francisco A.; PEREIRA, Lilian V.; SOUSA, Fátima A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.271-6, mar./abr. 2006.

ARCANJO, Giselle Notini; VALDÉS, M. Teresa Moreno; SILVA, Maria Magalhães da. Percepção sobre a qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2145-54. 2008.

BATISTA, Juliana Secchi; PEDOTT, Daniele; WIBELINGER Lia Mara. Avaliação das condições de saúde de idosos portadores de osteoartrite em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 311-20, jul./set. 2012.

BIASOLI, Maria Cristina; IZOLA, Laura Nascimento Tavares. Aspectos Gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 133-6, mar. 2003.

BRYK, Flávio Fernandes et al. Efeito imediato da utilização da Joelheira elástica em indivíduos com osteoartrite. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 434-46, jul. 2011.

BUSZEWICZ, Marta et al. Self-management of arthritis in primary care: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 333, n. 879, p. 1-5, out. 2006.

COIMBRA, Ibsen Bellini et al. Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 371-4, nov./dez. 2002.

FACCI, Ligia Maria; MARQUETTI, Renata; COELHO, Kelley Cristina. Fisioterapia aquática no tratamento da osteoartrite de joelho: série de casos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 17-27, jan./mar. 2007.

FIGUEREDO NETO, Esmeraldino Monteiro; QUELUZ, Thais Thomaz; FREIRE, Beatriz Funayama Alvarenga. Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 539-9, ago. 2011.

HERNANDEZ-MOLINA, Gabriela et al. Effect of Therapeutic Exercise for Hip Osteoarthritis Pain: Results of a Meta-Analysis. **Arthritis & Rheumatism**, Atlanta, v. 59, n. 9, p. 1221-28, set. 2008

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Rio de Janeiro, 2009.152 p.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Síntese de Indicadores: População residente por grandes regiões segundo o sexo e os grupos de idade. Rio de Janeiro, 2007. 182 p.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Distribuição da população residente por grandes regiões segundo o sexo e os grupos de idade. Rio de Janeiro, 2003. 150 p.

IWAMOTO, Jun et al. Effectiveness of exercise for osteoarthritis of the knee: A review of the literature. **World Journal of Orthopedics**, Hong Kong, v. 2, n. 5, p. 37-2, jan./mai. 2011.

LEITE, Alice Abath et al. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Recife, v. 51, n. 2, p. 118-23, fev./ jan. 2011.

MARQUES, Amélia Pasqual; KONDO Akemi. A fisioterapia na osteoartrose:Uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 83-90, mar./abr. 1998.

MARQUES, Amélia Pasqual; PECCIN, Maria. Stella. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.11, n. 1, p.43-8, jan./abr. 2005.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira et al. Avaliação funcional de idosas com osteoartrite de joelho submetidas ao tratamento fisioterapêutico. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 2, p. 254-66, abr./jun. 2010.

MATOS, Denise Regina; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Qualidade de vida e envelhecimento: Questões específicas sobre osteoartrite. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 511-18, jul./set. 2009.

MAZZUCA, Steven A. et al. Reduced Utilization and cost of primary care clinic visits resulting from self-care education for patients with osteoarthritis of the knee. **Arthritis & Rheumatism**, v. 42, n. 6, p. 1267-73, jun. 1999.

MENDELSON, A. D.; MCCULLOUGH C.; CHAN A. Integrating self-management and exercise for people living with arthritis. **Oxford Journals**, v 26, n 1, p. 167-77, out. 2010.

NARANJO, Júlío César Sánchez; ZAPATA, Diego Fernando Lopéz. Fisiopatología celular de La osteoartritis: el condrocito articular como protagonista. **Iatreia revista Médica Universidad Antioquia**, Medellín, v. 24, n. 2, p. 167-78, jun./ago. 2011.

NOORDHOEK, Johanna; LOSCHIAVO, Fabricia Quintão. Intervenção da terapia ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 242-44, jul./ago. 2005.

O'REILLY, Sheila C. et al. Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 58, n. 1, p. 15-9, 1999.

OSBORNE, Richard H.; BUCHBINDER, Rachele; ACKERMAN, Ilana. Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis?. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 90, n. 7, p. 1-10, nov. 2006.

PENDLETON, A et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 59, n. 12, p. 936-44, 2000.

PETRELLA, Marina et al. Parâmetros do controle postural em mulheres idosas com ou sem histórico de quedas associadas ou não à osteoartrite de joelhos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 507-17, mai. 2012.

PINTO, Vivian. L. M.; MEIRELLES, Luisa. R.; FARINATTI, Paulo T. V. Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arteriale variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 5, p. 267-74, set./out. 2003.

POLLETO, P. R. et al. Correlação entre métodos de auto-relato e testes provocativos de avaliação da dor em indivíduos portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 223-29, fev./jul. 2004.

RADRIGÁN, Francisco. Educación em Osteoartritis. **Revista Chilena de Reumatología**, Santiago, v. 24, n. 3, p. 143-5. 2008

RICCI, Natália Aquaroni; COIMBRA, Ibsen Bellini. Exercício Físico como Tratamento na Osteoartrite de Quadril: uma Revisão de Ensaio Clínico Aleatório Controlado. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 273-80, jul./ago. 2006.

ROSIS, Roberta G. de; MASSABKI, Paulo Sérgio; KAIRALLA, Maísa. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 101-8, fev. 2010.

SANCHEZ, Fernanda Figuerôa et al. Cinesioterapia como tratamento para osteoartrite no joelho. **Revista Científica das Faculdades Adamantinenses Integradas**, Adamantina, v. 4, n. 2, p. 32-6, jul./dez. 2007.

SENNA, Érica Rodrigues et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. **The journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, n. 3, p. 594-97, mar. 2004.

SILVA, Adriana Lúcia Pastore; IMOTO, Daniela Mayumi; CROCI, Alberto Tesconi. Estudo comparativo entre a aplicação de crioterapia e ondas curtas no tratamento da osteoartrite de joelho. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 204-9, ago./set. 2007.

SILVA, Andressa et al. Efeito de exercícios terapêuticos no equilíbrio de mulheres com osteoartrite de joelho: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-9, jan./fev. 2012.

SILVA, Magda Danelluci da; GARCIA, Rosamaria Rodrigues. Abordagem fisioterapêutica em pacientes com osteoporose e osteoartrose associadas: uma revisão literária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 8, p. 57-4, ago./out. 2006.

SKARE, Thelma Larocca. **Reumatologia**: princípios e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 269-76.

SRIKANTH, Velandai K. et al. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 13, n. 9, p. 769-81, set. 2005.

THOMAS, K. S. T et al. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. **BMJ**, Bethesda, v. 325, n. 7367, p. 1-5, out. 2002.

VASCONCELOS, K. S. S.; DIAS, J. M. D.; DIAS, R. C. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 10, p. 213-18, mar./dez. 2006.

WARSI, Asra et al. Arthritis self-management education programs: A meta-analysis of the effect on pain and disability. **Arthritis & Rheumatism**, v. 48, n. 8, p. 2207-13, ago. 2003.

WEINBERG, Morris et al. Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status?. A randomized, controlled trial. **Arthritis & Rheumatism**, v. 32, n. 12, dez. 1989.

WILLIAMS; A. C. de C. et al. Evaluation of a cognitive behavioural programme rehabilitating patients with chronic pain. **British Journal of General Practice**, Bethesda, v. 43, n. 377, p. 513-18, dez. 1993.

WOLFF, Roberta Bastos et al. Aspectos moleculares dos esteroides sexuais sobre a cartilagem e os ossos. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 493-7, mai. 2012.

YENG, Lin Tchia et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 80. Ed.esp. pt. 1, p. 443-73, 2001.

ZHANG, W. et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 64, n. 5, p. 669-81, set./out. 2005.

ZHANG, W. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritisPart III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 18, p. 476-99, jan. 2009.

ZHANG, Yuqing; JORDAN, Joanne M. Epidemiology of Osteoarthritis. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n. 3, p. 355-69, ago. 2010.

ZHANG, Yuqing et al. Comparison of the Prevalence of Knee Osteoarthritis Between the Elderly Chinese Population in Beijing and Whites in the United States. **Arthritis & Rheumatism**, v. 44, n. 9, p. 2065-71, set. 2001.

**ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE DE SANTO  
AMARO - UNISA



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** ORIENTAÇÃO DOMICILIAR AO PACIENTE PORTADOR DE OSTEOARTRITE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 04817012.0.0000.0081

**Pesquisador:** NILDE BUROCCHI RIBAS D'AVILA

**Instituição:** Universidade de Santo Amaro - UNISA

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 86168

**Data da Relatoria:** 30/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende verificar o papel da orientação domiciliar para o paciente com AO. O presente trabalho realizará um estudo com os protocolos de pacientes, do período de 2008 à 2010, que receberam dois atendimentos de orientação domiciliar no Grupo de Estudos em Reumatologia, do curso de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro. Os prontuários serão analisados quanto ao aspecto dor, por meio da Escala Analógica Visual(EAV), avaliada no primeiro e no segundo,e último, atendimento de orientação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os resultados da orientação para casa, na melhora da dor, no paciente portador de osteoartrite.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa não apresenta problema ético.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está tudo certo. Os documentos estão adequados.

#### Recomendações:

Sem recomendações éticas.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

**Endereço:** Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

**Bairro:** Jardim das Imbuías

**CEP:** 02.450-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)2141-8687

**E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO  
AMARO - UNISA



**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 30 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
Celso Ferreira Filho

**Endereço:** Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

**Bairro:** Jardim das Imbuías

**CEP:** 02.450-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)2141-8687

**E-mail:** [pesquisaunisa@unisa.br](mailto:pesquisaunisa@unisa.br)

**ANEXO B – Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica**

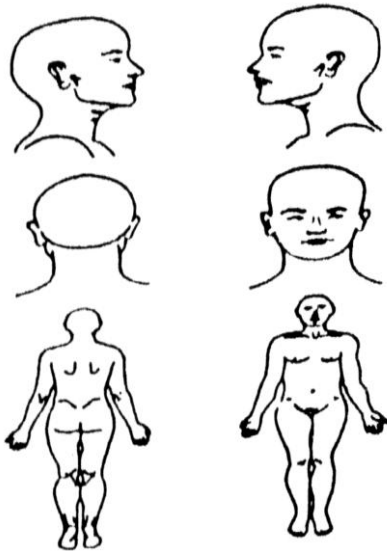
**FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA REUMATOLÓGICA****Profa. Ms. Nilde Burocchi Ribas D'Avila (2008).****Nome:** \_\_\_\_\_**Idade:** \_\_\_\_\_ **Data Nasc:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Profissão** \_\_\_\_\_**Gênero:** Fem.(  ) **Masc.** (  ) **Nº de Filhos:** \_\_\_\_\_**Endereço:** \_\_\_\_\_**Tel res:** \_\_\_\_\_ **Tel vizinho:** \_\_\_\_\_ **Tel parente:** \_\_\_\_\_**Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_**Queixa Principal:** \_\_\_\_\_**Data do atendimento:** \_\_\_\_\_**Estado Geral:****Cognição:****História da Moléstia Atual:****Patologias associadas:****Patologias anteriores:****Medicamentos utilizados:**

**Avaliação radiológica:**

**Cirurgias:**

**DOR:**

**LOCAL(IS)**



**com irradiação:**

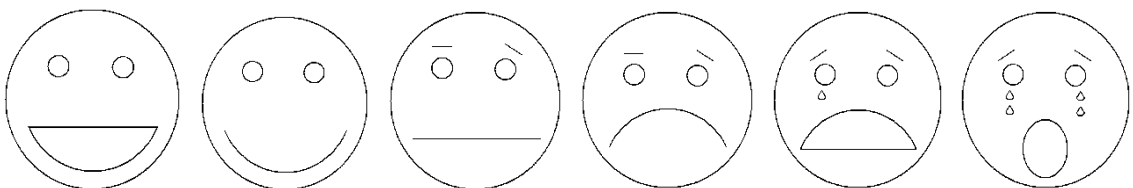
**tipo:**

**freqüência:**

**Classificação**

**SEM DOR**

**DOR MÁXIMA**



**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Local (is)****Edema:****Trofismo:****Sensibilidade:****ADM:****Encurtamento muscular:****Força muscular:****Presença de deformidades:****Principais alterações posturais:****Equilíbrio:****Marcha:****Habilidades Adaptativas:****AVDs:****Atividades de recreação e lazer:****Atividade vocacional:****Outras atividades:****Sono:****duração:****Função afetiva:****Fadiga:****Objetivo(s) do tratamento:****Conduta/Orientação para casa:**