



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA
CAMPUS ARARANGUÁ



FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE ALGIAS DA COLUNA E OSTEOARTRITE
EM PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS NO MUNICÍPIO BALNEÁRIO
ARROIO DO SILVA, SC

DANIELI DE CRISTO

MAIARA G. VENSON

Araranguá, 2015

DANIELI DE CRISTO

MAIARA GONÇALVES VENSON

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à disciplina de TCC II do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Msc. Mirieli Denardi Limana

Araranguá, 2015

RESUMO:

Objetivo: Verificar a prevalência das doenças reumáticas (DR) no município Balneário Arroio do Silva. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, exploratório e retrospectivo com amostra obtida através da análise dos prontuários presentes nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, sendo selecionados todos que apresentavam diagnóstico médico de DR ou que descreviam sinais e sintomas comuns a estas doenças, considerados como hipótese diagnóstica (HD). **Resultados:** Dos 12.880 prontuários analisados, 1.570 (12,18%) foram selecionados para compor a amostra. Foi verificada a presença de 21 doenças reumáticas distintas, encontradas em 1086 (69%) indivíduos do sexo feminino e 484 (31%) do masculino. Em relação à faixa etária, foi encontrada 1 criança (0,1%), 14 adolescentes (0,9%), 32 adultos jovens (2%), 775 adultos (49,4%) e 746 idosos (47,6%). Foram encontradas prevalências de 971 indivíduos (61,7%) para algias ao longo da coluna vertebral (sendo a lombalgia a mais frequente); de 371 pessoas (23,6%) para HD de osteoartrite (OA); de 362 indivíduos (23%) para OA (sendo a coluna vertebral a área mais afetada); de 196 pessoas (12,5%) para poliartralgia e de 140 indivíduos (8,9%) para as tendinopatias. **Conclusão:** As DR mais prevalentes são as algias da coluna com predomínio entre os indivíduos adultos do sexo masculino, e a osteoartrite, que acomete principalmente mulheres idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças reumáticas, epidemiologia, fisioterapia, lombalgia, osteoartrite.

ABSTRACT:

Objective: To determine the prevalence of rheumatic diseases (RD) in Balneário Arroio do Silva - Brazil. **Methods:** This is a descriptive, exploratory and retrospective epidemiological study with a sample obtained from the analysis of all medical records found in the three Basic Health Units of the city. Were selected all records that showed the medical diagnosis of one or more RD or described common signs and symptoms of these diseases, considered diagnostic hypothesis. These records covered the year of 2000 to the year of 2015. **Results:** Were analyzed 12,880 medical records and, of these, 1,570 (12.18%) were selected for the sample. The presence of 21 different rheumatic diseases, found in 1086 (69%) females and 484 (31%) males was found. Among the people in the sample, there were 1 child (0.1%), 14 adolescents (0.9%), 32 young adults (2%), 775 adults (49.4%) and 746 older adults (47.6%). The prevalences found were of 971 subjects (61.7%) to back pain (low back pain is the most common); 371 persons (23.6%) to HD osteoarthritis (OA); 362 subjects (23%) to OA (the spine being the most affected area); 196 persons (12.5%) for polyarthralgia and 140 individuals (8.9%) for tendinopathy. **Conclusion:** The most prevalent RD are the back pain predominantly among male adults, and osteoarthritis, which affects mainly elderly women.

KEYWORDS: Rheumatic diseases, epidemiology, physical therapy, low back pain, osteoarthritis.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Distribuição do total de Doenças Reumáticas encontradas no Município Balneário Arroio do Silva.....	12
FIGURA 2. Distribuição e frequência das algias de coluna.....	12
FIGURA 3. Distribuição e frequência da osteoartrite nas diferentes articulações.....	13

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINE – Antiinflamatório não esteroide

AR – Artrite reumatoide

ARJ – Artrite reumatoide juvenil

CDC – Centro de Controle de Doenças

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DM – Diabetes mellitus

DR – Doenças Reumáticas

EA – Espondilite anquilosante

Gota – Artrite gotosa

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HD – Hipótese diagnóstica

HD OA – Hipótese diagnóstica de Osteoartrite

OA – Osteoartrite

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO 1	29
ANEXO 2	30

1. INTRODUÇÃO

As DR podem ser definidas como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática. Constituem um grupo amplo de doenças, pois o termo genérico de artrite ou reumatismo aplica-se atualmente a mais de 100 diferentes condições clínicas, que têm em comum dor articular ou periarticular, em uma ou mais articulações, com ou sem componentes inflamatórios.¹⁻⁵ Podem ser agudas, recorrentes ou crônicas e atingem indivíduos de todas as idades, embora algumas dessas patologias sejam observadas principalmente em idosos.^{6,7} Esse grupo de doenças muitas vezes causa dores crônicas, e pode afetar o sistema locomotor, causando limitações da mobilidade e até incapacidade funcional.^{8,9} Os sintomas predominantes e mais comuns são vistos no sistema musculoesquelético, porém um subgrupo dessas patologias (artropatias inflamatórias) apresenta igualmente sintomas sistêmicos generalizados ou característicos de alguns órgãos e sistemas.²⁻⁴

De acordo com os mecanismos de lesão ou localização preferencial, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2012) dividiu e classificou didaticamente as patologias reumáticas, como doenças difusas do tecido conjuntivo, vasculites sistêmicas, espondiloartropatias, doenças osteometabólicas, doenças articulares degenerativas, artropatias microcristalinas, artropatias reativas, reumatismos extra-articulares, artrites intermitentes e artropatias secundárias a outras doenças não reumáticas.¹⁰

Em todo o mundo, nota-se que o registro de pacientes portadores de DR está crescendo.^{11,12} Acredita-se que este fato possa estar associado ao aumento da longevidade, que por sua vez é consequência de inúmeros avanços tecnológicos e na área da saúde.¹³ No Brasil, é possível observar as consequências desse fenômeno, o país passa por uma transição epidemiológica, na qual as doenças crônico-degenerativas passaram a representar cerca de 66% de todas as doenças, sendo este processo característico do envelhecimento populacional.

Atualmente existem aproximadamente 18 milhões de idosos no país, o equivalente a 10% de toda a população.^{14,15} Esse fenômeno não é diferente no município Balneário Arroio do Silva em Santa Catarina, segundo o censo do IBGE de 2010, no ano de 2012, 15,8% da população desta cidade se encontrava com 60 anos ou mais.^{16,17}

Com o aumento da prevalência das DR, o impacto econômico destas patologias na sociedade passou a ser notável. Em praticamente todo o mundo, a despesa associada a essas doenças, que é tendencialmente crescente, simboliza uma preocupação à sustentabilidade da infraestrutura de serviços e pessoas no setor da saúde.^{12,15,18} Este elevado impacto econômico pode ser explicado por inúmeros fatores como a inovação tecnológica, novas técnicas e cuidados aos doentes, envelhecimento populacional e o próprio aumento da prevalência das DR.^{15,18}

Apesar da alta prevalência e impacto econômico destas doenças, segundo dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia, os dados epidemiológicos sobre sua incidência e prevalência são escassos no Brasil, não sendo diferente no sul do estado de Santa Catarina, mais especificamente no município de Balneário Arroio do Silva.^{9,19,20} Considerando que estes dados são de extrema importância para que se iniciem novos planos de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento aos pacientes acometidos por DR, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência destas doenças no município Balneário Arroio do Silva.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, exploratório e retrospectivo, realizado no município de Balneário Arroio do Silva, localizado na região Sul do Brasil, no extremo sul do estado de Santa Catarina.²¹ A amostra deste estudo foi obtida através da análise de todos os prontuários encontrados nas três UBS existentes no município, exceto os prontuários avulsos, que correspondem a indivíduos não residentes no município, mas que utilizaram o serviço do sistema único de saúde (SUS) naquele local. Foram selecionados para compor a amostra, todos os prontuários que apresentaram o diagnóstico médico de uma ou mais DR e/ou descreveram sinais e sintomas comuns a estas doenças, considerados como HD.

O município encontra-se dividido em 3 áreas e, estas, em 21 microáreas. Os prontuários estão arquivados de acordo com esta divisão nas UBS, desta forma, os prontuários individuais estão inseridos no prontuário da família, que é identificado com um número, dentro da sua respectiva área e microárea.

A partir da análise dos prontuários, foram contabilizados, além do diagnóstico de DR, as HD, sinais e sintomas de DR; presença de comorbidades; registro de história familiar; prescrição de medicamentos para as DR; encaminhamento para fisioterapia; pedido de exames complementares; número de DR apresentadas pelo mesmo indivíduo; além de dados pessoais como nome, sexo, data de nascimento, e dados referentes a UBS (número da área, microárea e família).

Para análise estatística, os dados foram submetidos ao Teste Qui-quadrado e à Regressão Logística para análise de associação das variáveis, e aos testes Shapiro-Wilk e Mann-Whitney para comparação das variáveis numéricas. O nível de significância do estudo foi 0,05.

3. RESULTADOS

Neste levantamento epidemiológico, foram analisados 12.880 prontuários, destes, 1.570 (12,18%) foram selecionados para compor a amostra por apresentarem diagnóstico clínico de DR ou sinais característicos destas. O diagnóstico foi encontrado em 89,2% (1400) destes prontuários, enquanto 10,8% (170) foram incluídos por HD. Dentre a amostra total, 69% (1086) dos indivíduos eram do sexo feminino e 31% (484) do sexo masculino. Dividindo-os por faixas etárias, encontrou-se 1 criança (0,1%), 14 adolescentes (0,9%), 32 adultos jovens (2%), 775 adultos (49,4%) e 746 idosos (47,6).

Após a análise dos dados verificou-se que, das 21 diferentes DR encontradas no município (Figura 1), as mais prevalentes foram as algias ao longo da coluna vertebral (cervicalgia, cervicobraquialgia, dorsalgia, lombalgia e lombociatalgia), presentes em 971 indivíduos (61,7%), a HD de OA, em 371 pessoas (23,6%), a osteoartrite (OA), em 362 indivíduos (23%), a poliartralgia, em 196 pessoas (12,5%); as tendinopatias, em 140 indivíduos (8,9%) e a osteoporose, em 117 pessoas (7,4%).

Como algumas pessoas apresentavam algia em mais de uma região da coluna vertebral, foram encontradas 1.288 algias no total, distribuídas nos 971 indivíduos (figura 2). Da mesma forma, alguns indivíduos apresentaram acometimento de OA em mais de uma articulação e, por esta razão, o número total de OA encontradas foi de 474 em 362 indivíduos (Figura 3).

Quanto ao número de DR apresentadas por um mesmo indivíduo, foi observado neste estudo que mulheres apresentam um número significativamente maior de DR que os homens ($p=,000$). As mulheres também representam a maioria, com relação à prevalência de algumas doenças, como a fibromialgia, na qual foram encontrados 27 casos (96%) no sexo feminino e um caso (4%) no sexo masculino. Algumas doenças, no entanto, mostraram maior

discrepância quanto à faixa etária de maior acometimento, como a osteoporose que, dos indivíduos portadores da amostra, 76,1% (89) são idosos.

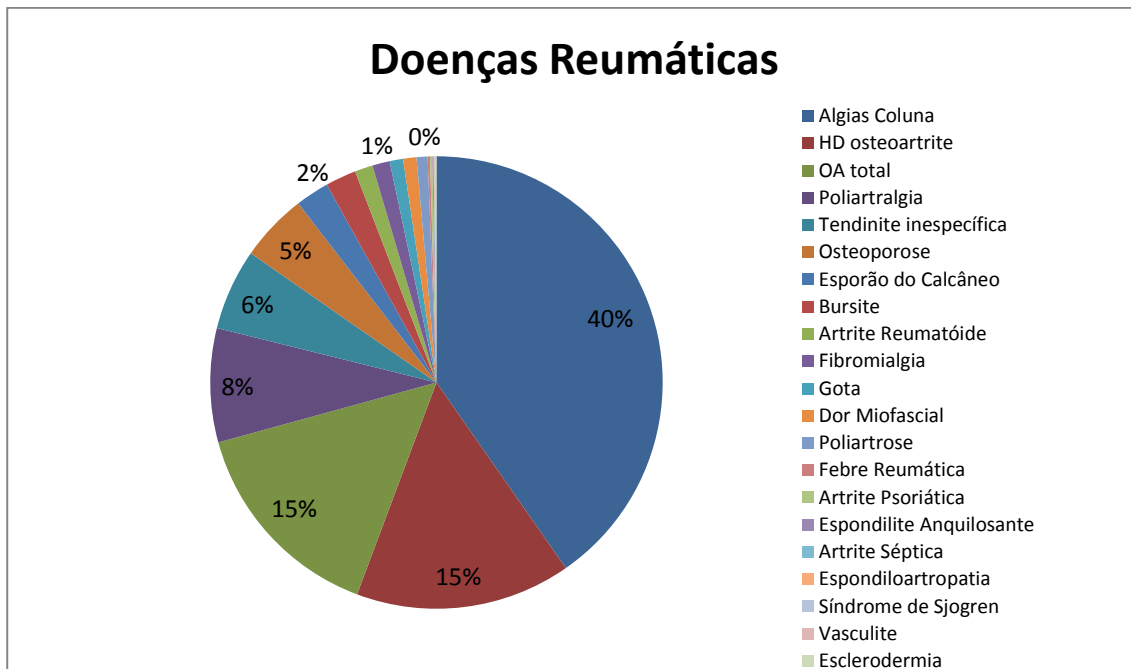


Figura 1 – Distribuição do total de Doenças Reumáticas encontradas no Município Balneário Arroio do Silva.

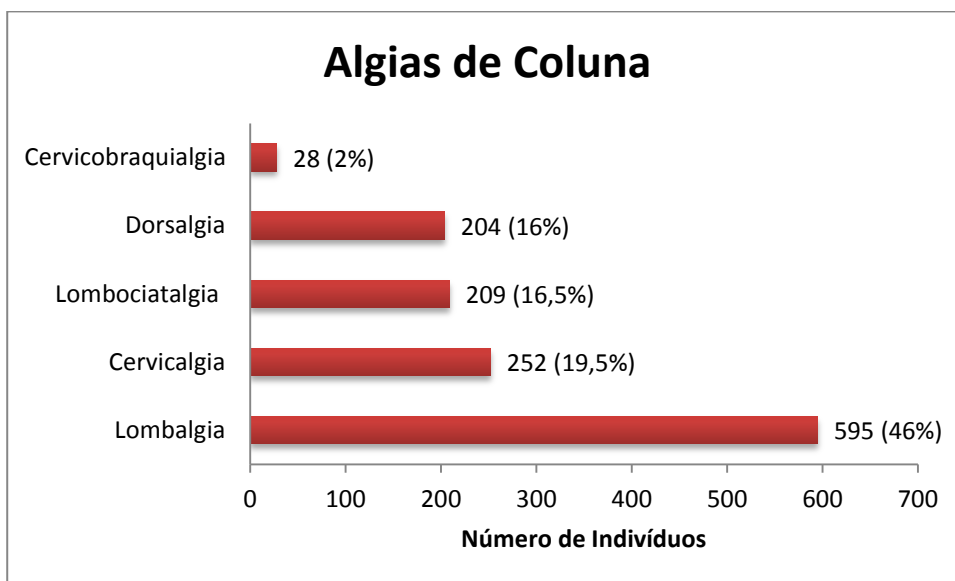


Figura 2 – Distribuição e frequência das algias de coluna.

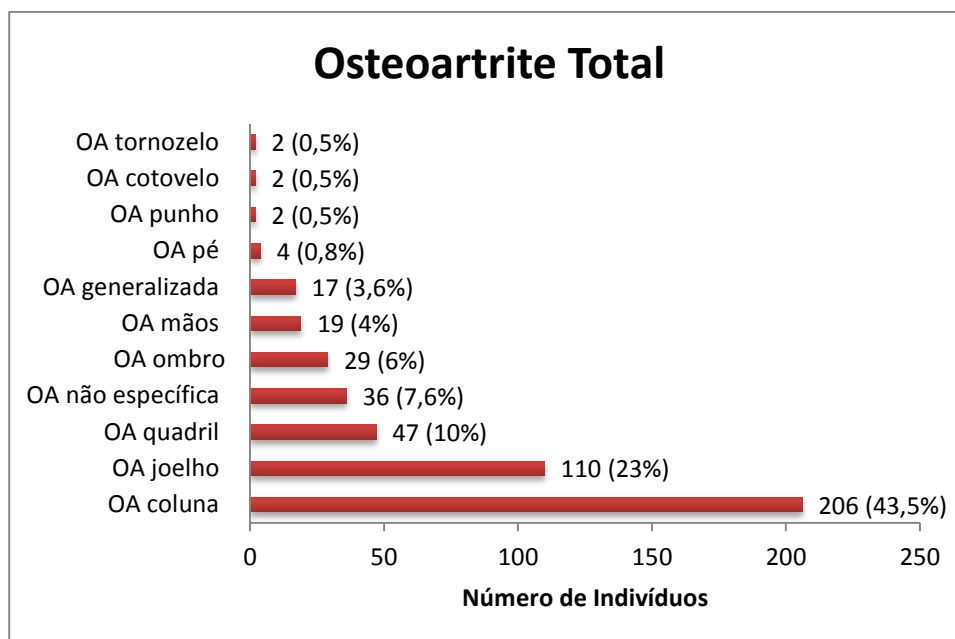


Figura 3 - Distribuição e frequência da osteoartrite nas diferentes articulações. OA: osteoartrite.

Verificou-se também que, dos indivíduos que apresentavam pelo menos uma algia na coluna, 650 (67%) eram do sexo feminino e 316 (33%) do sexo masculino; porém este número representa 66% de todos os homens da amostra, de maneira que o sexo feminino foi verificado como um fator de proteção para algias na coluna a partir da análise estatística. Por outro lado, constatou-se que ser adulto jovem ou adulto aumenta o risco de ter algias na coluna, considerando que 76,6% (36) dos jovens adultos e 66,8% (518) dos adultos da amostra possuem alguma algia na coluna ($p=,000$). Foi observado também que, 71,4% (693) dos indivíduos com algias de coluna também apresenta HD de OA.

As comorbidades mais encontradas neste grupo foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (24,6%), diabetes mellitus (DM) (7,4%) e depressão (6,1%). Na amostra total, as comorbidades foram encontradas em 587 (37,4%) indivíduos, também com maior prevalência da HAS (43,6%), da DM (14,5%) e da depressão (11,9%).

Com relação ao número total de indivíduos com OA, 275 (76%) era do sexo feminino e 87 (24%) do sexo masculino, indicando que mulheres têm 57,8% mais chance de ter OA do que homens. Enquanto isso, os adultos têm proteção à OA em comparação aos idosos, já que nesta faixa etária a prevalência da doença é de 62,4%, contra 37,6% nos adultos. Não foi encontrado neste estudo, associação entre os indivíduos que possuem OA de joelho e obesidade ($p=0,82$).

Os sinais comuns a DR, especialmente com relação à OA, mais encontrados nos prontuários e, por essa razão considerados para a classificação da hipótese diagnóstica desta doença, foram a presença de osteófitos, 549 (46,8%), redução do espaço articular, 480 (40,9%), e degeneração articular, 144 (12,3%).²² Observou-se, quanto às ferramentas utilizadas para fechamento de diagnóstico das DR, que 83,9% das 872 pessoas que realizaram exames complementares também possuem diagnóstico confirmado, havendo associação significativa entre essas variáveis ($p=0,000$).

Ao analisar se os prontuários que compõe a amostra total de indivíduos com DR descreviam informações quanto ao encaminhamento dos pacientes para realizar tratamento fisioterapêutico, verificou-se que apenas 29,9% (469) dos 1.570 prontuários apresentavam este encaminhamento. Também pôde ser verificado que a presença de histórico familiar estava descrita em somente 0,5% (8) dos prontuários. Já a prescrição de medicamentos para DR foi encontrada para 38,7% (608) dos indivíduos da amostra.

4. DISCUSSÃO

O último censo do IBGE realizado em 2010 apontou que o município Balneário Arroio do Silva, contava com 9.586 habitantes naquele ano, e a estimativa era que, em 2014, a população alcançasse os 11.248 habitantes.¹⁷ Contudo, no presente estudo, foi analisado um total de 12.880 prontuários encontrados nas três UBS do município, compreendendo prontuários do ano 2000 até o corrente ano de 2015.

Dos 1.570 prontuários selecionados para compor a amostra deste estudo, verificou-se maior prevalência de DR entre as mulheres, correspondendo a 68,7% do total, e em relação às faixas etárias, verificou-se que as DR acometem principalmente indivíduos adultos e idosos. Entre as DR mais prevalentes entre as mulheres encontradas nesse estudo, destacam-se a fibromialgia e a OA, resultados semelhantes são evidenciados em outros estudos, que destacam, além destas, a prevalência de osteoporose e AR entre as mulheres, acometendo diferentes faixas etárias^{3,5,7,9,22-26}.

Alguns estudos epidemiológicos sobre as DR, realizados em alguns países da Europa e também no Brasil, corroboram com nossos resultados, evidenciando que a maior prevalência de DR concentra-se entre os indivíduos adultos do gênero feminino.^{1,3,5,12,27-30} No presente estudo, verificou-se ainda, que as mulheres apresentam um número significativamente maior de DR que os homens. Em um estudo realizado no sul do Brasil, verificou-se que dos pacientes acometidos por doenças reumáticas 3,6% apresentavam a associação de duas ou mais doenças reumáticas, no entanto, não verificaram em qual gênero essas associações prevaleceram.⁹ Porém, acredita-se que esse achado seja decorrente de fatores genéticos e hormonais que tornam as mulheres mais suscetíveis a um número maior de DR do que os homens.

Foram encontradas 21 DR distintas nesta pesquisa, no entanto, as mais prevalentes foram as algias da coluna vertebral, com destaque para a lombalgia e a cervicalgia; e a OA, apresentando maior prevalência a OA localizada na coluna, seguida pelo acometimento da articulação de joelho. Em relação às algias que acometem a coluna vertebral, a lombalgia é a mais prevalente, o que está de acordo com os achados de diversos estudos que a consideram como um problema de saúde global.^{18,30,31} No presente estudo verificou-se que a lombalgia acometeu principalmente o gênero masculino, embora sua prevalência ainda seja variável na literatura atual, uma vez que alguns estudos citam maior prevalência do gênero feminino e outros destacam maior prevalência do gênero masculino para essa patologia.^{30,32} No entanto, a prevalência da lombalgia independente de gênero é conclusiva, uma vez que alguns estudos evidenciam que a lombalgia é referida pelo menos em alguma fase da vida, por cerca de 80% das pessoas.^{18,31} Um estudo realizado no Brasil, evidenciou que a lombalgia foi a queixa álgica mais frequente entre os participantes (n=12.000), representando 12% do total da amostra.³³

Acredita-se que a maior prevalência da lombalgia no sexo masculino, observada neste estudo, possa estar relacionada às atividades laborais dos indivíduos.^{32,34} Sabe-se que no município pesquisado, há um grande número de indivíduos e famílias que realizam a pesca artesanal, e segundo um estudo realizado com pescadores ribeirinhos de RO, entre os problemas de saúde mais citados por eles encontra-se a dor lombar, que pode ser consequência do uso excessivo do trabalho braçal, e de movimentos repetitivos.³⁴⁻³⁶

Constatou-se ainda, que aproximadamente 70% dos indivíduos que apresentam queixas álgicas localizadas na coluna, apresentam também a OA. Este achado, possivelmente reflete a escassez de informações encontradas nos prontuários, uma vez que a dor é um dos sintomas da OA.³⁷⁻³⁹ Porém, verificou-se que a maior parte dos prontuários analisados não

possui descrição sobre a etiologia das algias, logo, um sintoma da OA, como a dor, pode ser referido como lombalgia ou cervicalgia nos prontuários.

Dentre as algias que acometem a coluna vertebral, verificou-se que a cervicalgia foi a segunda doença mais prevalente, representando 19,5% de todas as algias da coluna vertebral. Corroborando com nossos resultados, estudos evidenciaram que a cervicalgia acomete cerca de 30% da população adulta em alguma fase da vida, principalmente indivíduos do sexo feminino.^{40,41}

Dentre as DR mais prevalentes encontradas nesse estudo, encontra-se a OA, representando 30% das DR, sendo dividida em OA com diagnóstico médico (15%) e HD OA (15%). Nossos resultados estão de acordo com outros estudos, que evidenciam que a OA representa cerca de 70% dos casos de DR, estando entre as DR mais frequentes na população mundial.^{3, 4,18,42}

Verificou-se que as articulações mais acometidas pela OA neste estudo, foram a coluna vertebral (43,5%) e o joelho (23%). Resultados semelhantes são apontados em um estudo que evidencia que as articulações mais afetadas pela OA são as mãos, joelhos e coluna.⁴³ Outros achados explanam que a OA tem maior probabilidade de afetar as articulações que ficam continuamente sob stress ao longo dos anos, como joelhos, quadris, e região inferior na coluna corroborando os resultados do presente estudo.³⁹

Observa-se que por acometer principalmente articulações importantes para a funcionalidade como a coluna e joelhos, a OA está entre os principais fatores etiológicos de limitações funcionais e incapacidades em idosos, e está entre as dez doenças mais incapacitantes em países desenvolvidos.^{1,6,39} Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a OA no joelho como a quarta principal causa de incapacidade em mulheres e a oitava em homens.³⁷

Verificou-se ainda que a OA apresenta maior prevalência entre os indivíduos do sexo feminino e idosos. Da mesma maneira que a osteoporose, na qual 76,1% dos indivíduos acometidos por essa doença encontrados no estudo são idosos. Do mesmo modo alguns estudos evidenciam que a osteoporose e a OA caracterizam-se por acometer principalmente idosos, preferencialmente do sexo feminino.^{7,22} Um estudo recente, evidencia que a alta prevalência de OA e osteoporose em idosos ocorre devido a redução do conteúdo mineral ósseo em indivíduos com mais de 65 anos, que é 20% menor quando comparado a indivíduos na faixa etária de 19 a 34 anos.⁴⁴ Esta variação esquelética mostra-se semelhante entre homens e mulheres até os 50 anos de idade e, após a menopausa, a perda de massa óssea torna-se muito mais rápida nas mulheres.⁴⁴ Além disso, as vulnerabilidades causadas pelo processo de envelhecimento nas articulações as tornam suscetíveis à esta doença, como a diminuição da reparação cartilaginosa, alterações hormonais e os efeitos das exposições ambientais ao longo dos anos.⁴⁵

Outro estudo recente evidencia que entre os fatores de risco para a OA estão o sobrepeso e a obesidade, principalmente pelo aumento de carga e estresse para as articulações que suportam peso ou associada com a ação pró-inflamatória de gordura.⁴⁵ O CDC⁴ estima que 60% das pessoas obesas irá desenvolver OA, porém, o presente estudo não encontrou associação significativa entre os indivíduos que possuem OA de joelho e obesidade ($p=0,82$). Acredita-se que esse resultado possa estar ligado a carência de informações contidas nos prontuários, considerando que grande parte não apresentava descrição de dados como o peso e altura dos indivíduos.

Além da prevalência das doenças, avaliaram-se quais as comorbidades são mais prevalentes entre os indivíduos acometidos pelas DR. Como resultado, verificou-se que as principais comorbidades apresentadas pelos indivíduos doentes reumáticos são a HAS, seguida de DM e depressão. Resultados semelhantes são apontados pelo CDC (2014), que

define que de todos os indivíduos acometidos por DR, 49% apresentam doenças cardíacas, 47% DM, 44% HAS, e 31% obesidade.⁴ Um estudo recente demonstra que a depressão está entre as comorbidades mais comuns entre estes indivíduos, contudo, menos de 50% das pessoas procuram tratamento para esta comorbidade⁵. Sugere-se que as diferenças encontradas no presente estudo, sejam resultado da escassez desses dados nos prontuários analisados.

O diagnóstico clínico não estava presente em todos os prontuários analisados, foi encontrado em 89,2% (1400) destes prontuários, enquanto 10,8% (170) foram incluídos por HD. Para classificar-se como HD de OA, foram utilizados os critérios segundo a escala de Kellgren/Lawrence, que sugere que a presença de osteófitos nos exames de imagem das articulações é um dos critérios para o diagnóstico clínico.²² Porém, além da presença de osteófitos, para classificar-se como HD de OA, foram consideradas a redução de espaço interarticular e por vezes a degeneração articular. Sendo assim, verificou-se que o diagnóstico clínico de OA representa 15% de todas as DR, enquanto que a HD de OA representa, da mesma maneira 15% do total de DR, evidenciando que muitos prontuários encontram-se com os sinais e sintomas das DR, porém, não foi realizado o diagnóstico clínico, o que pode resultar em ausência de modalidades de tratamentos, como a fisioterapia.

Entre as DR menos prevalentes encontradas neste estudo estão o esporão de calcâneo, bursite, AR, fibromialgia, Gota, dor miofascial, poliartrose, febre reumática, artrite psoriática, espondilite anquilosante (EA), artrite séptica, espondiloartropatia, síndrome de Sjogren, vasculite e esclerodermia. Da mesma maneira, um estudo realizado na cidade de Passo Fundo, RS verificou que as doenças menos prevalentes foram AR, fibromialgia, artrite reumatoide juvenil (ARJ) e EA.⁹ Acredita-se que o maior número de doenças reumáticas encontradas no presente estudo esteja relacionado a metodologia utilizada, considerando que poucos estudos realizam a análise de todos os prontuários existentes nos municípios.

No presente estudo verificou-se que apenas 469 (29,9%) dos 1.570 prontuários de doentes reumáticos apresentavam encaminhamento para realização de tratamento fisioterapêutico. A fisioterapia insere-se entre os tratamentos não medicamentosos indicados para esses doentes, pois o exercício físico e as modalidades específicas de intervenções fisioterapêuticas têm demonstrado bons resultados. Sugere-se que essas intervenções possam alterar o impacto econômico das DR, reduzindo o grau de incapacidades e limitações funcionais, diminuindo a perda de produtividade e proporcionando a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.^{9,46}

As limitações encontradas durante a realização deste estudo, consistem principalmente no modelo de prontuário presente no município e analisado neste estudo, sendo que os prontuários eram, em sua grande maioria, não digitalizados e seu preenchimento não padronizado. Desta forma, alguns dados eram escassos e ocasionalmente apresentavam-se ilegíveis, dificultando a coleta dos dados. Dados considerados importantes como a história familiar do indivíduo eram quase inexistentes (0,5% dos prontuários), da mesma maneira, os dados quanto à utilização de medicamentos específicos para as DR eram escassos, sendo citada na maioria das vezes, apenas a classe do medicamento, como os antiinflamatórios não esteroidais (AINES), por exemplo. Além de informações quanto ao peso e altura dos indivíduos também apresentarem-se escassas.

Apesar das limitações do estudo, citadas anteriormente, este estudo fornece dados epidemiológicos importantes sobre as DR uma vez que estudos com este caráter, que consideram todas as DR, são escassos, acredita-se que pela difícil aplicabilidade desta metodologia em localidades com maior número de habitantes e prontuários. Os resultados provenientes desta pesquisa poderão servir de base para a criação de novas propostas políticas e projetos de intervenções para os vários níveis de atenção à saúde, específicos para as DR mais prevalentes na região. Assim, auxiliando na prevenção e tratamento destas doenças e

seus respectivos fatores de risco, obstando sua progressão. Desta forma, precavendo o surgimento de incapacidades e suas repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e econômicas, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, e diminuindo os gastos que a progressão dessas doenças gera ao SUS.

5. CONCLUSÃO

Verificou-se que as DR mais prevalentes no município são as algias da coluna com maior prevalência entre os indivíduos adultos do sexo masculino, e a OA, que acomete principalmente mulheres idosas. Estas doenças, quando não tratadas ou diagnosticadas tardiamente levam a queixas crônicas, podendo comprometer a funcionalidade e independência desses indivíduos. Portanto, devem ser apreciadas com maior relevância nos orçamentos de pesquisa, planos e políticas de saúde. Sugere-se que novos estudos epidemiológicos sejam realizados, bem como estudos de caracterização dessa população, para que novas propostas de intervenções e prevenção sejam traçadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Direção Geral da Saúde [internet] 2004 [Citado em jun 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
2. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de ouro em reumatologia. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005 [citado em out. 2014].
3. Falsarella GR, Coimbra IB, Barcelos CC, Costallat LT, Carvalho OM, Coimbra AM. Prevalence and factors associated with rheumatic diseases and chronic joint symptoms in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13(4):1043-50.
4. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. ARTHRITIS MEETING THE CHALLENGE OF LIVING WELL. At a Glance 2014 [internet]. 2014 [citado em jun 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/pdf/arthritis.pdf>
5. Kelley GA, Kelley KS. Effects of exercise on depressive symptoms in adults with arthritis and other rheumatic disease: a systematic review of meta-analyses. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15:121.
6. Chang A, Hochberg M, Song J, Dunlop D, Chmiel JS, Nevitt M, et al. Frequency of varus and valgus thrust and factors associated with thrust presence in persons with or at higher risk of developing knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62(5):1403–1411.
7. Caputo EL, Costa MZ. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. *Rev Bras Reumatol* 2014; 54(6): 467–473.
8. Fuller-Thomson E, Shaked Y. Factors associated with depression and suicidal ideation among individuals with arthritis or rheumatism: Findings from a representative community survey. *Arthritis Rheum* 2009; 61(7):944-50.

9. Wibeling LM, Tombini DK. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo. RBCEH 2010; 7(2):189-197.
10. Brasil, Sociedade Brasileira de Reumatologia [internet]; [citado em out 2014], 2012. Disponível em: http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Reumatologia&Pagina=reumatologia/in_reumatologia.asp
11. Hootman JM, Helmick CG, Langmaid G. Centers of disease control and prevention – CDC; Public Health and Aging: Projected Prevalence of Self-Reported Arthritis or Chronic Joint Symptoms Among Persons Aged ≥ 65 Years, United States – 2005-2030 [internet]. Maio 2003 [citado em out 2014];52(21)489-491. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5221a1.htm>.
12. Helmick CG. Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States – Part I. Arthritis Rheum 2008; 58:(1)15-25.
13. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Dalla Torre G. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc saúde colet 2006; 11(4)911-926.
14. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc saúde colet 2004; 9(4):897-908.
15. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad Saúde Pública 2007; 23(10):2479-2489.
16. Tabnet DATASUS. [citado em jun 2015]. Disponível em: http://200.19.222.8/cgi/tabcgi.exe?Ind_DM_Idosos/DM_a14_graf.def

17. IBGE Cidades, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais [internet]. [citado em maio 2015]. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420195&search=santa-catarina|balneario-arroio-do-silva>.
18. Laires P, Gouveia M, Branco J. O impacto económico das doenças reumáticas. ONDOR 2013; Disponível em: <http://ondor.med.up.pt/uploads/cap5.pdf>
19. Senna ER, Barros ANP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, Ferraz MB. Prevalence of Rheumatic Diseases in Brazil: A Study Using the COPCORD Approach. J Rheumatol 2004; 31(3):594-7.
20. Chiarello B, Driusso P, Radl ALM. Fisioterapia reumatológica. 1ª edição. Barueri: Manole, 2005.
21. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. 6ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
22. Lawrence RC *et al.* Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. Arthritis Rheum 2008; 58:(1)26-35.
23. Lorena de SB, Lima MCC, Ranzolina A, Duarte ALBP. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática. Rev Bras Reumatol 2015; 55(2):167-173.
24. Avila LA, Araujo GM Filho, Guimarães EFU, Gonçalves LCS, Paschoalin PN, Aleixo FB. Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro. Rev Bras Reumatol 2014; 54(5):409-413.
25. Moreira MST, Almeida JVC, Bertolo MB. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil - avaliação de 98 pacientes. Rev Bras Reumatol 2014; 54(5):360-365.

26. Moura MC, Zakszewski PTS, Silva MBG, Skare TL. Perfil dos pacientes com manifestações extra-articulares de artrite reumatoide de um serviço ambulatorial em Curitiba, Sul do Brasil. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52(5): 679-694.
27. Le Pen C, Reygrobelle C, Gérentes I. Financial cost of osteoarthritis in France. The "COART" France study. *Joint Bone Spine* 2005; 72(6):567-70.
28. Lima-costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):735-43.
29. Falsarella GR, Prevalência e fatores associados às doenças reumáticas e aos sintomas articulares crônicos em idosos. [dissertação de mestrado]; 2010 [citado em jun 2015]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000775516>
30. Costa MC, Carvalho FM, Rodrigues WCC, Battisti L, Barbosa AM, Hamu TCDS. Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com queixa de dor lombar atendidos em uma clínica escola de fisioterapia. *Movimenta* 2015; 8(1):37-42.
31. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012; 379(9814):482–91.
32. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(5):583-9.
33. Goren A, Gross HJ, R Fujii RK, Pandey A, Mould-Quevedo J. Prevalence of pain awareness, treatment, and associated health outcomes across different conditions in Brazil*. *Rev. Dor* 2012; 13(4):308-19.
34. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MT. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Rev. Bras. Fisioter.* 2009; 13(4):343-9.

35. Prosenewicz I, Lippi UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde Soc* 2012; 21(1):219-231.
36. Pena PGL, Minayo Gomez C. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(12):4689-4698.
37. Metsavaht L, Leporace G, Mello Sposito MM, Riberto M, Batista LA. What is the best questionnaire for monitoring the physical characteristics of patients with knee osteoarthritis in the brazilian population?; *Rev Bras Ortop* 2011; 46(3):256-61.
38. Marx FC, Oliveira LM, Bellini CG, Ribeiro MCC. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(4):253-260.
39. Cunha-Miranda L, Faustino A, Alves C, Vicente V, Barbosa S. Avaliação da magnitude da desvantagem da osteoartrite na vida das pessoas: estudo MOVES. *rev bras reumatol.* 2015;55(1):22-30.
40. Strine TW, Hootman JM. US national prevalence and correlates of low back and neck pain among adults. *Arthritis Rheum.* 2007;57(4):656-65.
41. Borges MC, Borges CS, Silva AGJ, Castellano LRC, Cardoso FAG. Avaliação da qualidade de vida e do tratamento fisioterapêutico em pacientes com cervicalgia crônica. *Fisioter Mov.* 2013;26(4):873-81.
42. Michael JWP, Schluter-brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(9)152-162.
43. Goldring MB, Goldring SR. Osteoarthritis. *J. Cell. Physiol* 2007; 213(3):626-634.
44. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra IB, Coimbra AMV. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. *Rev. Kairós* 2014; 17(2):57-77.

45. Pereira D, Severo M, Ramos E, Branco J, Santos RA, Costa L, Lucas R, Barros H.
Potential role of age, sex, body mass index and pain to identify patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis*. May 2015: 1756-1841.
46. Iversen MD. Physical therapy for older adults with arthritis: what is recommended? *Int J Clin Rheumtol* 2010; 5(1):37.

ANEXO 1

Autorização Secretária Municipal da Saúde para realização do Projeto



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO ARROIO DO SILVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Araranguá, 19 de novembro de 2014

DECLARAÇÃO

Eu, Patrícia Gomes Jones Paladini, Secretária Municipal de Saúde do município de Balneário Arroio do Silva, declaro para os devidos fins que autorizo a realização e execução do projeto de pesquisa intitulado "Caracterização de indivíduos com doenças reumatológicas do município de Balneário Arroio do Silva", sob a responsabilidade das pesquisadoras profª Mirieli Denardi Limana, profª Núbia Carelli Pereira de Avelar e das alunas Danieli de Cristo e Maiara Gonçalves Venson, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá, nas dependências das Unidades Básicas de Saúde do município.

Para realização desse projeto de pesquisa, que objetiva realizar um levantamento epidemiológico da prevalência das doenças reumatológicas em Balneário Arroio do Silva, autorizo a análise de todos os prontuários de pacientes existentes nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Sem mais no momento.

Patrícia Gomes Jones Paladini

ANEXO 2

Parecer consubstanciado emitido pelo CEP

INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização de indivíduos com doenças reumatológicas dos municípios de Araranguá e Balneário Arroio do Silva/SC.

Pesquisador: Mirieli Denardi Limana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37728214.0.0000.5365

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 922.005

Data da Relatoria: 17/12/2014

Apresentação do Projeto:

Segue as etapas de um trabalho científico. Tema relevante que trará contribuições para a Fisioterapia e para os usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e bem definidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão descritos claramente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizou todas as sugestões do parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Respeitam a Resolução 466/12

Recomendações:

Foram descritas neste parecer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator e aprova o projeto.

JOINVILLE, 18 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Maria Elisa Máximo
(Coordenador)

Endereço: Rua Princesa Isabel 438

Bairro: Centro

CEP: 89.201-270

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3026-8049

Fax: (47)3026-8090

E-mail: cep@lelusc.br

