



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com capsulite adesiva: identificação de fatores de risco associados a melhores desfechos após tratamento com bloqueio de nervo

Marcos Rassi Fernandes^{a,*}, Maria Alves Barbosa^a e Ruth Minamisawa Faria^b

^a Universidade Federal de Goiás (UFG), Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, GO, Brasil

^b Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 26 de agosto de 2016

Aceito em 11 de abril de 2017

On-line em 25 de maio de 2017

Palavras-chave:

Qualidade de vida

Bloqueio de nervo

Avaliação de desfecho

Capsulite adesiva

Ombro

R E S U M O

Introdução: Os objetivos deste estudo foram avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional de pacientes com capsulite adesiva no início e no fim do procedimento de bloqueio de nervo e identificar fatores de risco associados a melhores desfechos após o tratamento.

Métodos: Fez-se um estudo de coorte prospectiva. Os critérios de inclusão foram sinais clínicos de capsulite adesiva e alterações da doença nos exames de imagem do ombro. Administrou-se a forma abreviada do questionário *World Health Organization Quality of Life* e o questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* no início e no fim do tratamento. Foi usada uma pontuação de 55 pontos ou mais no índice de Constant para descontinuar o tratamento. Usou-se o teste de Wilcoxon para amostras pareadas. Aplicou-se a análise de regressão múltipla de Poisson com variáveis de exposição com $p < 0,20$ na análise univariada. Usou-se a qualidade de vida satisfatória e a melhor capacidade funcional como desfechos. O nível de significância foi de 5%.

Resultados: Avaliaram-se 43 pacientes. Na comparação entre os valores medianos no início e no fim do tratamento (Domínio Físico: 46,43 a 67,86; Domínio Psicológico: 66,67 a 79,17; Domínio Social: 66,67 a 75; Domínio Ambiental: 62,5 a 68,75; DASH: 64,16 a 38,33), o p foi $< 0,05$. O envelhecimento (Físico/Psicológico/DASH), a maior escolaridade (Físico/Ambiental/DASH), a menor gravidade (apenas Físico) e a menor quantidade de bloqueios de nervo (apenas Psicológico) foram fatores de risco independentes.

Conclusões: A qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes melhoraram no fim do procedimento. Pacientes mais idosos e uma maior escolaridade são os fatores de risco associados à qualidade de vida satisfatória e à melhor capacidade funcional depois do tratamento com bloqueio de nervo

© 2017 Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: marcosombro@ig.com.br (M.R. Fernandes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2017.04.003>

0482-5004/© 2017 Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Quality of life and functional capacity of patients with adhesive capsulitis: identifying risk factors associated to better outcomes after treatment with nerve blocking

A B S T R A C T

Keywords:

Quality of life
Nerve block
Outcome assessment
Adhesive capsulitis
Shoulder

Introduction: The objectives of this study were to assess the quality of life and functional capacity of adhesive capsulitis patients at the beginning and end of procedure and to identify risk factors associated to better outcomes after treatment with nerve blocking.

Methods: A prospective cohort study was performed. Inclusion criteria were clinical signs of adhesive capsulitis and disease changes on shoulder imaging exams. The short form of World Health Organization Quality of life and Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaires were administered at the beginning and end of treatment. A score of 55 points or more on the Constant index was used for discontinuation of treatment. We used the Wilcoxon test for paired samples. Multiple regression analysis of Poisson was carried out using exposure variables with $p < 0.20$ in the univariate analysis and the satisfactory quality of life and better functional capability as outcomes. The significance level was 5%.

Results: 43 patients were evaluated. For the comparison between medians values at the beginning and end of treatment (Physical Domain: 46.43-67.86; Psychologic Domain: 66.67-79.17; Social Domain: 66.67-75; Environment Domain: 62.5-68.75; DASH: 64.16-38.33), p was < 0.05 . Aging (Physical/Psychologic/DASH), higher educational level (Physical/Environment/DASH), less severity (only Physical) and fewer nerve blocking (only Psychologic) were these independent risk factors.

Conclusions: Quality of life and functional capacity of the patients improve at the end of procedure. Older patients and higher education levels are the risk factors most associated to satisfactory quality of life and better functional capacity after treatment with nerve blocking.

© 2017 Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A mensuração do desfecho é um componente essencial para definir a efetividade da prática clínica. Na comunidade ortopédica e reumatológica, tem havido um interesse crescente nas medidas de desfecho que capturam a perspectiva do paciente de sua própria condição clínica. Essas medidas incluem a análise da qualidade de vida (QV) e da capacidade funcional (CF), indicadores de saúde amplamente aceitos em intervenções de saúde.^{1,2,3}

A forma abreviada do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) é uma medida genérica, multidimensional e multicultural de QV. Pode ser usado em pacientes com transtornos psicológicos e físicos, bem como por indivíduos saudáveis.^{4,5} Uma limitação desse questionário é que ele não aborda todas as questões relevantes à incapacidade na QV. Outro instrumento, o DASH, avalia a CF e reflete o impacto dos sintomas e da função física em pacientes com transtornos musculoesqueléticos crônicos de membros superiores.⁶ Recomenda-se a inclusão de pelo menos um questionário genérico e um questionário específico em estudos que avaliam os distúrbios do ombro, uma vez que os questionários se complementam.^{7,8}

A maior parte dos estudos em pacientes com capsulite adesiva aborda os sintomas da doença. Esses estudos analisam os resultados do tratamento com escalas de dor, força e escalas de amplitude de movimento. O uso desses métodos clínicos convencionais pode levar a uma avaliação incompleta

da saúde.⁹ No entanto, uma análise desses desfechos (QV e CF) pode fornecer informações complementares e ajudar a caracterizar a percepção de vida dos indivíduos afetados em diferentes dimensões, uma vez que nada é conhecido sobre o uso simultâneo do WHOQOL-BREF e do DASH nessa doença, apesar da correlação que há entre os instrumentos.¹⁰ O tratamento da capsulite adesiva é desafiador, uma vez que a maior parte dos pacientes tem resposta parcial, evolução crônica e limitação funcional. A reabilitação física e medidas para tratar a dor e a inflamação/adesão são insuficientes, sugerem que há um componente psicossocial relevante. Os objetivos deste estudo foram avaliar a QV e a CF dos pacientes com capsulite adesiva no início e no fim do procedimento e identificar os fatores de risco associados à qualidade de vida satisfatória e à melhor capacidade funcional após o tratamento com bloqueio de nervo.

Material e métodos

Participantes

Fez-se um estudo de coorte prospectiva com pacientes com capsulite adesiva. Selecionaram-se os participantes durante consultas de rotina em uma clínica especializada de agosto/2010 a fevereiro/2012.

Incluíram-se pacientes adultos e idosos com capsulite adesiva que tivessem dor constante e prolongada com duração superior a quatro semanas, limitação da amplitude de

movimento ativa e passiva dos ombros, elevação anterior a 130°, rotação externa a 50° e rotação interna até L5.¹¹

Os critérios de inclusão foram sinais clínicos de capsulite adesiva, presença de osteopenia por desuso nas radiografias de ombro (incidência AP verdadeira, axilar e escapular) e redução no volume da cápsula articular associada à obliteração do recesso axilar na ressonância magnética do ombro realizada nos últimos 30 dias.

Excluíram-se os pacientes que tivessem ou relatassem esses dados: idade inferior a 24 anos, doenças concomitantes como laceração completa do manguito rotador, instabilidade, artrose glenoumeral e luxação bloqueada do ombro; sequelas motoras de acidente vascular encefálico (hemiplegia ou hemiparesia), história de cirurgia de mama nos últimos três meses; quimioterapia ou radioterapia; capsulite adesiva com envolvimento bilateral, cirurgia prévia no ombro afetado; diagnóstico de diabetes descompensada ou hemoglobina glicosilada superior a 7% nos 30 dias anteriores; ou infiltração subacromial ou bloqueio do nervo supraescapular (SSNB) nos 15 dias anteriores ao recrutamento.

Ferramentas de avaliação

Os pacientes incluídos no estudo preencheram os instrumentos WHOQOL-BREF e DASH no início e no fim do tratamento, em ambiente privado, sem a presença de ninguém. Os questionários foram autoaplicados e os pacientes gastaram uma média de 15 minutos por instrumento. Imediatamente após a inclusão do paciente no estudo, iniciou-se o tratamento semanal da capsulite adesiva com SSNB.

Fez-se a avaliação final quando a pontuação de Constant-Murley fosse maior ou igual a 55 pontos. Esse método clínico avalia a dor (15 pontos), as atividades de vida diária (20 pontos), a mobilidade articular ativa (40 pontos) e a força do ombro (25 pontos).¹² Esse parâmetro foi usado para decidir se o bloqueio de nervo deveria ou não ser continuado e foi aplicado no início de cada consulta semanal do paciente.

Técnica de SSNB

Os SSNB foram feitos por apenas um médico treinado via acesso posterior, de acordo com a técnica Dangoisse,¹³ em regime ambulatorial, sem a ajuda de um estimulador de nervo periférico nem de técnicas de imagem. Usaram-se 8 mL de cloridrato de bupivacaína a 0,5% com bitartrato de epinefrina 1:200.000, sem a associação de corticoides.

Coleta de dados

Trataram-se as variáveis de exposição de acordo com categorias predeterminadas: idade em anos no momento do recrutamento; gênero masculino/feminino; escolaridade (maior ou igual a oito anos de escolaridade formal); estado civil (solteiro/casado); dor no momento do recrutamento (leve ou moderada/grave),¹² classificação da doença (primária/secundária),¹⁴ gravidade da doença no momento do recrutamento (não grave/grave),¹⁴ duração da doença (menor ou igual a três/superior a três meses), quantidade de bloqueios de nervo (inferior a três/maior ou igual a três). Consideraram-se também outras variáveis: lado do ombro

afetado (direito/esquerdo), dominância (destro/sinistro); e sono (não afetado/afetado).¹²

Desfechos

As variáveis de desfecho foram a QV e a CF. Usaram-se para avaliação os dois instrumentos mencionados acima, o WHOQOL-BREF e o DASH. O WHOQOL-BREF inclui 26 questões gerais de QV e é composto pelos domínios físico, psicológico, relacionamento social e ambiente. O escore final para cada domínio pode variar de 0 a 100, em que 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.⁴ O DASH é um instrumento com boa consistência interna que usa 30 questões para avaliar a CF dos pacientes com transtornos de membro superior. Quanto maior a pontuação, maior a incapacidade funcional.⁶

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Dr. Henrique Santillo/GO em 23/06/2010 sob o número 0014.0.177.000-10.

Análise estatística

Os dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Office Excel e analisados com os programas *Statistical Package of Social Sciences* (IBM - SPSS 20.0) e Stata 12.0. Usou-se o coeficiente de confiabilidade de Cronbach para avaliar a consistência interna dos instrumentos.

Apresentaram-se as variáveis de exposição e outras variáveis como números absolutos e frequências. Calcularam-se as pontuações dos domínios DASH e WHOQOL-BREF de cada paciente tanto no início quanto ao final do tratamento. As pontuações DASH e os escores em cada um dos domínios do WHOQOL-BREF foram transformados em uma escala de zero a 100.

Em razão da sua distribuição não normal, calcularam-se as medianas, os intervalos interquartis e os valores mínimos e máximos dos escores do DASH e domínios do WHOQOL-BREF. Para comparar a distribuição dos escores (medianas) no início e ao final do tratamento, foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras pareadas. Construíram-se gráficos Boxplot para os escores do DASH e domínios do WHOQOL-BREF usando as medianas e os intervalos interquartis.

Para identificar as variáveis associadas a uma qualidade de vida satisfatória e a uma melhor capacidade funcional, realizou-se uma análise univariada utilizando o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, conforme apropriado.

Todas as variáveis de desfecho foram dicotomizadas. Inicialmente, calculou-se a mediana das questões de cada paciente para dicotomizar os valores em cada domínio do WHOQOL-BREF em satisfatória e insatisfatória. Se a mediana de um paciente era maior ou igual a quatro, sua QV era considerada satisfatória. Para dicotomizar os escores do DASH, calculou-se a mediana de cada paciente nas questões. Se a mediana fosse menor que três, o paciente era considerado como tendo uma CF melhor.

Todas as variáveis de exposição que tiveram um valor de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão multivariada de Poisson com ajuste robusto. Estimaram-se as razões de taxas de incidência (IRR) utilizando os respectivos intervalos de confiança de 95% e níveis de significância.

Tabela 1 – Dados clínicos e sociodemográficos da população estudada (n = 43)

Variáveis	n	%
Idade		
> 50	29	67,4
≤ 50	14	32,6
Sexo		
Masculino	20	46,5
Feminino	23	53,5
Escolaridade		
> 8 anos	26	60,5
≤ 8 anos	17	39,5
Estado civil		
Casado	11	25,6
Solteiro	32	74,4
Lado		
Direito	18	41,9
Esquerdo	25	58,1
Dominância		
Destro	41	95,3
Sinistro	02	4,7
Classificação		
Primária	15	34,9
Secundária	28	65,1
Dor		
Leve/Moderada	22	51,2
Grave	21	48,8
Sono		
Afetado	04	9,3
Não afetado	39	90,7
Gravidade		
Não grave	37	86
Grave	06	14
Duração da doença		
≤ 3 meses	13	30,2
> 3 meses	30	69,8

Para todas as análises estatísticas, o nível de significância foi fixado em 5%.

Resultados

Participaram do estudo 47 pacientes. Não foi possível calcular os escores de qualidade de vida e capacidade funcional de quatro pacientes no fim do tratamento, que foram então excluídos do estudo. Assim, a amostra final foi composta por 43 pacientes.

A média de idade foi de 54,7 anos, de 40 a 75, e 23 (53,5%) dos participantes eram do sexo feminino. A maioria (60,5%) tinha mais de oito anos de escolaridade formal. A forma secundária da doença ocorreu em 65,1% dos casos, com hipotireoidismo e diabetes mellitus em 11,6% e 4,7% dos casos, respectivamente (tabela 1).

Avaliou-se a consistência interna do DASH e WHOQOL-BREF no início e no fim do tratamento. No WHOQOL-BREF, calculou-se o alfa de Cronbach para os domínios, as questões e cada domínio individualmente, como mostrado na tabela 2. Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos para as

Tabela 2 – Coeficiente α de Cronbach do WHOQOL-BREF e DASH (n = 43)

	α de Cronbach	Número de itens
WHOQOL-BREF		
26 questões		
Inicial	0,91	26
Final	0,91	
Domínios		
Inicial	0,90	24
Final	0,90	
Domínio físico		
Inicial	0,85	7
Final	0,68	
Domínio psicológico		
Inicial	0,73	6
Final	0,82	
Domínio social		
Inicial	0,62	3
Final	0,70	
Domínio ambiental		
Inicial	0,77	8
Final	0,80	
DASH		
Inicial	0,95	30
Final	0,96	

Tabela 3 – Mediana, valores mínimo e máximo e intervalo interquartil dos escores do DASH e WHOQOL-BREF no início e no fim do tratamento em pacientes com capsulite adesiva (n = 43)

Domínios	Mínimo-máximo	Mediana	Intervalo interquartil
Físico			
Inicial	11–86	46,43	28,57–60,71
Final	36–93	67,86	60,71–78,57
Psicológico			
Inicial	25–88	66,67	50,00–79,17
Final	25–96	79,17	62,50–83,33
Social			
Inicial	17–100	66,67	58,33–83,33
Final	25–100	75,00	66,67–83,33
Ambiental			
Inicial	19–91	62,50	50,00–71,88
Final	22–94	68,75	56,25–75,00
DASH			
Inicial	16–100	64,16	50,00–74,16
Final	5–85	38,33	30,00–57,50

questões e para os domínios mostraram consistência interna satisfatória para o WHOQOL-BREF e o DASH. Quando avaliados individualmente, o domínio relacionamentos sociais apresentou os valores mais baixos.

A tabela 3 mostra as medianas, os intervalos interquartis e valores mínimos e máximos do DASH e domínios do WHOQOL-BREF no início e no fim do tratamento. A qualidade de vida melhorou em todos os domínios WHOQOL-BREF após o tratamento quando comparado com a avaliação

Tabela 4 – Análise univariada de fatores de risco associados aos domínios do WHOQOL-BREF e DASH (n = 43)

Variáveis de exposição	total	PD		PsD		SD		ED		DASH	
		QV +	p	QV +	p	QV +	p	QV +	p	CF +	p
Sexo											
Masculino	20	16	0,056	15	0,935	17	1.000	12	0,954	13	0,158
Feminino	23	12		17		19		14		10	
Idade											
> 50	29	23	0,008	26	0,002	25	0,665	20	0,101	18	0,104
≤ 50	14	05		06		11		06		05	
Estado civil											
Casado	11	07	1.000	09	0,698	09	1.000	08	0,480	07	0,434
Solteiro	32	21		23		27		18		16	
Escolaridade											
> 8 anos	26	20	0,045	21	0,295	23	0,407	19	0,036	17	0,053
≤ 8 anos	17	08		11		13		07		06	
Duração da doença											
≤ 3 meses	13	11	0,096	09	0,709	10	0,655	08	0,925	08	0,486
> 3 meses	30	17		23		26		18		15	
Gravidade											
Não grave	37	26	0,161	28	0,637	31	1.000	23	0,666	20	1,000
Grave	06	02		04		05		03		03	
Classificação											
Primária	15	11	0,408	11	1,000	12	0,680	10	0,543	09	0,531
Secundária	28	17		21		24		16		14	
Nº de SSNB											
< 3	25	19	0,078	22	0,031	22	0,427	15	0,941	15	0,313
≥ 3	18	09		10		14		11		08	
Dor											
Leve/moderada	22	17	0,087	16	0,795	19	0,698	13	0,850	12	0,887
Grave	21	11		16		17		13		11	

CF+, melhor capacidade funcional; ED, domínio ambiental; N°, número; PD, domínio físico; PsD, domínio psicológico; SD, domínio social; QV+, qualidade de vida satisfatória; SSNB, bloqueio do nervo supraescapular.

pré-SSNB. Houve também um aumento significativo na capacidade funcional do ombro afetado, medida com o DASH ($p < 0,001$).

Depois da dicotomização dos desfechos, a análise univariada identificou variáveis de exposição associadas a uma QV satisfatória em cada domínio do WHOQOL-BREF e a uma melhor CF no DASH. Somente o domínio social não obteve variáveis para inclusão no modelo de regressão multivariada de Poisson (tabela 4).

Pacientes mais idosos estiveram independentemente associados à QV satisfatória nos domínios físico e psicológico do WHOQOL-BREF. A maior escolaridade foi preditor de escores mais elevados nos domínios físico e ambiental. As questões de domínio físico 3, 10, 17 e 18 foram as que mais contribuíram para a alta QV entre as pessoas com mais de 50 anos, enquanto as perguntas 3, 4 e 18 foram as que mais contribuíram para os que tinham mais de oito anos de escolaridade. Esses dois fatores também favoreceram a CF aumentada no ombro afetado, conforme medido pelo DASH. Uma menor quantidade de bloqueios nervosos contribuiu para melhores escores de QV apenas no domínio psicológico e um diagnóstico de capsulite adesiva não grave resultou em escores mais elevados apenas no domínio físico do WHOQOL-BREF (tabela 5).

Tabela 5 – Análise de regressão multivariada de Poisson dos fatores de risco para os domínios do WHOQOL-BREF e DASH (n = 43)

	IRR ^a	IC 95% ^b	p
Domínio físico^c			
Idade > 50 anos	1,40	1,20–1,61	0,000
Capsulite não grave	1,37	1,13–1,68	0,002
Escolaridade > 8 anos	1,19	1,01–1,40	0,041
Duração da doença ≤ 3 meses	1,19	0,99–1,43	0,063
Domínio psicológico^d			
Idade > 50 anos	1,46	1,25–1,70	0,000
Quantidade de bloqueios de nervo < 3	1,34	1,15–1,57	0,000
Domínio ambiental^d			
Idade > 50 anos	1,21	1,00–1,48	0,053
Escolaridade > 8 anos	1,28	1,05–1,54	0,012
DASH^d			
Idade > 50 anos	1,21	1,01–1,45	0,040
Escolaridade > 8 anos	1,21	1,00–1,45	0,048

^a Razão de taxas de incidência.

^b Intervalo de confiança.

^c Ajustado por sexo e dor.

^d Ajustado por sexo.

Discussão

A compreensão da QV dos pacientes com capsulite adesiva ainda é limitada, embora a doença seja relativamente comum. O presente estudo mostrou uma melhor qualidade de vida e capacidade funcional desses pacientes após o tratamento com SSNB. A idade acima de 50 anos e o ensino superior foram os principais fatores associados à QV satisfatória e melhor CF.

O presente estudo confirmou os achados de Baums *et al.*, que encontraram que o domínio físico da QV de pacientes com capsulite adesiva estava comprometido antes da liberação cirúrgica.¹⁵ Esse resultado faz sentido porque, além da dor crônica, os pacientes com capsulite adesiva frequentemente experimentam alterações nos padrões de sono e na capacidade de fazer atividades diárias.¹⁶ Os resultados do presente estudo confirmaram que as pontuações em todos os domínios da QV aumentaram significativamente após o tratamento. A menor diferença nos escores no início e no fim do tratamento foi no domínio social, conforme também relatado por Lorbach *et al.*¹⁷ Isso sugere que a capsulite adesiva não afeta muito as relações interpessoais. Os escores DASH apresentaram incapacidade significativa no momento do recrutamento e um aumento na CF no período do estudo no ombro afetado pela capsulite adesiva, o que corrobora os resultados de Hsieh *et al.*¹⁸ e Buchbinder *et al.*¹⁹

A relação entre a idade e a QV tem sido relativamente controversa. Um ano após um acidente de trânsito e em casos de câncer de testículo, respectivamente, Khati *et al.*²⁰ e Fleer *et al.*²¹ encontraram que os indivíduos mais jovens apresentaram maiores escores de QV, enquanto estudos com pacientes com transtornos mentais e doenças orais encontraram maiores escores de QV entre os idosos.^{22,23} Esses resultados sugerem que a variabilidade na associação entre a idade e a QV provavelmente depende do tipo de problema de saúde e das diferenças de sensibilidade cultural da ferramenta de avaliação da QV.²⁴⁻²⁶ No Brasil, a menor experiência em lidar com deficiências e/ou perdas financeiras pode significar que os indivíduos mais jovens têm maior dificuldade de adaptação à sua nova condição.²⁷ Também é razoável supor que aqueles com escolaridade mais elevada não perderiam oportunidades por causa da doença e que sua adaptação à incapacidade temporária seria facilitada pelo melhor acesso às informações de saúde.

Passar por menos de três bloqueios nervosos esteve associado a uma maior pontuação no domínio psicológico, possivelmente porque procedimentos invasivos sucessivos têm o potencial de aumentar a ansiedade do paciente. Também é possível que as pessoas com melhores desfechos psicológicos precisassem de menos intervenção porque estavam mais satisfeitos com sua condição. É indispensável mencionar que o status psicológico e o perfil do ser humano são um importante fator de melhoria.²⁸ A menor gravidade dos pacientes com capsulite adesiva resultou em maiores pontuações no domínio físico do WHOQOL-BREF, provavelmente porque a menor limitação dos movimentos do ombro facilitou a capacidade de realizar atividades diárias, bem como a capacidade de trabalho e a satisfação com o sono.¹⁶

À medida que a idade cronológica aumenta, as pessoas se tornam menos ativas e gradualmente menos capazes de fazer

atividades cotidianas.^{29,30} Entretanto, uma avaliação objetiva da CF nem sempre coincide com a percepção do indivíduo sobre a sua incapacidade, medida pelo DASH. Neste estudo, os pacientes mais velhos relataram melhor CF do ombro do que os pacientes mais jovens, talvez porque tinham mais recursos disponíveis para se adaptar ou aceitar as limitações impostas pela doença. A associação entre a baixa escolaridade e a CF mais baixa poderia ser explicada pela maneira inadequada de lidar com a sua incapacidade.³¹

Entre as limitações do estudo, a amostra de conveniência pode não ser verdadeiramente representativa de todos os pacientes com capsulite adesiva e pode ter sido insuficiente para detectar todas as associações. Fatores de risco como comorbidades e outras modalidades terapêuticas não foram analisados neste estudo. Por outro lado, todos os pacientes deste estudo receberam uma avaliação clínica completa pelo mesmo cirurgião ortopédico e a capsulite adesiva foi confirmada por exames de imagem (radiografia e ressonância magnética). Um dos pontos fortes do estudo é o seu desenho prospectivo e o uso das ferramentas de avaliação da QV e CF traduzidas e validadas para o português, o que possibilita comparações com diferentes culturas.

Este estudo forneceu evidências de uma associação entre características sociodemográficas e a melhoria na qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com capsulite adesiva. Esses resultados podem contribuir para uma visão mais ampla da saúde desses pacientes e pode ser útil para os profissionais que atendem indivíduos que recebem o mesmo tipo de tratamento usado nesta pesquisa.

Existe uma associação entre os dados sociodemográficos e a melhoria dos desfechos estudados. Essa informação pode ser útil para os profissionais que usam os SSNB no tratamento dessa doença, que precisam prestar atenção nessas variáveis para obter melhores resultados clínicos. A avaliação subjetiva dos construtos QV e CF expande o conhecimento do profissional além de perspectivas meramente clínicas, compreende-se como os pacientes pensam, sentem e agem na presença da capsulite adesiva. O cuidado desses pacientes com a apreciação da sua subjetividade e seus fatores relacionados ganha novas nuances, uma vez que o médico que os atende deve reconhecer que diferentes indivíduos não dão importância às mesmas coisas e que, portanto, devem abordá-los de maneira individualizada. Recomenda-se um estudo populacional com técnicas de amostragem probabilística para abordar todas as variáveis da presente pesquisa.

Conclusão

A QV e a CF dos pacientes com capsulite adesiva melhoram pós-procedimento de SSNB. A idade mais avançada e a maior escolaridade são os principais fatores de risco associados a uma qualidade de vida satisfatória e a um aumento na capacidade funcional do ombro após o tratamento com bloqueio de nervo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Nesvold IL, Reinertsen KV, Fossa SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv.* 2011;5:62-72.
- Paananen M, Taimela S, Auvinen J, Tammelin T, Zitting P, Karppinen J. Impact of self-reported musculoskeletal pain on health-related quality of life among young adults. *Pain Med.* 2011;12:9-17.
- Piitulainen K, Ylinen J, Kautiainen H, Häkkinen A. The relationship between functional disability and health-related quality of life in patients with a rotator cuff tear. *Disabil Rehabil.* 2012;34:2071-5.
- Fleck MPA, Louzada S, Marta X, Cachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *J Public Health.* 2000;34:178-83.
- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:21-8.
- Aktekin LA, Eser F, Baskan BM, Sivas F, Malhan S, Öksüz E, et al. Disability of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire in rheumatoid arthritis patients: relationship with disease activity, HAQ, SF-36. *Rheumatol Int.* 2011;31:823-6.
- Staples MP, Forbes A, Green S, Buchbinder R. Shoulder-specific disability measures showed acceptable construct validity and responsiveness. *J Clin Epidemiol.* 2010;63:163-70.
- Beaton DE, Richards RR. Measuring function of the shoulder. *J Bone and Joint Surg.* 1996;78:882-90.
- De Carli A, Vadalà A, Perugia D, Frate L, Iorio C, Fabbri M, et al. Shoulder adhesive capsulitis: manipulation and arthroscopic arthrolysis or intra-articular steroid injections. *Int Orthop.* 2012;36:101-6.
- Fernandes MR. Correlation between functional disability and quality of life in patients with adhesive capsulitis. *Acta Ortop Bras.* 2015;23:81-4.
- Zuckerman JD, Rokito A. Frozen shoulder: a consensus definition. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20:322-5.
- Constant CR, Murley AHG. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop Relat Res.* 1987;214:160-4.
- Fernandes MR, Barbosa MA, Sousa ALL, Ramos GC. Bloqueio do nervo supraescapular: procedimento importante na prática clínica Parte II. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:616-22.
- Zuckerman JD, Cuomo F, Rokito S. Definition and classification of frozen shoulder: a consensus approach. *J Shoulder Elbow Surg.* 1994;3:S72.
- Baums MH, Spahn G, Nozaki M, Steckel H, Schultz W, Klinger HM. Functional outcome and general health status in patients after arthroscopic release in adhesive capsulitis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2007;15:638-44.
- Hand C, Clipsham K, Rees JL, Carr AJ. Long-term outcome of frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 2008;17:231-6.
- Lorbach O, Kieb M, Scherf C, Seil R, Kohn D, Pape D. Good results after fluoroscopic-guided intra-articular injections in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2010;18:1435-41.
- Hsieh LF, Hsu WC, Lin YJ, Chang HL, Chen CC, Huang V. Addition of Intra-articular Hyaluronate injection to physical therapy program produces no extra benefits in patients with adhesive capsulitis of the shoulder: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93:957-64.
- Buchbinder R, Hoving JL, Green S, Hall S, Forbes A, Nash P. Short course prednisolone for adhesive capsulitis (frozen shoulder or stiff painful shoulder): a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:1460-9.
- Khati I, Hours M, Charnay P, Chossegros L, Tardy H, Nhac-Vu H, et al. Quality of life one year after a road accident: Results from the adult ESPARR cohort. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013;74:301-11.
- Fleer J, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, Tuinman MA, Klip EC, Hoekstra-Weebers JEHM. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer-related variables, and life events. *Support Care Cancer.* 2006;14:251-9.
- Fontanive V, Abegg C, Tsakos G, Oliveira M. The association between clinical oral health and general quality of life: a population-based study of individuals aged 50-74 in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41:154-62.
- Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affective Disord.* 2005;86:205-13.
- Lin SC, Kakigi C. Additive effect of age-related macular degeneration and glaucoma on quality of life. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2016;44:365-6.
- Yilmaz F, Sahin F, Ergoz E, Deniz E, Ercalik C, Yucel SD, et al. Quality of life assessments with SF 36 in different musculoskeletal diseases. *Clin Rheumatol.* 2008;27:327-32.
- Schneeberger EE, Marengo MF, Dal Pra F, Cocco JAM, Citera G. Fatigue assessment and its impact in the quality of life of patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2015;34:497-501.
- Mercier C, P'eladeau N, Tempier R. Age gender and quality of life. *Community Ment Health J.* 1998;34:487-500.
- Van Wijk A, Lindeboom JA, Jongh A, Tuk JG, Hoogstraten J. Pain related to mandibular block injections and its relationship with anxiety and previous experiences with dental anesthetics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114:S114-9.
- Gelfman R, Beebe TJ, Amadio PC, Larson DR, Basford JR. Correlates of upper extremity disability in medical transcriptionists. *J Occup Rehabil.* 2010;20:340-8.
- Giron P. Time trends in self-rated health and disability in older spanish people: differences by gender and age. *Iran J Public Health.* 2016;45:289-96.
- Van Eijsden-Besseling MD, Van den Bergh KA, Staal JB, De Bie RA, Van den Heuvel WJ. The course of nonspecific work-related upper limb disorders and the influence of demographic factors, psychologic factors, and physical fitness on clinical status and disability. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91:862-7.