

Mirón Canelo JA^IAlonso Sardón M^IDel Pino Montes J^{II}Sáenz González MC^I

Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose

Health-related quality of life in Spanish women with osteoporosis

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com osteoporose e compará-la com a população geral.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo descritivo transversal com 60 pacientes do sexo feminino no serviço de reumatologia de um hospital universitário na Espanha, de abril a outubro de 2003. Foi aplicado o questionário *Short Form-36*, abordando dados demográficos, características clínicas e dados sobre estilos de vida relacionados à saúde. As pacientes foram classificadas em grupos etários. Foram utilizados os seguintes testes estatísticos: qui-quadrado, modelo linear geral, *t* de Student.

RESULTADOS: As entrevistadas tinham idade média de 65,57 (DP: $\pm 9,7$ anos), e tempo de diagnóstico médio de 3,4 \pm 2,84 anos. As melhores pontuações foram obtidas nas dimensões aspectos sociais (89), aspectos emocionais (72,2) e saúde mental (63). As mais baixas foram em estado geral de saúde (45,1), capacidade funcional (47,7), dor (52,3) e aspectos físicos (59,9). As pontuações médias dos pacientes resultaram inferiores às pontuações conhecidas da população geral espanhola nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. As máximas diferenças entre as pontuações médias do SF-36 dos pacientes e os valores populacionais espanhóis correspondem ao grupo de idade de 55 a 64 anos. Nas demais dimensões do SF-36, as pontuações foram inferiores ou similares aos valores populacionais espanhóis. Não se encontraram associações significativas entre as dimensões do SF-36 estudadas e os dados clínicos, demográficos e de estilos de vida analisados.

CONCLUSÕES: Os pacientes apresentaram baixa qualidade de vida, sobretudo nas dimensões mais relevantes da enfermidade, quando comparada com valores da população espanhola em geral. As áreas físicas foram as mais afetadas.

DESCRITORES: Osteoporose. Qualidade de vida. Perfil de impacto da doença. Questionários. Espanha.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the health-related quality of life in patients with osteoporosis and to compare it with the overall population.

METHODS: A cross-sectional descriptive study was carried out with 60 female patients of the rheumatology service at a university hospital, in Spain, from April to October 2003. The Short Form-36 (SF-36) questionnaire was applied in order to obtain demographic data, clinical characteristics and data about lifestyles related to health. Patients were classified in age groups. The statistics tests performed were Chi-square, general linear model, Student's t-test.

^I Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca, España

^{II} Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca, España

Correspondência | Correspondence:
José Antonio Mirón Canelo
Campus Miguel de Unamuno, s/n
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Salamanca
37000 Salamanca, Espanha
E-mail: luciana_aranha10@yahoo.com.br

Recebido: 18/10/2004. Revisado: 8/8/2005.
Aprovado: 6/10/2005.

RESULTS: The interviewees' average age was 65.57 years old (SD: ± 9.7 years), and average time interval for diagnosis was 3.4 ± 2.84 years. The best scores were in social functioning (89), emotional aspects (72.2), mental health (63), and vitality (53.7). The lowest scores were in general health (45.1), physical capacity (47.7), pain (52.3) and physical aspects (59.9). The patients' average scores were lower than the general Spanish population's scores in the following dimensions: functional capacity, physical aspects, pain and overall health status. The greatest differences between the average SF-36 scores for patients and for the overall Spanish population were in the age group ranging from 55 to 64 years old. Scores were lower or similar to the general Spanish population in all other dimensions of the questionnaire. No significant associations were found between the dimensions of the SF-36 contemplated in this study and the clinical, demographic and lifestyle data.

CONCLUSIONS: The patients presented bad quality of life, particularly with respect to those dimensions that are most relevant with respect to osteoporosis, when compared with the overall Spanish population. The physical dimensions were the ones most affected.

KEYWORDS: Osteoporosis. Quality of life. Sickness impact profile. Questionnaires. Spain.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a osteoporose o segundo maior problema de assistência sanitária no mundo depois das enfermidades cardiovasculares.¹² Na Espanha, observou-se que aproximadamente dois milhões de mulheres têm osteoporose, cuja prevalência é de 26,1% em mulheres de 50 anos ou mais.⁶

A osteoporose é um problema clínico e social de relevância, com sérias conseqüências clínicas. A mais freqüente é a dor lombar, que pode ter grande impacto no desenvolvimento das atividades cotidianas, influenciando no bem-estar e na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Freqüentemente os pacientes apresentam limitações para exercer normalmente suas atividades profissionais, sociais e de lazer, e apresentam uma afecção emocional importante.⁴

Não basta avaliar a assistência sanitária em termos de saúde, é necessário incorporar a QVRS às decisões clínicas e de planejamento sanitário.⁷

A medida da QVRS em pacientes com osteoporose tem sido alvo de estudos nos últimos anos, com o intuito de determinar as mudanças necessárias para obtenção do bem-estar do paciente.^{5,11,15}

A avaliação da QVRS é realizada na maioria das vezes por questionários, podendo ser genéricos ou específicos.

¹⁰ São multidimensionais, exploram diversos componentes da QVRS além de relevantes na avaliação das conseqüências das enfermidades crônicas.*

O questionário *short form-36*^{8,9,13} (SF-36) é um instrumento genérico que foi desenvolvido nos Estados Unidos para medir oito dos conceitos mais destacáveis relacionados com a saúde. Aplica-se tanto à população geral como a pacientes específicos, e se utiliza tanto em estudos de caráter descritivo.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com osteoporose e compará-la à qualidade de vida da população geral.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado em consultas ambulatoriais do serviço de reumatologia de um hospital universitário na cidade de Salamanca, na Espanha, de abril a outubro de 2003.

As pacientes, todas mulheres, foram selecionadas por meio de seus prontuários clínicos. Foram incluídas todas as pacientes diagnosticadas com osteoporose e que possuíam valores de densidade mineral óssea (T) inferior a -2,5.¹⁴

Os valores de T considerados foram aqueles da densitometria mais recente de cada paciente. Infor-

*Badía X, Salameró M, Alonso J. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. 3 ed. Barcelona: Fundación Lilly; 2002.

mações sobre a história clínica, exames laboratoriais e densitometria óssea foram obtidos dos prontuários de todas as pacientes. Todas estavam em tratamento farmacológico e foram diagnosticadas, pelo menos, com seis meses de antecedência à data de realização do estudo.

O consentimento para participar do estudo foi solicitado às pacientes de forma verbal, no momento em que elas compareciam à consulta marcada.

Das 79 pacientes inicialmente selecionadas para o estudo, seis não compareceram à consulta marcada, seis não aceitaram participar do estudo e sete foram atendidas pelo médico fora do horário da consulta, não sendo possível localizá-las para a entrevista. Assim, foram entrevistadas 60 pacientes.

Foi aplicado um questionário de 49 itens, agrupados em três módulos: dados demográficos, estilos de vida relacionados à saúde e QVRS. A entrevista foi realizada na sala de espera e antes da consulta médica, para que a opinião do médico sobre o estado de saúde da paciente não a influenciasse nas respostas.

Como instrumento de medida da QVRS, foi utilizado exclusivamente o questionário genérico SF-36, posto que foi validado em mais de 15 países, incluindo Espanha¹ e Brasil.³ Ele avalia saúde física e mental, tem robustez psicométrica e sua relativa simplicidade foram fatores para sua escolha. O SF-36 contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões e um último ítem que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os ítems do SF-36 são codificados, agregados e transformados em uma escala de zero (piores estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).*

A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS versão 11.0. Inicialmente, foi realizado um estudo descritivo das frequências de cada variável qualitativa e quantitativa analisadas. As pontuações do SF-36 foram calculadas para cada dimensão para o total da amostra e para cada grupo etário.

Os dados da população geral provêm de uma pesquisa² sobre uso de drogas, na qual se realizou uma entrevista pessoal nos domicílios, que incluía o SF-36, dados demográficos e consumo de drogas. Foi realizado um estudo transversal de uma amostra aleatória polietápica e estratificada da população de idade igual ou superior a 15 anos, residentes no território espanhol. Os resultados apresentados são considera-

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de estilos de vida relacionados à saúde das pacientes. Salamanca, Espanha, 2003.

Variável	% (N)
Idade (grupos)	
≤ 54 anos	6,7% (4)
55-64 anos	43,3% (26)
65-74 anos	33,3% (20)
≥ 75 anos	16,7% (10)
Escolaridade	
Nenhuma	30,0% (18)
Básica	55,0% (33)
Média	13,3% (8)
Universitária	1,7% (1)
Situação de trabalho atual	
Ativo trabalho manual	10,0% (6)
Ativo trabalho intelectual	5,0% (3)
Dona de casa	40,0% (24)
Aposentado	45,0% (27)
Convivência	
Só com apoio familiar	18,3% (11)
Acompanhado	76,7% (46)
Só sem apoio familiar	5,0% (3)
Atividade física	
Inativo	41,7% (25)
Ocasional	26,7% (16)
Regular	31,7% (19)
Tabagismo	
Fumante	1,7% (1)
Ex-fumante	10,0% (6)
Não fumante	88,3% (53)

dos como normas ou valores populacionais de referência da versão espanhola do questionário de saúde SF-36. Calcularam-se as medidas de tendência central e dispersão do questionário para cada dimensão segundo a idade e o sexo, além dos coeficientes de alfa de Cronbach para medição da fiabilidade.

Foram realizadas análises bi e multivariadas para testar as associações entre as variáveis clínicas, sociodemográficas e de estilo de vida das pacientes e as pontuações do SF-36, com os seguintes testes estatísticos: qui-quadrado, modelo linear geral, *t* de Student. Fixou-se o nível de significância em 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

As entrevistadas tinham idade entre 32 e 88 anos, com média de 65,57 anos e desvio-padrão (DP) de 9,7. As características sociodemográficas das pacientes estão apresentadas na Tabela 1. Apenas 1,7% das pacientes possuíam educação universitária. Em relação à situação de trabalho atual, a maioria era aposentada (40%) ou dona de casa (45%). Dentre as pacientes ativas, era mais freqüente o trabalho manual. Apenas 5% viviam só e sem apoio familiar, as pacientes restantes tinham apoio ou viviam acompanhadas.

Sobre o estilo de vida das pacientes, 41,7% eram inativas, ou seja, não praticavam nenhuma atividade física. Quase a totalidade não tinha o hábito de fumar

*Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Barcelona; 2000.

Tabela 2 - Pontuações do questionário SF-36 da amostra total estudada e por grupos de idade. Salamanca, Espanha, 2003.

Dimensões do SF-36	Amostra total do estudo			55 a 64 anos			65 a 74 anos			75 anos ou mais		
	Média	DP	Md	Média	DP	Md	Média	DP	Md	Média	DP	Md
Capacidade funcional	47,7	24,8	45,0	53,6	27,7	57,5	52,7	16,8	55,0	39,0	24,2	32,5
Aspecto físico	59,9	41,7	75,0	61,5	40,1	75,0	67,5	42,2	87,5	52,5	36,2	50,0
Dor	52,3	24,6	52,0	54,3	27,4	56,5	49,8	21,4	56,5	50,3	30,5	37,0
Estado geral de saúde	45,1	26,2	40,0	45,0	25,5	41,0	47,6	25,3	40,0	39,3	24,5	33,5
Vitalidade	53,7	24,5	52,5	57,5	23,7	60,0	55,2	24,1	50,0	49,5	22,4	57,5
Aspectos sociais	89,0	23,8	100	84,6	27,4	100	96,2	12,2	100	82,5	33,4	100
Aspectos emocionais	72,2	40,8	100	69,2	43,1	100	70,0	40,3	100	86,7	23,3	100
Saúde mental	63,0	20,7	64,0	65,2	21,0	64,0	64,0	21,4	64,0	66,8	18,2	68,0

N=60; DP: Desvio-padrão; Md: mediana

atualmente (98%) e a maioria (68,3%) não bebia de forma alguma.

Em relação às características clínicas, a média de anos de diagnóstico de osteoporose era de $3,4 \pm 2,84$ DP, o valor mínimo foi de seis meses de diagnóstico e o valor máximo, de 12 anos. A maioria das pacientes (63,3%) estavam polimedicadas, ou seja, tomavam dois ou mais fármacos além do tratamento para osteoporose. Os medicamentos tomados com maior frequência eram para outras enfermidades articulares (40%), para depressão ou alterações do sono (35%), para hipertensão arterial (30%) e para enfermidades do coração (23,3%). A respeito das comorbidades diagnosticadas, as enfermidades mais frequentes foram: outras enfermidades articulares (53,3%), hipertensão arterial (21,7%), enfermidades do coração (18,3%), depressão ou alterações do sono (13,3%) e enfermidades gástricas (13,3%).

Observou-se nos dados descritivos que as médias e desvio-padrão para cada uma das dimensões do SF-36 flutuam entre $45,1 \pm 26,2$ DP para o estado geral de saúde, a $89 \pm 23,8$ DP para a dimensão aspectos sociais.

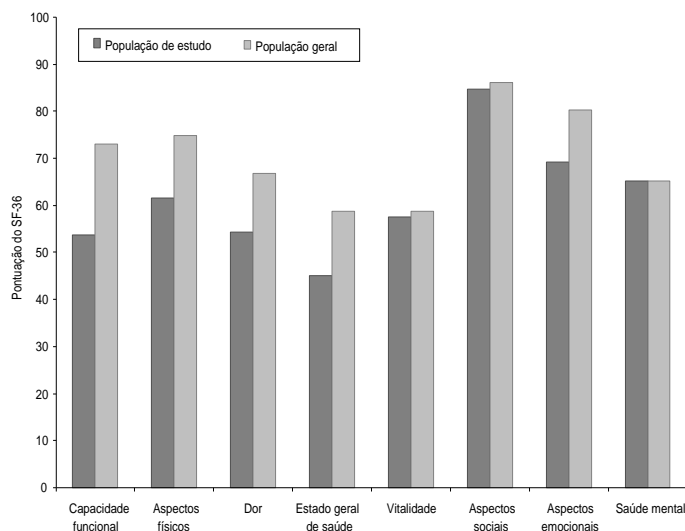


Figura 1 - Comparação dos valores do SF-36 na população de estudo com os valores populacionais gerais em mulheres de 55 a 64 anos. Salamanca, Espanha, 2003.

Com exceção das dimensões aspectos emocionais e aspectos físicos, a percentagem de indivíduos com pontuação mínima (*floor effect*) foi menor que 3,5%. Para as dimensões aspectos sociais e aspectos emocionais, a percentagem de indivíduos com a pontuação máxima (*ceiling effect*) foi superior a 60%. As melhores pontuações se obtêm nas dimensões aspectos sociais (89), aspectos emocionais (72,2) e saúde mental (63). As pontuações mais baixas corresponderam às dimensões relevantes em osteoporose: estado geral de saúde (45,1), capacidade funcional (47,7), dor (52,3) e aspectos físicos (59,9). Na Tabela 2 apresentam-se esses dados e os resultados por grupo etário.

As Figuras 1, 2, e 3 apresentam a comparação das pontuações médias do SF-36 na população estudada com os valores populacionais na Espanha² por grupos etários. Em geral, as pontuações médias das pacientes resultaram inferiores às pontuações da população geral nas dimensões relevantes na patologia estudada: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e saúde geral. As máximas diferenças correspondem ao grupo de idade de 55 a 64 anos e se observam nas dimensões capacidade funcional (19), aspectos físicos (13), dor (12) e saúde geral (13). As pontuações médias obtidas no presente estudo nas restantes dimensões do SF-36 também são inferiores, mas com menor diferença entre as pontuações, ou são similares às normas populacionais espanholas. As únicas dimensões que não obtêm resultado inferior ou similar à média da população espanhola são as dimensões aspectos sociais e aspectos emocionais no grupo de 55 a 64 anos.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelam que as pacientes com osteoporose atendidas nesse hospital clínico universitário apresentaram má qualidade de vida, sendo as áreas físicas as mais afetadas. Esses resultados são consistentes com os aspectos clínicos da doença e com a história natural da enfermidade osteoporótica.

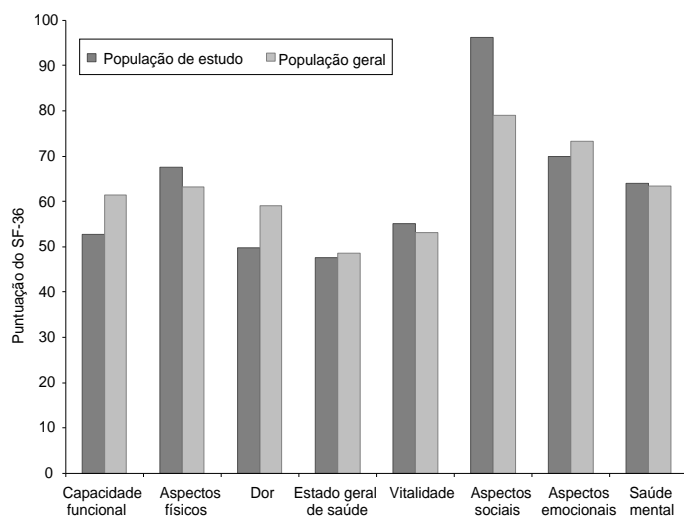


Figura 2 - Comparação dos valores do SF-36 na população de estudo com os valores populacionais em mulheres de 65 a 74 anos. Salamanca, Espanha, 2003.

As pontuações mais baixas (pior estado de saúde) observadas nos domínios dor, capacidade funcional e aspectos físicos foram inferiores se comparados com outros estudos em osteoporose:¹¹ capacidade funcional (47,7-73), dor (52,3-68) e estado geral de saúde (45,1-55,3). Da mesma maneira, as pontuações mais altas nos domínios dos aspectos sociais e aspectos emocionais foram superiores às daquele estudo:¹¹ 89-78,6 e 72,2-65,6, respectivamente. No resto das dimensões, foram obtidas pontuações similares.

Possíveis explicações para a diferença nos resultados poderiam ser decorrentes dos métodos utilizados e as amostras selecionadas nos estudos. Como exemplo, a inclusão de pacientes com osteopenia no estudo comparado¹¹ e as distintas comorbidades associadas em ambos estudos.

Pelas análises bivariada e multivariada, não se encontraram associações estatisticamente significativas entre as dimensões do SF-36 e as variáveis clínicas e sociodemográficas incluídas no estudo. Porém, em algumas dimensões, as pontuações não estão muito longe do que seria considerado clinicamente relevante, como ocorre

nas dimensões de capacidade funcional e dor.

Como era de se esperar, as pontuações médias das pacientes nas dimensões relevantes para a doença (capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) foram inferiores às pontuações do grupo etário correspondente² na população geral. As pontuações do presente estudo que foram superiores ou similares aos valores referentes espanhóis do SF-36, poderiam ser explicadas pela inclusão de sujeitos que tinham capacidade ambulatoria autônoma ou compareceram em companhia de outra pessoa. Entretanto, no estudo de Naves Díaz et al,¹¹ as entrevistas foram realizadas nos domicílios.

A generalização dos resultados justifica-se em três aspectos: 1) os pacientes estudados são representativos da população geral da província de Salamanca, e não existem razões epidemiológicas para não extrapolar os resultados à população geral espanhola. 2) o sistema sanitário espanhol caracteriza-se por ser público, gratuito e de cobertura universal, sendo a demanda e utilização dos serviços hospitalares gene-

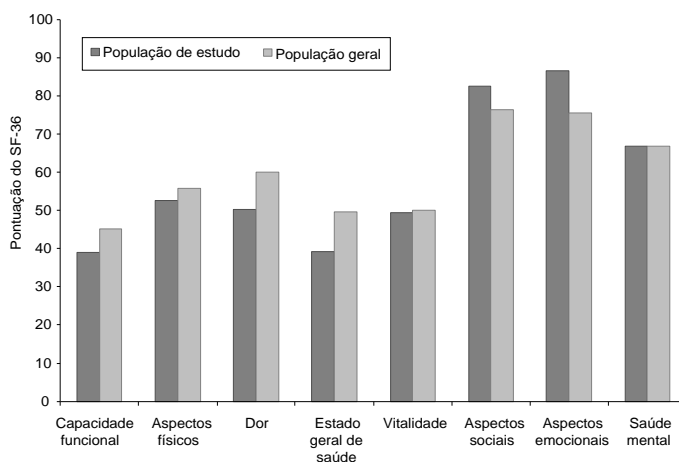


Figura 3 - Comparação dos valores do SF-36 na população de estudo com os valores populacionais em mulheres de 75 anos ou mais. Salamanca, Espanha, 2003.

realizada. 3) o serviço de reumatologia é de referência na província de Salamanca e também na região.

REFERÊNCIAS

- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-6.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111(11):410-6.

3. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
4. Cook DJ, Guyatt GH, Adachi JD, Epstein RS, Juniper EF, Austin PA, et al. Development and validation of the mini-osteoporosis quality of life questionnaire (OQLQ) in osteoporosis women with back pain due to vertebral fractures. *Osteoporos Int*. 1999;10(3):207-13.
5. Cvijetic S, Mestrovic T, Crkvenac A, Davila S, Korsic M. Quality of life in osteoporotic patients with hip fracture and without fracture. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2002;53(4):257-62.
6. Diaz Curiel M, Garcia JJ, Carrasco JL, Honorato J, Perez Cano R, Rapado A, et al. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometria en la poblacion femenina española. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(3):86-8.
7. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Cox D. Medida de la calidad de vida en los servicios sanitarios I: aplicaciones y aspectos a valorar. *BMJ (Ed Esp)*. 1995; Separata Especial:1-5.
8. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III: tests of data quality scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994;32(1):40-66.
9. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) II: psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31(3):247-63.
10. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
11. Naves Díaz M, Díaz López JB, Rodríguez Rebollar A, Gómez Alonso C, Díaz Corte C, Cannata Andía J. Efecto de la fractura vertebral sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población asturiana mayor de 54 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(14):533-5.
12. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe preliminar y recomendaciones de una comisión de expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre una estrategia global para la osteoporosis. *Rev Esp Enfer Metab Óseas*. 2000;9(2):78-83.
13. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
14. World Health Organization - WHO. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva; 1994. (Technical Report Series, 843).
15. Yoh K, Tanaka K, Ishikawa A, Ishibashi T, Uchino Y, Sato Y, et al. Health-related quality of life (HRQOL) in japanese osteoporotic patients and its improvement by elcatonin treatment. *J Bone Miner Metab*. 2005;23(2):167-73.

LLMA foi bolsista do Banco Santander Central Hispano (Processo n. 001 200500034338 01/08/2005).

Trabalho realizado no Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. Salamanca, Espanha.

Baseado na dissertação de Mestrado apresentada à Facultad de Farmacia de Universidad de Salamanca, em 2004.

Apresentado no 9º Congresso da Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM), Maspalomas, Espanha, em novembro de 2003.