

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS
RHEUMATOID ARTHRITIS: IMPLICATIONS ON THE FUNCTIONAL CAPACITIES OF PEOPLE

Elisabete Figueiredo¹
Rosa Martins²

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE;

²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A Artrite Reumatóide (AR) é uma patologia com profundas implicações na funcionalidade das pessoas, com efeitos significativos não só ao nível do funcionamento físico, mas também a nível emocional, familiar, social e económico.

OBJETIVOS

Avaliar a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide; Analisar a relação das variáveis sócio demográficas, clínicas, dor e qualidade do sono com a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide.

MÉTODOS

Estudo não experimental, transversal, descritivo correlacional e de carácter quantitativo, realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 75 pessoas com o diagnóstico de AR, acompanhadas na Unidade de Dor, na Consulta de Reumatologia e na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados que integra uma secção de caracterização sócio demográfica e clínica, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI e o Health Assessment Questionnaire – HAQ.

RESULTADOS

Constatou-se que 60,0% dos inquiridos apresenta dificuldades/incapacidades leves no desempenho das atividades da vida diária, 32,0% apresenta já dificuldades moderadas e 8,0% incapacidade grave, sendo que o valor médio da funcionalidade global avaliado por meio do HAQ foi de 1,48, o que revela a existência de uma incapacidade moderada na nossa amostra. Das variáveis sócio demográficas, a idade ($p=0,003$), a situação laboral ($p=0,000$), a escolaridade ($p=0,006$) e os rendimentos mensais ($p=0,001$) têm influência no estado funcional das pessoas com AR. Das variáveis clínicas, a intensidade da dor ($p=0,007$) e o tempo de diagnóstico da doença ($p=0,013$) mostraram relacionarem-se com a funcionalidade. Em relação à qualidade do sono, apenas existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “levantar-se” ($p=0,030$) e “caminhar” ($p=0,034$), sendo que a má qualidade de sono configurou-se em 94,7% dos inquiridos.

CONCLUSÕES

As evidências encontradas neste estudo referem que a idade, a situação laboral, a escolaridade, os rendimentos mensais, o tempo de diagnóstico, a intensidade da dor e a qualidade do sono, associam-se a uma pior funcionalidade nas pessoas com AR. O diagnóstico precoce, a adoção de medidas para a promoção da boa qualidade do sono, a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, e ações de formação direcionadas aos doentes com AR, devem ser estratégias a desenvolver junto desta população, numa tentativa de minimizar o impacto negativo que esta doença acarreta.

PALAVRAS CHAVE

Artrite Reumatóide; Sono; Dor; Funcionalidade.

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Rheumatoid Arthritis (RA) is a disease with intense implications on the functional capacities of people and significant side effects not only in terms of physical functioning, but also at the emotional, family, social and economic levels.

OBJECTIVES

To evaluate the functional capacity of people with rheumatoid arthritis and analyze its connection to sociodemographic, clinical, pain and quality of sleep variables.

METHODS

Non experimental, cross-sectional, descriptive, correlational and quantitative approach study, carried out in a non-probabilistic convenience sample consisting of 75 people diagnosed with RA, attended on the Pain Unit at the Rheumatology Consultation and at the Medical Physics Rehabilitation CHTV, EPE. For the measurement of the variables it was used a data collection instrument that integrates a section of sociodemographic and clinical classification, the Index of Sleep Quality Pittsburgh- PSQI and the Health Assessment Questionnaire- HAQ.

RESULTS

It was found that 60.0% of the study's participants have difficulties/mild disabilities in the performance of their daily routine; 32.0% have already moderate difficulties; and 8.0% have severe disabilities. The average of the overall functional capacities, according to the HAQ assessment, was 1.48, which reveals a moderate disability in the studied sample. In demographic variables, age ($p = 0.003$), employment status ($p = 0.000$), education ($p = 0.006$) and monthly income ($p = 0.001$) influence the functional status of people with RA. In clinical variables, the intensity of pain ($p = 0.007$) and the time of disease's diagnosis ($p = 0.013$) showed how they are relate to the functional capacities. Regarding the quality of sleep, there are only statistically significant differences in the subscales "getting up" ($p = 0.030$) and "walking" ($p = 0.034$), the poor sleep quality was confirmed in 94.7% of participants.

CONCLUSIONS

The evidence, found in this study, shows that age, employment status, education level, monthly income, time for diagnosis, intensity of pain and quality of sleep are associated, with worse functional capacities, in people with RA. Early diagnosis, the adoption of measures to promote good sleep quality, pharmacological and nonpharmacological procedures for pain relief, and training activities directed to patients with RA are strategies to be developed with this population, in an attempt to minimize the negative side effects of this disease.

KEYWORDS

Rheumatoid arthritis; Sleep; Ache; Functionality.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida que pode ocorrer em todas as idades e apresenta, como manifestação maior, o envolvimento repetido e habitualmente crônico, das estruturas articulares e periarticulares. De acordo com Reis (2011, p. 1), a AR tem, muitas vezes, uma evolução progressiva, destrutiva e deformante, afetando cerca de 1% da população mundial e todas as etnias. Este autor refere ainda, que "são as articulações periféricas as primeiras a serem afetadas pela AR, particularmente as das mãos e dos pés. É assim afetada a capacidade de mobilização e locomoção, sendo as atividades do dia-a-dia as primeiras a serem comprometidas. (...) quando não tratada precocemente, a incapacidade funcional é uma consequência natural da doença, agravando-se com a sua progressão."

A AR é, assim, uma doença com enorme relevância em termos de incidência e prevalência, mas igualmente devido à incapacidade física que induz e aos custos económicos que suscita. A

incapacidade física implica uma incapacidade funcional, relacionada com a destruição articular e dor causada pela doença (Harrison, 2003). De acordo com Lucas e Monjardino (2010), citados por Reis (2011, p.4), "a prevalência e a incidência da AR em Portugal não estão ainda determinadas com rigor, mas poderão aproximar-se dos valores previamente descritos noutras zonas do sul da Europa (cerca de 0,3%)".

O estado funcional, ou capacidade funcional, pode ser definido como a aptidão da pessoa para realizar determinadas tarefas que lhe permitam cuidar de si mesmo e ter uma vida independente. Apesar do envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, o seu processo potencializa a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer as atividades de vida diárias (AVD'S) com autonomia.

Ribeiro e Paúl (2011), cit in Martins e Mestre (2014, p. 155), defendem que "o envelhecimento bem-sucedido pode ser olhado de múltiplas e variadas perspetivas, contudo deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela, um alto nível de funcionamento mental e físico e

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

um envolvimento ativo no ciclo vital”. No entanto, Cunha (2007, p.40), cit in Pinto e Martins (2013, p.4), refere que “viver mais tempo, aumenta em 80% as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”.

Uma das consequências do aumento da população idosa é o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, sendo que 88% dos indivíduos com mais de 65 anos apresenta pelo menos uma patologia crónica e 21% possui incapacidades crónicas, sendo as mulheres as mais afetadas uma vez que 35% a 50% entre os 70-80 anos apresenta dificuldades de locomoção e na realização de tarefas diárias (Pinto & Martins, 2013). Ou seja, mesmo em pessoas sadias existe perda da capacidade funcional ao longo da vida e na AR tal perda é mais expressiva (Oliveira et al. 2015). Nos doentes com AR, as mudanças erosivas e progressivas que ocorrem na cartilagem e osso levam a deformidades e a incapacidades que podem ocorrer de forma grave, precoce e permanente. As consequências negativas da AR no estado funcional dos doentes são multidimensionais, com perda de força muscular e resistência e perda da amplitude de movimento das articulações. Por conseguinte, existe redução da capacidade funcional e mudanças na Qualidade de Vida. Consequentemente à deterioração da qualidade de vida dos doentes, incluindo o autocuidado e as atividades de vida diárias, há também um decréscimo na capacidade funcional e produtividade relativamente às atividades laborais/profissionais, o que leva a consequências económicas graves. Os custos económicos advêm dos tratamentos farmacológicos de longa duração, cirurgias, reabilitação física, dias de trabalho perdidos, pelo próprio e pelos familiares que os acompanham, e reformas antecipadas por incapacidade para o trabalho. O sucesso do tratamento dos doentes com AR depende significativamente de uma adequada avaliação da atividade da doença. Esta, por sua vez, determina a velocidade do avanço da doença e o seu potencial para o desenvolvimento de desordens anatómicas e funcionais (Jovanovic et al., 2015).

Freitas et al. (2013) afirmam que a dor e o desconforto provocados pela AR podem levar a graves consequências para os idosos, contribuindo para a perda da funcionalidade, má qualidade do sono, comprometimento da participação social, com importantes repercussões negativas na saúde e no bem-estar dos indivíduos nesta faixa etária.

Um estudo de Luyster, Chasens, Wasko e Dunbar-Jacob (2011), demonstrou que a má qualidade do sono está associada aos altos níveis de sintomas depressivos, maior intensidade da dor, aumento da fadiga e maior incapacidade funcional dos doentes com AR. A deficiência física resultante da artrite reumatóide pode limitar a capacidade dos doentes em realizar algumas atividades de vida diárias como o andar, vestir e higiene, e realizar estas tarefas pode ser ainda mais difícil para quem sofre com fadiga, dor e depressão. É provável que a incapacidade funcional seja a causa da depressão, dor e fadiga, que por sua vez afetam a qualidade do sono. Não dormir bem à noite pode contribuir

para aumentar a dor e a sensação de cansaço durante o dia, o que consequentemente pode limitar a capacidade do doente de realizar as atividades de vida diárias.

Assim, considerando a natureza crónica da AR, torna-se fundamental a avaliação funcional da incapacidade provocada por esta doença. De acordo com Santos et al (1996, p. 15) a versão curta do HAQ-c desenvolvida por Fries na década de 80 é a mais utilizada internacionalmente, pois este foi concebido especificamente para avaliar os doentes reumáticos. Além da dor, avalia a capacidade funcional. A sua validade e fiabilidade já foram demonstradas, é de preenchimento rápido e foi concebido para ser aplicado como auto-questionário.

Partindo dos pressupostos atrás descritos, desenvolvemos o presente estudo tendo como principal objetivo avaliar o estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide e os fatores que nela intervêm, pretendendo ainda demonstrar que a pessoa com AR poderá beneficiar da intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação.

MÉTODOS

É reconhecido o impacto que o estado funcional e a qualidade do sono podem ter no quotidiano da população com AR. Poderão ser muitas as causas que originam uma degradação do estado funcional destes indivíduos. Estas causas poderão ter a sua génese em fatores sócio demográficos, na duração da doença, na presença de dor, na qualidade do sono, ou outros. Neste sentido delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

- Avaliar o estado funcional das pessoas com artrite reumatóide;
- Analisar a relação das variáveis sócio demográficas, clínicas, dor e qualidade do sono com o estado funcional funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide.

O desenho da nossa investigação enquadra-se no tipo de estudo não experimental, transversal, numa lógica de análise descritivo-correlacional, e de carácter quantitativo. O modelo conceptual que seguidamente apresentamos procura demonstrar o conjunto de variáveis em estudo e a relação que procuramos averiguar entre elas (Figura 1).



Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

A amostra selecionada para este estudo foi do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 75 pessoas com AR, que são acompanhadas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE. Para a consecução da amostra foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

- Possuir diagnóstico de Artrite Reumatóide e estar inscrito na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE;
- Ter mais de 18 anos;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento, depois de devidamente informados sobre o assunto.

Foi aplicado um questionário constituído, numa primeira parte, pelos dados sócio-demográficos e pelas variáveis de caracterização clínica da AR e por duas escalas, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e pelo Health Assessment Questionnaire – Versão Portuguesa (HAQ-c). Em 1988, J. Buysse e colaboradores construíram o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh no intuito de disporem de um instrumento que avaliasse a qualidade de sono de um sujeito no intervalo de um mês e que pudesse ser utilizado em ensaios clínicos (Buela-Casal; Sanchez, 2002). Imediatamente, este instrumento foi amplamente utilizado e adotado em inúmeros trabalhos de investigação. O PSQI integra 19 perguntas auto-aplicadas que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna (Buela-Casal; Sanchez, 2002). Foi posteriormente traduzido, adaptado e validado por Alessandra Bertolazi, em 2008, para português do Brasil. O Health Assessment Questionnaire foi construído por J. F. Fries e seus colaboradores da Universidade de Stanford (EUA) em 1982. Em 1990 foi publicada a adaptação para português do Brasil, contudo a realidade sócio-cultural brasileira e a terminologia adaptada tornaram impraticável a sua aplicação em Portugal, pelo que em 1996 a escala foi validado para a população portuguesa por R. Santos, P. Reis, L. Rebelo, F. Dias, C. Rosa e M. Queiroz. Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção da capacidade funcional nos doentes com AR. Trata-se de um questionário de auto-resposta, de avaliação funcional, com 20 itens distribuídos por 8 dimensões (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar, outras atividades) e, inclui ainda, uma escala visual analógica da dor (EVA) (Ribeiro, 2007, p.330-331). O HAQ avalia a capacidade funcional, de forma a classificar a dificuldade em realizar determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 pontos), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos).

RESULTADOS

Relativamente ao género e à idade destacamos a distribuição desigual na nossa amostra em que 80% dos participantes

pertencem ao género feminino, com uma média de idades de 54,75 anos enquanto apenas 20% pertencem ao género masculino com uma média de idades de 62,07 anos. O grupo etário predominante foi o que corresponde ao intervalo dos 51 aos 65 anos com 41,3% dos indivíduos. Quanto ao estado civil destacam-se os indivíduos casados ou em união de fato (69,33%). Os níveis de escolaridade são predominantemente baixos, pois 42,7% dos indivíduos possuem apenas o 1º ciclo (4ª classe) seguido pelo grupo que possui ensino superior com 17,3% dos doentes. Ao analisar a situação laboral e económica salienta-se o facto de 42,7% dos indivíduos se encontrarem já reformados existindo também um número significativo de indivíduos desempregados (18,7%). Na nossa amostra 60,3% assume dispôr de um rendimento mensal inferior a 500€. Ao caracterizar a situação clínica dos doentes com AR, verificamos que o diagnóstico da doença foi realizado por reumatologista em 40,0% dos casos, e em 37,3% pelo médico de família. Relativamente à medicação constatámos que, tal como no estudo de Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), a maioria dos nossos participantes utilizam no tratamento da doença os corticosteróides (76,0%), seguindo-se os AINES (64,0%) e as drogas modificadoras da doença (57,3%). Observámos que 52,0% dos participantes se encontra ligeiramente deprimido e apenas 28,0% refere não se sentir deprimido. Também Cunha, Ribeiro & André (2016, p.339) encontraram que 33,8% doentes com AR apresentavam depressão leve e 35% índices de depressão elevada, sendo que os homens manifestaram menos sintomatologia depressiva quando comparados com as mulheres (64,3% vs 27,3%), com diferenças significativas ($res=2.7$).

Referindo-nos à qualidade do sono, observámos que apenas quatro participantes no estudo, a que correspondem 5,3% da totalidade da amostra, apresentam uma boa qualidade de sono. A má qualidade de sono configura-se em 94,7% dos inquiridos e distribui-se de forma heterogénea por género (20,0% masculino e 74,7% feminino). Relativamente à capacidade funcional dos participantes, constatámos que as perturbações funcionais mais elevadas nos doentes com AR se encontram nas subescalas “alcançar” ($\bar{x}=2,01$), seguindo-se as “atividades” ($\bar{x}=1,70$), o “vestir-se” ($\bar{x}=1,65$) e o “caminhar” ($\bar{x}=1,58$). A subescala “apreensão” obteve um dos valores mais baixos ($=1,48$), o que nos surpreende uma vez que são as articulações das mãos, por norma as primeiras a serem afetadas. O valor médio da funcionalidade global avaliado por meio do HAQ foi de 1,48, o que revela a existência de uma incapacidade moderada na nossa amostra. Aferimos que 60,0% dos participantes apresentam dificuldades leves no desempenho das suas atividades de vida diárias, enquanto 32,0% apresentam dificuldades moderadas a graves e apenas 8,0% surgem com incapacidade grave a muito grave.

Relativamente à dor, observámos que 38,7% dos participantes apresenta dor intensa, seguindo-se 36,0% com dor moderada e 12,0% com dor ligeira. As modalidades de tratamento não farmacológicas são muitas vezes utilizadas como adjuvante

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

à terapia medicamentosa nos doentes com AR, facto que sai reforçado neste estudo uma vez que um pequeno grupo de participantes frequenta programas de Reabilitação. Porém, é uma prática ainda pouco divulgada uma vez que 90,5% dos participantes não frequenta programas de reabilitação e dos 9,5% que frequenta, fá-lo essencialmente com os fisioterapeutas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A idade, na nossa amostra, oscilou entre os 22 e 85 anos, o que vai ao encontro do descrito por vários autores ao referirem que a AR pode ocorrer em todas as idades. Resultados semelhantes têm sido divulgados recentemente, de que é exemplo o Brasil, onde, uma pesquisa conduzida por Oliveira et al. (2015, p.64), avaliou as alterações na capacidade funcional em doentes com AR num período de 3 anos, verificando-se o predomínio do género feminino com 29 mulheres para 3 homens, e uma média de idades de 53,8 anos. Também no Uruguai, Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), analisaram o impacto da AR sobre a capacidade funcional para o trabalho e a qualidade de vida relacionada com a saúde. No estudo desenvolvido também se verificou a predominância do género feminino com 88,7%, e uma média de idade de 51,9 anos.

Embora, no nosso estudo, a influência do género na funcionalidade não se ter revelado significativa, pela ordenação das médias, verificámos que são as mulheres que têm uma funcionalidade mais comprometida no dia-a-dia. Já a idade apresentou uma relação estatisticamente significativa com a funcionalidade uma vez que os participantes com mais idade (66-85) são os que apresentam pior funcionalidade. Tal como foi descrito anteriormente não é apenas a doença, mas também o próprio envelhecimento, que conduz ao aparecimento de incapacidades com o avançar da idade.

Também Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43) observaram que a maioria da amostra apresentava baixa escolaridade (24,5%). Os resultados do nosso estudo demonstram que os participantes com maiores habilitações são os mais funcionais em que se destaca associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a funcionalidade nas subescalas levantar, higiene e funcionalidade global. Ao analisar a situação laboral e económica salienta-se o facto de 42,7% dos indivíduos se encontrarem já reformados existindo também um número significativo de indivíduos desempregados o que é compreensível à luz da situação politico-social e ainda porque o decurso da doença e a perda funcional podem contribuir para a perda do emprego. Também Corbacho e Dapuetto (2010, p.30-43) verificam, na amostra estudada, que esta pertence maioritariamente à classe social economicamente baixa. Os resultados obtidos permitiram aferir que a situação laboral e o rendimento mensal influenciam de forma estatisticamente significativa a funcionalidade da pessoa com AR apresentando melhor nível de funcionalidade os que trabalham e os que auferem rendimentos superiores a 500€. Contrariamente ao que

refere Sokka cit. in Oliveira et al. (2015, p.66), não encontramos associação estatisticamente significativa entre o ser seguido em consulta de reumatologia e a funcionalidade dos doentes. Assim, consideramos que o funcionamento da consulta de reumatologia poderá ser optimizado no sentido de desenvolver um atendimento diferenciado dos doentes com AR e que se possa traduzir também em melhoria da sua funcionalidade.

Quanto ao tempo de evolução da doença, observa-se que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentam maior funcionalidade. Isso pode justificar-se devido à grande evolução no tratamento farmacológico que ocorreu na última década, com o aparecimento de novos fármacos e a inclusão de drogas modificadoras da doença, entre as quais a medicação biológica. Oliveira et al. (2015, p.64) estudou doentes com uma média de 12,2 anos de duração da doença, não tendo verificado perda de funcionalidade associada a esta variável. Por outro lado corroboramos a opinião de Jovanovic et al, (2015, p.24) ao demonstrar que, ter mais idade e maior tempo de doença, contribui significativamente para a perda da funcionalidade nos doentes com AR. Sabendo que esta é uma doença incapacitante, o tempo de evolução da mesma implica perda de funcionalidade justificando deste modo a observação de que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentem melhor funcionalidade.

Apesar de não termos encontrado associação entre o estado de ânimo e a funcionalidade, pois só se verificam diferenças estatisticamente significativas na subescala "levantar-se" ($p=0,004$), constatamos que são os participantes não deprimidos os mais funcionais. Este facto leva-nos a corroborar da opinião de Luyster et al, (2011, p.53) uma vez que a incapacidade funcional resultante da AR pode ter impacto não apenas na realização das atividades de vida diárias, mas também na vida social e recreativa e consequentemente afetar o estado de ânimo destes doentes. Sariyildiz et al. (2014) conduziram um estudo caso-controle, onde participaram 94 doentes com diagnóstico de AR e 52 doentes como grupo controle, com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e suas variáveis nos doentes com AR. A maioria dos doentes era do género feminino (81,5%) com uma média de idade de 46,20 anos. Os distúrbios do sono foram observados em 64,1% dos doentes com AR e, entre estes doentes, 43,3% tinham sintomas de depressão. A média de duração da doença foi de 4,66 anos. Neste estudo, verificou-se que os valores da PSQI indicaram má qualidade do sono nos doentes com AR em comparação com o grupo controle, considerando-se a atividade da doença e a depressão potenciadoras de má qualidade do sono.

Também Taylor-Gjevrev et al. (2011, p.152) avaliaram os componentes da qualidade do sono e as causas auto-identificadas que contribuem para a sua fragmentação, através de um estudo observacional onde participaram 223 doentes, 145 com AR e 78 com osteoartrose (OA). A alteração mais comum relatada por ambos os grupos foi a fragmentação do sono. A causa mais frequente de distúrbios do sono era "levantar-se para ir à casa-

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

de-banho" identificada por 51% dos doentes com AR e por 49% dos doentes com OA e a segunda mais comum, era a "dor", identificada como causa para o despertar por 33% dos doentes com AR e por 45% dos doentes com OA. O PSQI global superior a 5 indicou uma má qualidade do sono em 62,1% dos participantes com AR. Alguns doentes referiram ter perturbações do sono pré-existent (9,0%) enquanto 91,0% manifestou não conhecer ter perturbações do sono prévias.

No nosso estudo verificámos que são os participantes que têm sono de qualidade os que apresentam maior funcionalidade, no entanto, só encontramos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas "levantar-se" ($p=0,030$) e "caminhar" ($p=0,034$). Também Luyster et al (2011, p.53) sugerem que a má qualidade do sono está associada a pior funcionalidade nos doentes com AR e que esta relação pode ser explicada pela severidade da dor e pela fadiga, o que nos remete para a necessidade de uma intervenção mais eficaz a este nível no sentido de combater a perda de funcionalidade que lhe está associada.

Embora os nossos resultados sejam semelhantes aos apresentados por Wickrematilake e Wijeratne (2013, p.15-16) no seu estudo, outros como Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43) e Oliveira et al. (2015, p.64) apresentam resultados diferentes uma vez que o primeiro obteve uma média de 1,56 na HAQ, mas 77,3% dos doentes apresentavam dificuldades moderadas a graves, e o segundo apresentou um valor médio mais baixo que o nosso com 1,14 na HAQ.

Reportando-nos à intensidade da dor e funcionalidade dos participantes, os resultados do nosso estudo revelaram que a intensidade da dor se correlaciona com a funcionalidade, sobretudo nas subescalas "levantar-se", "alcançar" e "atividades", isto significa que os doentes que têm mais dor têm também mais dificuldades na realização das referidas atividades. No entanto, não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas "comer" e "apreensão".

Embora o nosso estudo revele que a maioria dos participantes apresenta dor intensa, Luyster et al. (2011), observaram que em média 46,23 dos participantes referem ter dor intensa/grave. Já Corbacho e Dapuetto (2010, p. 33) verificaram que a dor intensa era referida por 60,0% dos doentes no seu estudo.

Considerando que um dos principais objectivos, no tratamento dos doentes com AR, é o alívio da dor, os dados obtidos levam-nos a pensar na necessidade de se alargar o leque das medidas analgésicas a utilizar e a possibilidade do recurso a medidas não farmacológicas para o alívio da dor, também estas inseridas no âmbito das competências da enfermagem de reabilitação.

Aferimos ainda que são os participantes sem dor aqueles que apresentam maior funcionalidade, sendo as diferenças estatisticamente bastante significativas. A dor contínua da AR é fisicamente limitante e desmoralizante, conduzindo a desordens afetivas com conseqüente isolamento a nível social e pessoal, originando mudanças nos papéis ocupacionais e sociais de cada um. Sabemos que nas pessoas com patologia de dor crónica,

como é o caso das pessoas com AR, os níveis de angústia e invalidez são acompanhados por incapacidade funcional e tendência ao isolamento e depressão.

Na revisão da literatura realizada por Vliet Vlieland e Pattison (2009, p.103) enumeram-se para além do reumatologista, enfermeiros especialistas, dietistas, assistentes sociais, podologistas, terapêutas ocupacionais e especialistas em reabilitação, entre outros, como elementos a incluir na equipa multidisciplinar que cuida dos doentes com AR. Estes autores salientam as recomendações da EULAR (European League Against Rheumatism) quanto à elaboração de programas de educação destinados aos doentes com AR que lhes permita aprenderem a lidar com a dor, a deficiência e a manutenção das capacidades para o trabalho como intervenções adjuntas, além da prática de intervenções não farmacológicas, como a realização de exercícios dinâmicos e hidroterapia. Algumas revisões sistemáticas concluíram que o exercício dinâmico é eficaz no que diz respeito à melhoria da capacidade aeróbica e força muscular, sem efeitos prejudiciais sobre a atividade da doença, dor ou lesão articular radiológica (Vliet Vlieland & Pattison 2009, p.107).

Embora a massagem clássica ainda não faça parte dos conjuntos atuais de orientações sobre a gestão da AR inicial a avaliação da sua segurança nos doentes com AR conclui que os eventos adversos do seu uso são raros (Vliet Vlieland & Pattison 2009, p.107).

Sendo a reabilitação uma valência multidisciplinar, esta visa ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as respetivas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010, p.1), "... concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa".

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação permite, entre outros, assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Perante a análise das diversas variáveis que se demonstrou influenciarem a funcionalidade dos doentes com AR somos

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

da opinião que, a presença do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na consulta de reumatologia seria um marco de diferenciação, pois, no âmbito das suas competências, poderia implementar intervenções específicas com vista a manter e/ou melhorar a capacidade funcional destes doentes.

Estima-se que em Portugal existam cerca de 40.000 doentes diagnosticados com AR, apresentando estas limitações variáveis nas atividades de vida diárias, tão simples como abrir uma porta, agarrar uma caneta ou calçar uns sapatos. O impacto causado pela dor e a sua intensidade na funcionalidade dos nossos participantes, é uma realidade que não podemos escamotear.

Confirmámos estar perante uma problemática atual e pertinente, com impacto real tanto ao nível da qualidade de vida dos doentes como do próprio sistema de saúde, e por isso merece uma atenção particular por parte da comunidade científica. Se é verdade que este tema tem sido amplamente estudado em diferentes países do mundo, não é menos verdade que o número de estudos realizados em Portugal é ainda reduzido, incidindo sobretudo na análise da qualidade do sono, relegando para um segundo plano a avaliação da funcionalidade no desempenho das atividades de vida diária. Entendemos que outros estudos de avaliação do impacto da AR na funcionalidade das pessoas envolvam a formação e a investigação contribuindo para que estas se afirmem como um binómio unificador na construção profissional.

O sistema de saúde, que pressupõe os cuidados centrados no doente, deve promover a elaboração de programas de intervenção e educação aos doentes, incluindo a prática de exercício físico, medidas não farmacológicas para o alívio da dor, medidas promotoras de boa higiene do sono, técnicas específicas de auto-cuidado, utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação. Neste contexto, pesquisas futuras fornecerão aos profissionais, que prestam cuidados de saúde, conhecimentos que permitirão otimizar os cuidados a estes doentes contribuindo para manter ou melhorar a funcionalidade e consequentemente a sua qualidade de vida.

Este estudo contribuiu para alertar sobre a importância de investigar os diversos fatores inerentes à perda de funcionalidade nos doentes com AR, fornecendo um fio-condutor no desenvolvimento de esforços multidisciplinares que permitam orientar a intervenção junto destas pessoas, no sentido de prevenir, o mais precocemente possível, e/ou minimizar as incapacidades resultantes da doença.

No âmbito destes cuidados, a presença e a competência desenvolvida pelo enfermeiro especialista em reabilitação na consulta de reumatologia constituirá, em nossa opinião, uma mais-valia fundamental. Ainda no âmbito das suas competências, o enfermeiro especialista em reabilitação deve incentivar e contribuir para a implementação de projetos de investigação-ação que permitam aprofundar conhecimentos e em simultâneo desenvolver estratégias de ação que traduzam uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buela-Casal, G., & Sanchez, A. I. (2002). *Transtornos del sueño* (pp.159). Madrid: Editorial Síntesis.

Buysse, Daniel J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. Acedido em <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296>.

Corbacho, M.I., & Dapueto, J.J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50 (1), 31-43.

Costa, A.F.C., Brasil, M.A.A., Papi, J.A., & Azevedo, M.N.L. (2008). Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (1), 7-11. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/03.pdf>.

Cunha, M., Ribeiro, A. & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 217, 217: 337 - 343. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.098

Freitas, D.C.C.V, Mansano-Schlosser, T.C., Santos, A.A., Neri, A.L., & Ceolim, M.F. (2013). Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (4), 869-75.

Freitas, E.V., & Miranda, R.D. (2011). Avaliação geriátrica ampla. In E.V. Freitas, & L. Py (Ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 970-978). Rio de Janeiro: Guanabara KooGan.

Jovanovic, J., Stojanovic, M., Jovanovic, V., Dimic, A., Božilov, S., Stamenkovic, B., & Milenkovic, S. (2015). Influence of disease activity on functional capacity in patients with rheumatoid arthritis. *Vojnosanit Pregl*, 72 (1), 21-25.

Løppenthin, K., Esbensen, B. A., Jennum, P., Østergaard, M., Tolver, A., Thomsen, T., & Midtgaard, J. (2015). Sleep quality and correlates of poor sleep in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.

Lucas, R., & Monjardino M.T. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf.

Luyster, F.S., Chasens, E.R., Wasko, M.C.M. & Dunbar-Jacob, J. (2011). Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Sleep Med*, 7 (1), 49-55.

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

- Martins, R. M. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (Jun./Dez.), 153-162.
- Martins, S., C., S. (2012). Avaliação Clínica e Psicológica de uma amostra de doentes com Artrite Reumatoide e Fibromialgia (Dissertação de mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior. Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1112/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Silvia%20Martins.pdf>.
- Miranda, L.C., Santos, H., Ferreira, J., Coelho, P., Silva, C., & Saraiva-Ribeiro, J. (2012). Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 37 (2), 134-42.
- Oliveira, L.M., Natour, J., Roizenblatt, S., Poli de Araújo, P.M., & Ferraz, M.B. (2015). Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatóide por três anos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55 (1), 62-67.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: OE. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Pinto, E. M., & Martins, R. M. L. (2013) Regresso do doente ao domicílio: Importância do nível de dependência e do apoio familiar. *Servir*, 58 (1-2), 79-87.
- Reis, C.C.P. (2011). Aspetos Parcelares da Epidemiologia da Artrite Reumatóide (Dissertação de mestrado em Biologia Humana e Ambiente, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4608>.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em Português. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, R.A., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F.C., Rosa, C.M., & Queiroz, M.V. (1996). "Health assessment questionnaire" (versão curta): adaptação para língua Portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 21 (76), 15-20. Acedido em http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/1996_Vol%20XXI_n%2076_Jan-Mar.pdf.
- Sariyildiz, M. A., Batmaz, I., Bozkurt, M., Bez, Y., Cetincakmak, M. G., Yazmalar, L.,... Celepkolu, T. (2014). Sleep quality in rheumatoid arthritis: relationship between the disease severity, depression, functional status and the quality of life. *J. Clin Med Res and Elmer Press INC*, 6 (1), 44-52.
- Taylor-Gjevre, R.M., Gjevre, J.A., Nair, B., Skomro, R., & Lim, H.J. (2011). Components of sleep quality and sleep fragmentation in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Musculoskelet. Care*, 9 (3), 152-159.
- Vlieland, T.P.M. V., & Pattinson, D. (2009). Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 23 (1), 103-116.
- Wasserman, A.M. (2012). Diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Postgraduate Medicine*, 38 (5), 16-23.
- Wickrematilake, G.W.G., & Wijeratne, L. (2013). Assessing the impact of rheumatoid arthritis on quality of life in a group of patients attending a rheumatology clinic in Sri Lanka. *Indian Journal of Rheumatology*, 8, 14-18.