

OS ASPECTOS EMOCIONAIS E MENTAIS DE IDOSAS PODEM SER INFLUENCIADOS PELA OSTEOARTRITE DE JOELHO?

Ingrid Kelly Silva de Macêdo (1); Amanda Patrícia de Souza Amorim (1); Ana Beatriz da Costa Rodrigues (1); Bruna Rocha Rodrigues (1); Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva (1); Francis Trombini-Souza (1).

1 Departamento de Fisioterapia, Universidade de Pernambuco – UPE Campus Petrolina, Petrolina, PE, Brasil.

E-mail: francis.trombini@upe.br; kellynhamacedoh@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma doença articular crônica, caracterizada por dor e incapacidade funcional¹, que surge geralmente de forma insidiosa, progressiva e lenta. A OA é a forma mais comum entre as artrites, acometendo principalmente a articulação do joelho, com maior prevalência em idosos acima de 70 anos.²

A dor persistente causado pela OA leva os pacientes a apresentarem efeitos negativos sobre o humor, participação social, atividades recreativas e qualidade do sono, bem como transtornos mentais como ansiedade, depressão e estresse.³

Diversos estudos já vêm demonstrando uma relação entre a OA e o estado de humor dos pacientes acometidos por essa doença. Entretanto, a definição dos grupos de acordo com os comprometimentos osteoartrosicos do joelho é feito com base nos aspectos radiográficos, utilizando os critérios radiográficos.⁴

No que tange aos aspectos algicos, funcionais e de rigidez articular da OA de joelho, o questionário *Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis* (WOMAC) tem sido usado para esse tipo de avaliação. No entanto, não existem pontos de corte para os escores dos domínios de dor, função e rigidez desse questionário, utilizando-se neste caso, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O objetivo do presente estudo foi analisar a influência da dor, disfunção musculoesquelética e OA de joelho sobre os aspectos emocionais e mentais de idosas. Os objetivos secundários foram avaliar e analisar os aspectos emocionais e mentais de idosas levando em consideração: (i) apenas o diagnóstico radiográfico e (ii) os aspectos algicos e funcionais do questionário WOMAC categorizados pelos pontos de corte apresentado pela CIF.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento e aspectos éticos

Realizamos um estudo transversal de base populacional, por meio da aplicação de questionários a idosas com e sem OA femorotibial radiográfica recrutadas em postos de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de convivência e atividade física para idosos, igrejas, parques e praças da cidade de Petrolina – PE.

Os critérios de elegibilidade para participação neste estudo foram: (i) sexo feminino; (ii) idade superior a 60 anos⁵; (iii) OA femorotibial medial ao raio-X; (iv) não ter diagnosticada OA de quadril e/ou tornozelo, OA incapacitante, artrite inflamatória sistêmica ou artrite reumatoide em um ou ambos os joelhos⁶.

2.2 Avaliação e divisão da amostra

2.1.1 Avaliação do comprometimento da OA de joelho

Inicialmente, toda a amostra ($n = 65$) foi avaliada por meio de radiografia em plano ântero-posterior de ambos os joelhos segundo os critérios radiográficos Kellgren e Lawrence (Kellgren & Lawrence, 1957) e diagnosticada de acordo com os critérios do *American College of Rheumatology – ACR*.⁷

Depois de realizado o diagnóstico, realizamos a divisão da amostra de três formas diferentes, levando em consideração: (Estudo 1) a presença e a ausência da OA radiográfica de joelho; (Estudo 2) apenas a OA radiográfica, no qual a amostra apenas do GOA foi dividida com base no escore total do questionário WOMAC, com os valores de corte da CIF e (Estudo 3) toda a amostra, com e sem OA diagnosticada radiograficamente, dividida em quatro grupos, com base no escore total do questionário WOMAC, com os valores de corte da CIF. Nos estudos 2 e 3, a amostra foi dividida pelo escore total do WOMAC baseado nos valores de corte da CIF como: GN (nenhum comprometimento; 0 - 4%), GL (comprometimento leve; 5 - 24%), GM (comprometimento moderado; 25 - 49%), GS (comprometimento severo; 50 - 95%); comprometimento completo GComp (96 - 100%).

No estudo 1, o GOA foi composto por 43 idosas e o GC foi composto por 22 idosas sem OA do joelho. Os grupos não foram diferentes quanto à idade ($p = 0,234$), massa corporal ($p = 0,197$) e índice de massa corporal ($p = 0,790$) e o (IMC) ($p = 0,71$). Os grupos mostraram-se diferentes apenas para a estatura ($p = 0,007$).

No estudo 2 ($n = 43$), o GN foi composto por 4 idosas, o GL composto por 15 idosas, o GM formado por 20 idosas e o GS composto por 4 idosas. Os grupos não foram diferentes quanto à idade ($p = 0,573$), massa corporal ($p = 0,767$), estatura ($p = 0,181$) e índice de massa corporal ($p = 0,488$).

No estudo 3 ($n = 65$) o GN foi formado por 6 idosas, o GL composto por 25 idosas, o GM formado por 28 idosas e o GS foi composto por 6 idosas. Os grupos não foram diferentes quanto à idade ($p = 0,769$), massa corporal ($p = 0,683$), estatura ($p = 0,632$) e índice de massa corporal ($p = 0,489$).

2.1.2 Avaliação dos aspectos emocionais e mentais

Os aspectos emocionais e mentais das idosas (depressão, estresse e ansiedade) foram avaliados pela Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade em sua versão com 21 questões (DASS-21).⁸ A escala é dividida em 3 segmentos: a depressão, a ansiedade e o estresse, obtendo sete questões para cada segmento.

Análise estatística dos dados

O desfecho primário deste estudo foi o escore global da DASS-21 e os secundários foram: os escores de cada um dos domínios da DASS-21 (depressão, estresse e ansiedade), bem como os escores de cada um dos aspectos do questionário WOMAC (dor, função e rigidez articular). Utilizando o SPSS v.22 (IBM Co.), inicialmente testamos a normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov) e homocedasticidade (teste de Levene) dos dados.

3. RESULTADOS

3.1 Estudo 1

Ao levarmos em consideração as 65 idosas, divididas apenas pelo grau radiográfico entre os grupos com e sem OA de joelho, GOA e GC, respectivamente, não observamos diferença significativa para o desfecho primário.

3.2 Estudo 2

Os resultados do Estudo 2 apresentados na tabela 2 demonstram diferenças significativas entre GN e GS ($p = 0,033$), GL e GM ($p = 0,001$) e do GS ($p = 0,001$). Para a variável rigidez, o GN foi diferente do GS ($p = 0,048$), e o GL foi diferente do GM ($p = 0,009$) e do GS ($p = 0,001$). Para a variável função, o GN teve diferença significativa com o GM ($p < 0,001$) e do GS ($p < 0,001$), o GL foi diferente do GM ($p < 0,001$) e do GS ($p < 0,001$), e o GM foi diferente do GS ($p < 0,001$).

3.3 Estudo 3

Conforme demonstrado na tabela 3, podemos observar que em relação à dor do WOMAC, o GN foi diferente do GS, o GL foi diferente do GM e o GL foi diferente do GS. Para a variável rigidez articular, o GN foi diferente do GS, o GL foi diferente do GM e o GL foi diferente do GS. Para a variável função, o GN apresentou diferença significativa entre todos os grupos, o GL foi diferente do GM e do GS, e o GM foi diferente do GS.

Tabela 3 - Média (desvio padrão) e valores de p para os desfechos primários e secundários para as comparações entre os grupos GN, GL, GM e GS, considerando a amostra completa.

Variável	GN (n = 6) 9,2%	GL (n = 25) 38%	GM (n = 28) 43,1%	GS (n = 6) 9,2 %	Valor de p
DASS TOTAL	15,3 (17,3)	13,6 (10,2)	25,8 (11,5)	30,7 (6,5)	0,060*
Depressão	0,7 (1,0)	0,1 (0,3)	0,7 (0,8)	0,7 (0,5)	0,195**
Ansiedade	0,2 (0,2)	0,2 (0,5)	0,7 (0,9)	1,7 (0,8)	0,882**
Estresse	0,2 (0,4)	0,0 (0,2)	0,3 (0,5)	0,3 (0,5)	0,183**
Dor WOMAC	2,5 (4,7) ^{a,b}	3,0 (3,1) ^{c,d}	7,4 (3,9) ^{a,c}	11,7 (3,7) ^{b,d}	< 0,001*
Rigidez WOMAC	1,2 (1,6) ^a	0,9 (1,2) ^{b,c}	3,0 (1,8) ^{b,d}	5,2 (1,7) ^{a,c,d}	< 0,001*
Função WOMAC	2,3 (2,6) ^{a,b}	8,6 (4,6) ^{c,d}	21,1 (7,2) ^{a,c,e}	39,0 (7,3) ^{b,d,e}	< 0,001*

* ANOVA 1-fator; ** ANOVA de Kruskal-Wallis; Pares de letras “a”, “b”, “c”, “d” e “e” iguais indicam diferença inter-grupo significativa no *post hoc* de Tukey.

4. DISCUSSÃO

Nossos principais resultados mostraram que a divisão das idosas apenas pela OA radiográfica, não evidenciaram todos os transtornos de depressão, ansiedade e estresse do paciente, bem como para os aspectos algícos e funcionais entre ambos os grupos (GOA e GC).

Podemos destacar a relação da depressão com a dor em idosas com OA de joelho, visto que esses transtornos são frequentemente associados a uma maior preocupação do paciente com a redução da funcionalidade, pois, estes indivíduos acabam evitando atividades que provoquem ou intensifiquem os sintomas. Sendo assim, a depressão e a dor são preditores mais robustos da deficiência do que o diagnóstico radiológico de alterações articulares degenerativas em pacientes com OA de joelho⁹. Observamos também que as idosas afirmaram que, nos momentos de maiores picos de dor, a mobilidade articular e as realizações das atividades diárias foram afetadas, o que pode levar ao isolamento social associado aos riscos de desenvolver a depressão, ansiedade e o estresse.

Por outro lado, ao dividirmos os grupos de idosas com base nos aspectos algíco-funcionais do WOMAC, observamos diferença significativa entre os níveis de dor e os aspectos mentais como depressão, ansiedade e estresse, indicando que quanto maior o nível da dor, maior a razão de prevalência para o surgimento desses transtornos mentais. Isso pode ser explicado pelo fato de que, um determinado paciente com OA de joelho pode apresentar graus radiográficos menos

severos, porém, em termos de dor e comprometimento funcional, a realidade e a influência sobre os aspectos mentais e de humor possam ser mais marcantes.

Tínhamos também como premissa que, ao considerarmos toda a amostra dividida com base na CIF, (independente de terem ou não OA radiográfica de joelho), isso pudesse influenciar no surgimento dos transtornos mentais de humor. E, de fato, essa premissa foi confirmada visto que, a sintomatologia presente nessas pacientes como de dor e comprometimento funcional do joelho poderia levá-las ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse, independente de ter ou não OA radiográfica dos joelhos.

5. CONCLUSÃO

Os aspectos emocionais e mentais de pacientes com OA de joelho só se mostraram alterados quando considerados os domínios de dor, função e rigidez articular do WOMAC, com base nos valores de corte da CIF.

6. REFERÊNCIAS

1. Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden NK, Barlow J, Birell F, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee - the MOVE consensus. *Rheumatology*. 2005;44(1):67-73.
2. Leite AA, Costa AJGC, Lima BAML, Padilha AVL, E.C. A, Marques CDL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(2):113-23.
3. Pinto JC, Martins P, Pinheiro TB, Oliveira AC. Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2015;16(2):148-63.
4. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Amr rheum dis*. 1957;16:494.
5. Jenkyn TR, Hunt MA, Jones IC, Giffin JR, Birmingham TB. Toe-out gait in patients with knee osteoarthritis partially transforms external knee adduction moment into flexion moment during early stance phase of gait: A tri-planar kinetic mechanism. *Journal of biomechanics*. 2008;41(2):276-83.
6. Richards J, Sanchez-Ballester J, Jones R, Darke N, Livingstone B. A comparison of knee braces during walking for the treatment of osteoarthritis of the medial compartment of the knee. *Bone & Joint Journal*. 2005;87(7):937-9.
7. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis and Rheumatism*. 1986;29(8).
8. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*. 2014;155:104-9.
9. Huang MH, Lin YS, Yang RC, Lee CL. A comparison of various therapeutic exercises on the functional status of patients with knee osteoarthritis. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2003;32(6):398-406.