



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL
(PPGSTEH)

JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAÚJO

Cuidado da Terapia Ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide

Rio de Janeiro

2020

JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAÚJO

Cuidado da Terapia Ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide

Relatório de Defesa apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientador: Prof. Dra. Cristiane de Oliveira Novaes.

Rio de Janeiro

2020

Cuidado da Terapia Ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide

JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAÚJO

APROVADO EM: 04/03/2020

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Cristiane de Oliveira Novaes

Presidente/ Orientadora

UNIRIO

Prof. Dra. Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

1ª Examinadora

Prof. Dra. Nebia Maria Almeida de Figueiredo

2ª Examinadora

Prof. Dra. Alessandra Bento Veggi

Suplente

Prof. Dra. Eliza Cristina Macedo

Suplente

DEDICATÓRIA

A Deus por ter sido meu refúgio e fortaleza nos momentos de tristeza e exaustão.

Aos meus pais, Valéria e Ivan, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado muitas vezes dos seus sonhos em prol das realizações e da felicidade de seus filhos.

Aos meus irmãos Pedro e Lucas, pela preocupação, carinho e incentivo. À minha avó Nely (in memoriam) e ao meu avô Júlio, por todo amor e carinho.

Ao meu amado esposo Ramile, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Gratidão eterna por ter você para compartilhar a vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Pai Celestial pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos. Em todos os momentos e circunstâncias durante esse percurso enxerguei a Tua boa e poderosa mão, por meio da bondade e misericórdia que são infinitas sobre a minha vida.

Aos meus pais deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, amizade, dedicação, compreensão e solidariedade para com todos aqueles que em algum momento necessitaram de um colo ou ombro amigo. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais. Aos meus queridos irmãos (“Catchup e Mostarda”), por serem meus parceiros e cúmplices em tudo. Amo vocês!

Ao meu amado esposo Ramile, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado muitas vezes “brigando” com o sono e cansaço para me fazer companhia, por abdicar dos momentos de lazer e por ser meu abrigo e conforto. Gratidão por sua cumplicidade e generosidade!

À Prof. Dra. Cristiane de Oliveira Novaes, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Obrigada por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos. Tenho certeza que não chegaria a este ponto sem o seu apoio.

À Prof. Dra. Angela Maria Bittencourt, pela parceria de anos, por ter enxergado em mim, enquanto acadêmica do curso de Terapia Ocupacional, potencial para ser uma das suas “pintinhas”. Por ter me inserido, acolhido e ensinado com amor e dedicação o que é a Terapia Ocupacional e suas múltiplas vertentes de atuação. Obrigada por acreditar nos meus sonhos até mais do que eu mesma, você é incrível!

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dra. Nebia Maria Almeida de Figueiredo e Prof. Dra. Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação, muito obrigada!

Ao querido Bruno, por ser um profissional tão comprometido com o seu fazer, por ter me apoiado e auxiliado no desenvolvimento do meu projeto. Desejo ainda mais sucesso e realizações!

À querida Maria Luiza, pela parceria, paciência, cuidado e cumplicidade. Ter você para dividir os momentos fez a jornada ser mais leve e prazerosa.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste sonho, o meu sincero agradecimento!

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos” (Paulo Beleki).

RESUMO

Intervenções voltadas para o cuidado, educação e o autogerenciamento da Artrite Reumatoide (AR) pelo cliente aumentam a adesão e a eficácia da abordagem precoce neste tipo de doença. A combinação de tratamento medicamentoso e tratamento de reabilitação visam potencializar a intervenção, retardando o aparecimento da sintomatologia, reduzindo incapacidades, minimizando sequelas e reduzindo o impacto sobre a funcionalidade do cliente. A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que objetiva a melhoria do desempenho ocupacional do cliente, fornecendo os meios para a prevenção de limitações funcionais, adaptação a modificações no cotidiano e manutenção ou melhoria de seu estado emocional e participação social. O objetivo deste trabalho é desenvolver uma cartilha de orientações para o cliente com AR visando contribuir para Proteção Articular e Conservação de Energia no desempenho das atividades de vida diária (AVD's) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), a fim de minimizar as queixas referentes à dor e fadiga após realização das atividades funcionais. Além disso, foi realizado um levantamento para verificar a prevalência de AR no Brasil e regiões, com vistas a conhecer as diferenças de distribuição na população. Outro tópico abordado pelo trabalho será a descrição de uma amostra de clientes com AR atendidos em um serviço de referência do SUS no Rio de Janeiro.

Palavras Chaves: Artrite Reumatoide, Terapia Ocupacional, Reumatologia

ABSTRACT

Interventions aimed at the care, education and self- management of Rheumatoid Arthritis (RA) by the cliente increase adherence and the effectiveness of an early approach in this type of disease. The combination of drug treatment and rehabilitation treatment aims to enhance the intervention, delaying the onset of symptoms, reducing disabilities, minimizing sequelae and reducing the impact on the client's functionality. Occupational Therapy is a health profession that aims to improve the client's occupational performance, providing the means to prevent functional limitations, adapt to changes in daily life and maintain or improve their emotional state and social participation. The objective of this work is to develop a booklet of guidelines for the RA cliente in order to contribute to Joint Protection and Energy Conservation in the performance of activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs), in order to minimize complaints regarding pain and fatigue after performing functional activities. In addition, a survey was carried out to verify the prevalence of RA in Brazil and regions, in order to find out the differences in distribution in the population. Another topic covered by the work will be the description of a sample of RA clientes treated at a SUS reference service in Rio de Janeiro.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Occupational Therapy, Rheumatology

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	62
Figura 02	62
Figura 03	63
Figura 04	63
Figura 05	64
Figura 06	64
Figura 07	65
Figura 08	65
Figura 09	66
Figura 10	66
Figura 11	67
Figura 12	67
Figura 13	68

LISTA DE QUADROS

Artigo 01

Quadro 01 _____ 33

Quadro 02 _____ 33

Quadro 03 _____ 34

Quadro 04 _____ 34

Quadro 05 _____ 36

Artigo 02

Quadro 01 _____ 50

Quadro 02 _____ 54

Quadro 03 _____ 56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **AR: Artrite Reumatoide**
- **AVD's: Atividades da Vida Diária**
- **AIVD's: Atividades Instrumentais da Vida Diária**
- **CEP: Comitê de Ética em Pesquisa**
- **TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**
- **UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**
- **SUS: Sistema Único de Saúde**
- **CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Problematização	18
1.2. Objetivos	22
Objetivo geral	22
Objetivos específicos	22
1.3 Justificativa e Relevância	22
2. ABORDAGEM METODOLOGIA	23
2.1 Etapas da Pesquisa	23
2.2 Produtos da Pesquisa	24
2.3 Aspectos Éticos	26
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	27
3.1 Produto 1. Artigo- Estudo da distribuição das doenças reumáticas no Brasil: aspectos sociodemográficos da Artrite Reumatoide nas diversas regiões do país	27
3.2 Produto 2. Artigo- Impacto da dor e da fadiga no desempenho ocupacional de clientes com Artrite Reumatoide inseridos em um dispositivo de atenção à saúde do SUS no Rio de Janeiro	44
3.3 Produto 3. Artigo- Cartilha de orientação aos clientes com Artrite Reumatoide: Proteção Articular e Conservação de Energia – Abordagem de tratamento da Terapia Ocupacional	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
5. PERSPECTIVAS FUTURAS	70
6. REFERÊNCIAS	72
7. APÊNDICES	
Apêndice 1: Carta Convite Explicativa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
8. Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP	78

1. INTRODUÇÃO:

Ao longo da vida as pessoas se envolvem em atividades cotidianas ou ocupações que desejam e/ou necessitam fazer (AOTA, 2008). Tais atividades refletem padrões que se estabelecem durante esse processo, como hábitos, rotinas e papéis (CORDEIRO *et al*, 2007). Segundo Hakansson *et al* (2005), os papéis capacitam os indivíduos para organizar os comportamentos produtivos e para estruturar sua participação ocupacional, conferindo uma identidade pessoal, expectativas sociais, organizando o uso do tempo e o inserindo na estrutura social. Indivíduos que são diagnosticados com doenças crônicas incorrem na possibilidade de interrupção ou de alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais (CORDEIRO, 2005).

Estas pessoas lidam com algumas mudanças em sua capacidade funcional e também com a perda de papéis ocupacionais que determinam socialmente quem são (REBELLATO *et al*, 2015). A Artrite Reumatoide (AR) é um exemplo de doença crônica e incapacitante que altera significativamente a funcionalidade do indivíduo (CARVALHO *et al*, 2006).

A AR é uma doença inflamatória, sistêmica, crônica e progressiva que danifica preferencialmente a membrana sinovial das articulações, podendo levar a destruição óssea e cartilaginosa (MOTA *et al*, 2011). Ela acomete ambos os sexos, porém predomina no sexo feminino e pode ocorrer em qualquer faixa etária (MOTA, 2010). Os sintomas mais comuns são dor poliarticular, rigidez matinal, edema e possibilidade de desenvolvimento de deformidades. Inicialmente lesa a articulação do punho, das metacarpofalangeanas, das interfalangianas proximais e metatarsofalangeanas (MOTA *et al*, 2011).

O diagnóstico baseia-se predominantemente na evolução clínica e não tanto através da histopatologia, pois não existe qualquer achado específico para AR. Desta maneira, um cliente é considerado portador de AR se apresenta, pelo menos, quatro dos sete critérios a seguir: rigidez matinal com duração mínima de sessenta minutos; artrite de pelo menos três ou mais articulações; artrite de mãos e punhos; artrite simétrica; nódulos reumatoides subcutâneos, presença de fator reumatoide, alterações radiográficas nas articulações de mãos e punhos.

As articulações das mãos é o principal local de acometimento das pessoas com AR. Essa situação é responsável por fração significativa das incapacidades que

comprometem o envolvimento nas tarefas diárias, tais como: torcer roupa, vestir/despir, higiene pessoal e autocuidado, banho, alimentação, entre outras. Desta forma, essa enfermidade afeta o viver de seu portador impactando diretamente no desempenho dos papéis ocupacionais de sua vida.

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que, tradicionalmente, atua no campo da reabilitação. No processo de reabilitação, o terapeuta ocupacional faz uso da ação humana, por meio das atividades da vida prática e cotidiana (MOREIRA, 2011).

Nos programas de reabilitação aos incapacitados físicos, as atividades de autocuidado, lazer ou produtivas visam à restauração da capacidade funcional e ao desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's). Em suas abordagens/intervenções, se utiliza das atividades terapêuticas, com vista à recuperação e a readaptação do indivíduo objetivando que o mesmo obtenha melhor qualidade de vida e independência funcional (MOREIRA, 2011).

Entendemos por atividades terapêuticas, as atividades analisadas sistematicamente em suas possibilidades de ação, relativas ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Elas são selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente e seu exercício repetitivo promove a recuperação funcional ou a minimização das sequelas motoras, pois realiza treinamento visando à readaptação nas AVD's (alimentação, vestuário, higiene pessoal) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo (AIVD).

Desta maneira, a *American Occupational Therapy Association (AOTA)*, define como áreas de abrangência da intervenção terapêutica ocupacional em clientes portadores de AR, as AVD's e AIVD's, as atividades laborais e o lazer, que são potencialmente prejudicadas em decorrência aos múltiplos processos que interferem na funcionalidade dos indivíduos. Assim, considerando-se os clientes acometidos pelas doenças reumáticas, como sendo pessoas que apresentam comprometimentos potenciais nas suas funções do cotidiano, seria indicado o tratamento terapêutico ocupacional, tanto em acompanhamento individual, como em grupo.

Dentro desta perspectiva o cuidado com pessoas acometidas por Doenças Reumáticas, centra-se na melhoria dos aspectos psicofísicos, identificação das alterações do desempenho ocupacional e da qualidade de vida, e nos esclarecimentos

relativos a essas enfermidades, ao tratamento, às contraindicações e efeitos colaterais inerentes ao uso de medicamentos.

Nesse sentido, este estudo visa responder questões norteadoras selecionadas, tais como: Por meio de um estudo exploratório identificar se existem diferenças nas distribuições dessa morbidade em diferentes regiões do país. Somado a essa análise identificar a partir de um grupo de clientes qual área do desempenho ocupacional que sofre maior interferência no fazer do cliente com AR? Quais as atividades da vida diária e instrumentais que causam maior dor e fadiga? O cliente identifica o que é certo ou errado durante a execução das AVD's e AIVD's, sabendo identificar quais posturas/movimentos causam mais dor ou aliviam a dor e a fadiga? E, finalmente, elaborar uma cartilha de orientações para o cliente com AR visando contribuir para proteção articular e conservação de energia no desempenho das AVD's e AIVD's, a fim de minimizar as queixas referentes à dor e fadiga após realização das atividades funcionais.

1.1 Artrite Reumatoide

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune sistêmica comum, que possui prevalência estipulada de acometimento em 1% na população mundial. O grupo que possui maior incidência da doença são as mulheres entre 40-50 anos de idade. Já nos homens a porcentagem é menor, onde que para cada grupo de cinco mulheres, dois homens apresentam o diagnóstico de AR. Quando uma mulher ou homem é diagnosticado com AR antes dos 16 anos de idade, o quadro clínico é correspondente a Artrite Reumatoide Juvenil (ARJ), e o mesmo não fará parte do público-alvo deste estudo. Este trabalho se resume apenas a observação do comportamento da doença em adultos (GOELDNER *et al*,2011).

Segundo Goeldner *et al*, 2011 a fisiopatogenia na AR é causada pela ação das células T e B autorreativas no organismo que levam à sinovite, infiltração celular e um processo totalmente desorganizado de destruição e remodelação óssea. A membrana sinovial é a principal fonte de citocinas pró-inflamatórias e proteases e, em conjunto com osteoclastos e condrócitos, promove a destruição articular e projeções de tecido proliferativo penetrante na cavidade articular, invadindo a cartilagem e o tecido ósseo, formando, por conseguinte, o que chamamos de pannus, característico da AR.

Segundo Laurindo *et al*, 2010 a orientação para realização do diagnóstico da doença é feito através dos critérios elencados pelo Colégio Americano de Reumatologia, durante a avaliação médica e para ser diagnosticado como portador da AR o cliente precisa apresentar 4 dos 7 itens apresentados a seguir e os 4 primeiros itens da lista necessitam estar presente por pelo menos 6 semanas, são eles:

- ✓ Rigidez matinal: rigidez articular durando pelo menos 1 hora;
- ✓ Artrite de três ou mais áreas: pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular, observado pelo médico;
- ✓ Artrite de articulações das mãos (punho, interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas);
- ✓ Artrite simétrica;
- ✓ Nódulos reumatóides;
- ✓ Fator reumatóide sérico;
- ✓ Alterações radiográficas: erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos.

A avaliação inicial do cliente é de extrema importância e necessita levar em consideração uma série de parâmetros, como: medidas funcionais/subjetivas; exame físico e exames laboratoriais/radiográficos. Todos esses critérios avaliativos são importantes tanto para o diagnóstico, quanto para o prognóstico da doença. Como medidas funcionais e subjetivas são avaliadas a duração da rigidez matinal, a intensidade da dor articular, as limitações para movimentos e realização das tarefas cotidianas e/ou laborais, avaliação global do cliente em relação ao impacto na doença na sua qualidade de vida, avaliação global do avaliador utilizando protocolos/ questionários da capacidade funcional ou qualidade de vida do indivíduo. Já o exame físico é composto principalmente pela quantificação do número de articulações com processo inflamatório ativo (surto)- articulações dolorosas e edemaciadas; problemas articulares mecânicos como limitação da amplitude de movimento, crepitação, instabilidade articular e presença de deformidades.

Outro mecanismo auxiliador para o diagnóstico da doença são os exames laboratoriais e radiográficos, os principais são: hemograma completo, velocidade de

hemossedimentação e/ou proteína C reativa, função renal, enzimas hepáticas, exame qualitativo de urina, fator reumatoide e análise de líquido sinovial, radiografia das articulações das mãos, dos pés e das demais articulações comprometidas. É importante ressaltar que o exame de fator reumatoide é realizado somente na avaliação inicial para estabelecer o diagnóstico, quando realizada análise do líquido sinovial o principal objetivo é excluir outras doenças, este exame pode ser repetido durante o acompanhamento do cliente para afastar possibilidades de artrite séptica em clientes que possuem reagudização do quadro com frequência (LAURINDO *et al*,2010).

Quando o cliente é diagnosticado precocemente e o início do tratamento se dá de forma rápida e adequada é possível minimizarmos as chances de lesões articulares irreversíveis, possibilitando assim maior controle da doença e prevenindo incapacidades funcionais. Por isso, na avaliação do prognóstico é importante ressaltarmos alguns parâmetros indicativos de mau prognóstico, são eles: início da doença em idade mais precoce (ARJ); altos títulos de fator reumatoide; VHS e/ou proteína C reativa em índices elevados e persistentes; presença de artrite em mais de 20 articulações, comprometimento extra-articular com presença de nódulos reumatoides, episclerite e esclerite (As doenças mais frequentes da esclera são de caráter inflamatório, sendo divididas em episclerite e esclerite. A episclerite é doença benigna, autolimitada, com inflamação do tecido episcleral superficial, ao passo que a esclerite é doença grave, progressiva, com inflamação dos tecidos episcleral superficial, profundo e escleral. A associação da episclerite e esclerite com doenças sistêmicas reumatológicas requer investigação sistêmica dos clientes com inflamação escleral (URBANO *et al*,2002), doença pulmonar intersticial, pericardite, vasculite sistêmica e presença de erosões ósseas nos dois primeiros anos da doença.

Segundo Laurindo *et al*, 2004 os objetivos principais do tratamento se constituem na prevenção ou controle de lesões articulares, prevenção à perda ou diminuição do nível de funcionalidade, redução algica, maximizar as potencialidades do indivíduo, prevenir através da criação de um programa de proteção articular e conservação de energia, o gasto energético excessivo, a fadiga e a dor na execução das atividades de vida diária (AVD) e instrumentais da vida diária

(AIVD) e auxiliar para que o cliente consiga estabilizar o quadro sintomatológico permanecendo o maior tempo possível em período de remissão da doença.

Como ponto de partida para a abordagem terapêutica prima-se pelo tratamento multi/interdisciplinar, iniciando o mesmo através da educação dos clientes e familiares em relação à doença, ao tratamento e benefícios que o mesmo pode trazer, melhorando consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela AR.

1.2 Terapia Ocupacional em Artrite Reumatoide

A Terapia Ocupacional é uma profissão listada na área da saúde que auxilia o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades que são importantes para sua independência funcional, saúde, segurança e integração social (AOTA, 2008). A Terapia Ocupacional baseia-se na elaboração de metas e objetivos claros de intervenção, que são determinadas após uma avaliação minuciosa do cliente, utilizando-se também de abordagens práticas a partir de teorias referendadas no modelo biomecânico e de restauração da capacidade funcional do cliente (CAVALCANTI *et al*,2011).

No tratamento dos clientes portadores de AR faz-se necessário levarmos em consideração as características crônicas e progressivas da doença, onde a utilização das atividades selecionadas necessita primar pelo controle da dor, pela manutenção da amplitude de movimento ativa do membro que está sendo trabalhado, pelo fortalecimento muscular e pelo aprendizado de programas especiais de proteção articular e conservação de energia para execução das AVD's e AIVD's.

Segundo Noordhoek; Loschiavo, 2005 a abordagem terapêutica de proteção articular surgiu em 1965, a partir de terapeutas ocupacionais e cirurgiões de mão, e foi desenvolvida com o objetivo de minimizar as consequências da AR. Em 1970, essa abordagem foi disseminada, e começou a ser empregada em grupos de orientação para clientes. A metodologia de tratamento tem como objetivos: fornecer informações básicas sobre as doenças reumáticas; esclarecer e apontar possibilidades de gerenciar e controlar a dor, a instabilidade articular, a fraqueza muscular e a fadiga; evitar a dor e o estresse articular na execução das AVD'S e AIVD's. Dessa maneira, os princípios das orientações de proteção articular e conservação de energia são: balancear os períodos de atividade com descanso, visando assim à conservação de energia; evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades; respeitar a

dor; usar as articulações mais fortes, sempre que possível; evitar utilizar a mão para a realização de preensão de força; realizar um programa de exercícios regulares para manutenção da força muscular e amplitude de movimento, evitando-se assim a rigidez articular; realizar um planejamento prévio das tarefas diárias, evitando a fadiga e permanecer em uma posição estática durante muito tempo. Com a implementação dessas orientações, objetiva-se a manutenção da integridade articular, redução da dor e da fadiga nos clientes portadores de AR.

Além dos programas de proteção articular e conservação de energia, outra grande preocupação no tratamento realizado pelo terapeuta ocupacional constitui-se no aparecimento ou agravamento de deformidades que levam a limitação funcional e incapacidades nas áreas de ocupação como as atividades de vida diária, instrumentais da vida diária, trabalho, lazer e participação social, diminuindo consideravelmente o nível de independência nas tarefas cotidianas e impactando a qualidade de vida do cliente. Como tentativa de estagnar o agravamento das deformidades, alguns clientes necessitarão da utilização de equipamentos assistivos para manter ou aumentar a independência funcional; em alguns casos a necessidade do equipamento pode ser temporária para auxiliar ou proteger determinada articulação, enquanto em outros pode ser permanente se há perda da função (CAVALCANTI *et al*, 2011).

Muitas estratégias de tratamento são utilizadas junto a clientes portadores de AR, entre eles estão os métodos tradicionais de repouso, posicionamento, mobilidade de agentes físicos, exercícios, atividades terapêuticas, uso de dispositivos assistivos, treinamento e orientações para o desempenho ocupacional das AVD's e AIVD's (BUCKNER, 2004).

Segundo Buckner, 2004 a alta do cliente portador de AR precisa ser planejada logo que o mesmo seja encaminhado para dar início ao tratamento na Terapia Ocupacional. Os clientes necessitam o tempo todo estar cientes e colaborativos ao longo de todo o seu programa de tratamento, por isso, a educação do cliente e de seus familiares é tão importante e ressaltada como um dos primeiros objetivos do tratamento na Terapia Ocupacional, pois através das orientações adequadas é possível minimizar as queixas de limitações funcionais, diminuir a dependência na realização das tarefas cotidianas e potencializar o fazer funcional do cliente.

Com vistas à potencialização da funcionalidade dos indivíduos com doenças reumáticas, foi elencado como parte integrante do tratamento terapêutico ocupacional com clientes portadores de doenças reumáticas, a abordagem de proteção articular e conservação de energia, dada a necessidade de compreendermos que o cuidado só se faz efetivo, quando realizado de forma integral e por meio do entendimento de que os indivíduos se constituem como seres sociais, políticos e históricos. A educação em saúde pode ser empregada como uma estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação, sendo o mesmo capaz de autogerenciar questões da vida cotidiana que sejam, por exemplo, potenciais estimuladores da dor e fadiga que corroboram para as perdas funcionais (MACHADO., *et al* 2006).

O Programa de Proteção Articular e Conservação de Energia pode ser conceituado como uma estratégia de autogestão, onde os objetivos da aplicação do mesmo no cotidiano do indivíduo é sempre minimizar a dor e fadiga, promover a manutenção da integridade articular e as habilidades funcionais. Ademais, capacita o indivíduo por meio do uso adequado de recursos assistivos, como órteses e adaptações, e o ensina padrões de movimentos alternativos para melhora da performance, com o mínimo de comprometimento articular significativo (PALMER; SIMONS, 1991).

Essa abordagem é comumente utilizada na reabilitação. Os conceitos da mesma orientam-se pela teoria de que a redução do esforço necessário ao desempenho das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária é capaz de reduzir o estresse nas estruturas articulares diretamente envolvidas no processo da doença, como a pressão nos receptores de dor e a irritação na sinóvia (HAMMOND, 2004).

O Programa de Proteção Articular inclui uma variedade de concepções: respeito a dor, manutenção da amplitude de movimento e força muscular por meio da utilização de exercícios, descanso articular, conservação de energia, o uso de dispositivos de tecnologia assistiva e a alteração de padrões dos movimentos articulares.

Segundo Pedretti e Early, 2005 os princípios das orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia são:

- ✓ Balancear os períodos de atividade com descanso, visando assim, à conservação de energia;
- ✓ Respeitar a dor;

- ✓ Ter como prática cotidiana a adoção de um programa de exercícios para manutenção da força muscular e da amplitude de movimento, objetivando a redução da rigidez articular;
- ✓ Evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades;
- ✓ Elaborar e colocar em prática um planejamento prévio das tarefas diárias, a fim de minimizar os eventos de fadiga e a permanência em posição estática durante longos períodos;
- ✓ Utilizar as articulações mais fortes durante as atividades;
- ✓ Evitar utilizar a mão para a realização de preensão de força;

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL

- ✓ Desenvolver uma cartilha contendo instruções para prevenir a intensidade e a frequência da dor, fadiga e perda de funcionalidade de clientes com Artrite Reumatoide.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as áreas do desempenho ocupacional mais comprometidas;
- ✓ Verificar a percepção do cliente sobre a realização das atividades da vida diária e instrumentais que causam maior dor e fadiga;
- ✓ Identificar como a Artrite Reumatoide influencia no desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD's) e Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) e na diminuição da qualidade de vida do seu portador.

2- ABORDAGEM METODOLÓGICA:

Produto 1 – artigo: Estudo da distribuição das Doenças Reumáticas no Brasil: Aspectos Sociodemográficos da Artrite Reumatoide nas diversas Regiões do País.

Trata-se de um estudo descritivo, cuja população do estudo é constituída por homens e mulheres que referem diagnóstico médico de Artrite ou Reumatismo, nas grandes regiões. Como critério de exclusão estabeleceu-se que clientes diagnosticados com idade inferior a 18 anos não seriam incluídos, pois configuram o quadro de Artrite Reumatoide Juvenil.

Para descrever a prevalência de Artrite ou Reumatismo no Brasil tendo em vista as cinco grandes regiões brasileiras, com suas capitais, foram obtidos, dados públicos de base de dados secundária derivados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013 (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em seguida a prevalência foi analisada segundo as variáveis de sexo, idade e etnia, por grandes regiões e suas capitais. Os dados foram analisados a partir do *software* estatístico R e empregado o teste de normalidade (não paramétrico) de Shapiro- Wilk.

Produto 2 – artigo: Impacto da Dor e da Fadiga no Desempenho Ocupacional de clientes com Artrite Reumatoide inseridos em um dispositivo de Atenção à Saúde do SUS no Rio de Janeiro.

O caminho metodológico da pesquisa se baseou num estudo série de casos em uma Unidade de Atenção Secundária à Saúde que atende portadores de AR, no município do Rio de Janeiro.

A população do estudo foi constituída de portadores de AR no município supracitado. A amostra desse estudo foi composta por 10 clientes que preencheram os requisitos da pesquisa. O critério de inclusão empregado foi: Todo portador de AR, com idade superior a 18 anos, independente de etnia, gênero, credo e escolaridade que quiseram participar do estudo. Como critério de exclusão foi adotado: quaisquer outras doenças reumáticas que não seja AR.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, na qual o cliente com AR respondeu:

- ✓ Avaliação da Capacidade Funcional - *Assessment Questionnaire* (HAQ);

- ✓ Questionário- Autoeficácia da Dor (PSEQ);
- ✓ Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36;

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade funcional em AR, muitas delas validadas no Brasil, porém com limitações principalmente no que se refere à sua especificidade. Elas devem ser breves, simples e de fácil aplicação, para que atinjam o seu principal objetivo, que é servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde (COSTA *et al.*, 2001).

A avaliação *HAQ* é um instrumento já validado para o Brasil, que pode ser aplicado tanto na população adulta, quanto idosa. É comumente empregado em clientes que possuem algum grau de comprometimento motor. O instrumento de avaliação funcional autorreferente possui uma versão de 8 e 20 perguntas. Segundo Mello e Mancini, 2011 para pontuar, escolhe-se o maior escore de cada uma das perguntas que o compõem, depois se somam todas e divide-se por 8. São 8 componentes, e os diferentes componentes estão marcados no instrumento.

A PSEQ foi desenvolvida por Nicholas, em 1989, e apresentada na Conferência Anual da Sociedade Britânica de Psicologia. A mesma é composta por 10 itens, que medem a força e a generalidade da crença do cliente sobre sua habilidade em realizar uma variedade de atividades, apesar da dor. Constitui-se em um inventário autoaplicável, onde os itens abrangem afirmações como: “Eu posso realizar a maioria das tarefas de casa apesar da dor”. Os autores acreditam que o conceito de autoeficácia pode ser muito útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor. A avaliação deste aspecto, nos doentes que sofrem de dor crônica, pode direcionar a assistência a esses clientes e melhorar os resultados do tratamento (SALVETTI; PIMENTA, 2005).

Já o questionário padronizado de Qualidade de Vida- *Short Form Health Survey 36* (SF-36) é uma ferramenta importante para avaliação da qualidade de vida. O mesmo é constituído por 36 perguntas, uma que mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais que são agrupadas em oito escalas ou domínios. As pontuações mais altas indicam melhor estado de saúde. O tempo de preenchimento é de 5 a 10 minutos e a versatilidade de sua aplicação por

autopreenchimento, entrevistas presenciais ou telefônicas com pessoas de idade superior a 14 anos, com níveis de confiabilidade e validade que excedem os padrões mínimos recomendados, tornam esse instrumento atraente para uso combinado com outros questionários em inquéritos populacionais (LAGUARDIA et al., 2013).

A amostra do estudo foi composta em sua totalidade pelo sexo feminino, em idade produtiva (45 a 70 anos de idade), em sua maioria (30%) com ensino fundamental completo. Os achados deste estudo corroboram com inquéritos populacionais no que tange o maior acometimento no sexo feminino. De modo geral, podemos dizer que nos indivíduos com alta atividade da doença foi observada uma dispersão dos dados nos escores mais baixos na maioria dos domínios do SF-36, refletindo um pior perfil de humor (limitações emocionais e vitalidade) nestes sujeitos e demonstrando que o nível de atividade da doença pode influenciar nas alterações.

O entendimento de que a AR é multicausal e apresenta alterações emocionais vem gradualmente ganhando espaço e exposição, na busca por respostas às alterações de cunho emocional e estudos mais concretos sobre a psicogênese desses clientes, levando a abordagens mais abrangentes no tratamento dos mesmos (SANTAG et al., 2017).

A HAQ é um instrumento que consegue prever a gravidade e a disfunção causada pela AR durante a progressão da doença, dado que a redução da capacidade funcional inicia-se com o surgimento dos primeiros sintomas, como a inflamação aguda, dor e a limitação articular. A perda de funcionalidade após 5 anos tem correlação com o sexo feminino, idade mais avançada no início da doença e presença de comorbidades (DINIZ et al., 2017).

O tratamento do indivíduo com AR precisa envolver mais do que medidas farmacológicas e de acompanhamento, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias que viabilizem a educação do mesmo. Segundo Noordhoek, 2005 o conhecimento sobre a doença, medicamentos e orientações de proteção articular e conservação de energia fazem com que os indivíduos assumam posturas mais ativas frente ao tratamento, o que corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhora da qualidade de vida.

Produto 3 – Cartilha de Orientação aos clientes com Artrite Reumatoide: Proteção Articular e Conservação de Energia – Abordagem de tratamento da Terapia Ocupacional.

Foi desenvolvida uma cartilha contendo orientações de proteção articular e conservação de energia para os clientes com AR, cujo objetivo central foi o de prevenir a intensidade e a frequência da dor, fadiga e da perda de funcionalidade.

Quanto à metodologia que foi aplicada para elaboração da cartilha de proteção articular e conservação de energia, foram empregados na mesma os dados colhidos e analisados durante a pesquisa com os clientes portadores de AR. A partir dessas informações a cartilha foi organizada e desenvolvida de forma a contribuir para que os clientes conseguissem compreender as orientações de proteção articular e conservação de energia a fim reduzir os eventos de dor e fadiga no desempenho ocupacional das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária. Para tanto, a composição da cartilha foi articulada da seguinte maneira: breve explanação com linguagem simplificada e acessível a todos os públicos sobre a definição, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da doença; tratamento oferecido pela Terapia Ocupacional, com ilustrações e fotografias como forma de dinamização do aprendizado e sensibilização dos clientes para a execução mais funcional das atividades cotidianas.

Quanto à aplicabilidade da cartilha, a mesma atuou como um instrumento sensibilizador e fomentador de discussões a cerca da Artrite Reumatoide e contribuiu para que profissionais e clientes com AR tivessem acesso a informações pertinentes, atualizadas e com rigor científico e metodológico sobre a abordagem terapêutica de proteção articular e conservação de energia.

ASPECTOS ÉTICOS:

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro- IFRJ e foi aprovado segundo o parecer nº 3.785.859, na data de 20 de dezembro de 2019. Somente após a aprovação do CEP os dados da pesquisa começaram a ser colhidos.

3-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS:

Artigo 1: ESTUDO DA DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS NO BRASIL: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ARTRITE REUMATOIDE NAS DIVERSAS REGIÕES DO PAÍS

Joyce Chaves de Souza Araújo¹ Cristiane de Oliveira Novaes¹ Nebia Maria Almeida de Figueiredo¹ Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva²

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro/Brasil.

² Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro (IFRJ), Rio de Janeiro/Brasil.

RESUMO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune sistêmica comum, que possui prevalência estipulada de acometimento em 1% da população mundial. Este estudo possui como objetivos verificar se a prevalência de casos de AR ou Reumatismo varia de acordo com as regiões brasileiras, bem como analisar se existe diferença na prevalência em função das variáveis: sexo, idade, nível e raça. Trata-se de um estudo transversal, cuja população é constituída por homens e mulheres que referem diagnóstico médico de AR ou Reumatismo. Os dados públicos foram obtidos via *internet*, na Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013 (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os mesmos foram analisados a partir do *software* estatístico R e empregado o teste de normalidade de Shapiro- Wilk, que apontou a existência de variabilidade na distribuição em função de etnia e região, sendo observada maior incidência da doença na raça branca na região Sul e Sudeste e da negra e parda na região Nordeste e Norte. Identificou-se que a concentração dos maiores percentuais populacionais acometidos pela doença encontra-se nas faixas etárias mais jovens e mais idosas e constatou-se o maior percentual de acometidos no sexo feminino, no entanto, a região Norte é a única no país a apresentar uma faixa de acometidos maior no sexo masculino. Faz-se necessário o planejamento de ações que contemplem os diferentes perfis, alocando melhor os recursos, adotando métodos e linguagens mais apropriadas à clientela, a fim de ampliarmos a qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras chave: Artrite Reumatoide; Doenças Reumáticas; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis (RA) is a common systemic autoimmune disease that has a stipulated prevalence of involvement in 1% of the world population. This study aims to verify if the prevalence of RA or Rheumatism cases varies according to the Brazilian regions, as well as to analyze if there is a difference in prevalence as a function of the variables: gender, age, education level and race. This is a cross-sectional study, whose population consists of men and women who report a medical diagnosis of RA or Rheumatism. Public data were obtained via the Internet, from the National Health Survey of 2013 (PNS), from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). They were analyzed using the R statistical software and the Shapiro-Wilk normality test was used, which pointed to the existence of variability in the distribution according to ethnicity and region. and black and brown in the Northeast and North. It was found that the concentration of the highest population affected by the disease is in the younger and older age groups and found the highest percentage of female affected, however, the northern region is the only in the country to present a larger range of affected males. It is necessary to plan actions that contemplate the different profiles, allocating resources better, adopting methods and languages more appropriate to the clientele, in order to increase the quality of life of these individuals.

Keywords: Arthritis, Rheumatoid; Rheumatic Diseases; Occupational Therapy.

INTRODUÇÃO:

Ao longo da vida as pessoas se envolvem em atividades cotidianas ou ocupações que desejam e/ou necessitam fazer¹. Tais atividades refletem padrões que se estabelecem durante esse processo, como hábitos, rotinas e papéis¹. Segundo Hakansson *et al*², os papéis capacitam os indivíduos para organizarem os comportamentos produtivos e para estruturarem sua participação ocupacional, conferindo identidade pessoal, organizando o uso do tempo e os inserindo na estrutura social.

Estes indivíduos lidam com algumas mudanças em sua capacidade funcional e também com a perda de papéis ocupacionais que determina socialmente quem são³. Essa característica é responsável por fração significativa das incapacidades que comprometem o envolvimento nas atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's), tais como: vestir/despir, higiene pessoal e autocuidado, banho,

alimentação e atividades laborais. Assim, os indivíduos que são diagnosticados com doenças crônicas incorrem na possibilidade de interrupção ou de alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais⁴ sendo a Artrite Reumatoide (AR) um exemplo de doença crônica e incapacitante que altera significativamente a funcionalidade de seus portadores⁵.

AR é uma doença autoimune sistêmica comum, cuja prevalência atinge 1% da população mundial, sendo o grupo que possui maior incidência da doença as mulheres entre 40-50 anos de idade, e nos homens a prevalência tem obedecido a razão de para cada grupo de 5 mulheres, 2 homens apresentam o diagnóstico de AR. Essa prevalência aumenta de acordo com o avanço da idade e mais de 60% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade são afetados. Por volta de 2030, estima-se que aproximadamente 67 milhões de indivíduos nessa faixa etária, correspondente a 20% da população, serão afetados pela AR⁶.

O diagnóstico da doença baseia-se principalmente na evolução clínica e não tanto pela histopatologia, pois não existe qualquer achado clínico específico. Segundo Carvalho *et al*⁶ um paciente é considerado portador da doença se apresenta, pelo menos, quatro dos sete critérios a seguir, estabelecidos pelo *American College of Rheumatology*: rigidez matinal com duração mínima de sessenta minutos; artrite de pelo menos três ou mais articulações; artrite de mãos e punhos; artrite simétrica; nódulos reumatoides subcutâneos, presença de fator reumatoide, alterações radiográficas nas articulações de mãos e punhos, sendo essas as que se constituem como uma das primeiras estruturas corporais a serem lesadas no cliente com AR¹⁹

Segundo dados do DATASUS de 2012 sobre internações hospitalares, foram registrados 19.249 casos de AR e outras poliartropatias inflamatórias, o que gerou para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto de R\$ 12.896.142,00, dos quais R\$

11.367.555,00 foram referentes a serviços hospitalares e R\$ 1.514.195,00, referentes a serviços profissionais^{7,8}. Alguns aspectos corroboram para que haja uma taxa significativa de complicações e até mesmo óbito desses indivíduos. As hospitalizações ocorrem com frequência, dado que esses clientes apresentam maior prevalência de doenças infecciosas quando comparados com a população em geral, devido à imunossupressão da doença de base ou da terapia imunossupressora que está sendo empregada no tratamento⁹.

Dentro desta perspectiva o cuidado com as pessoas acometidas por doenças reumáticas, centra-se não somente no gerenciamento do impacto econômico que a doença é capaz de trazer para seus portadores e para o sistema público de saúde, mais também no esforço para melhoria dos aspectos psicofísicos, na identificação das alterações sofridas no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de seus portadores. Essas e outras informações são de extrema importância para o estabelecimento do diagnóstico, para análise do grau de atividade da doença e observação da eficácia terapêutica dos tratamentos em andamento⁷.

Artrite Reumatoide é uma doença que se desenvolve com algumas particularidades, faz-se necessário o estudo das variáveis populacionais e sociodemográficas, pois são essas características que segundo a literatura atual, atuam como auxiliares no seu prognóstico. Ademais, essas informações desempenham papel crucial no estudo das heterogeneidades regionais que repercutem na saúde pública como um todo⁸.

Considerando-se a elevada prevalência das doenças reumáticas na população mundial e o potencial aumento relativo e absoluto de casos associados ao envelhecimento populacional, é necessário conhecer de que maneira os casos se distribuem na população, além de seus fatores associados. A partir desse conhecimento

é possível elaborar estratégias de planejamento e ações de saúde e educação, com o objetivo de ampliar a qualidade de vida dos portadores de doenças reumáticas, intervindo precocemente e de forma contextualizada.

Nesse sentido, a problemática deste estudo se baseia no fato de que mesmo sendo conhecidos os critérios para diagnóstico, constatado o déficit na funcionalidade e o impacto econômico ao SUS com as hospitalizações e cuidados oferecidos aos clientes, faz-se necessário realizar estudo recente do perfil sociodemográfico da população com diagnóstico médico de Artrite ou Reumatismo nas diferentes regiões brasileiras a fim de corroborar por meio do resultado das análises, o desenvolvimento de ações de saúde e educação com enfoque na melhoria da qualidade de vida da população portadora das doenças reumáticas.

O estudo possui como objetivos verificar se a prevalência de casos de Artrite Reumatoide ou Reumatismo varia de acordo com as regiões brasileiras, bem como analisar se existe diferença na prevalência em função das variáveis: sexo, idade, nível de instrução, cor ou raça, considerando as regiões do país. Essa análise pode subsidiar o planejamento de estratégias para o enfrentamento e manejo do quadro, bem como seu impacto para os serviços de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, cuja população do mesmo é constituída por homens e mulheres que referem diagnóstico médico de Artrite ou Reumatismo, nas grandes regiões do país. Como critério de exclusão estabeleceu-se que pacientes diagnosticados com idade inferior a 18 anos não seriam incluídos, pois configuram o quadro de Artrite Reumatoide Juvenil.

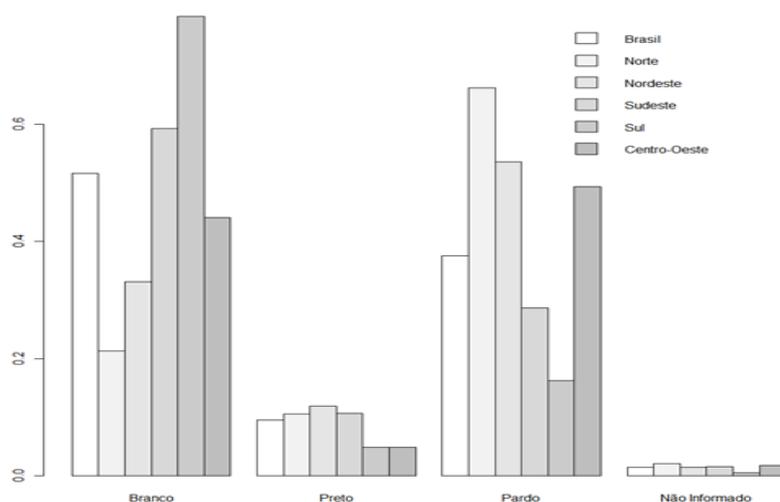
Para descrever a prevalência de Artrite ou Reumatismo no Brasil tendo em vista as cinco grandes regiões brasileiras, com suas capitais, foram obtidos, dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013 (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em seguida a prevalência foi analisada segundo as variáveis: sexo, idade, etnia e nível de instrução, por grandes regiões e suas capitais. Os dados foram analisados a partir do *software* estatístico R e empregado o teste de normalidade (não paramétrico) de Shapiro- Wilk.

RESULTADOS

No período de março a dezembro de 2018 foi realizado levantamento da PNS de 2013 e a partir dela, obteve-se os seguintes resultados.

O gráfico 1, o eixo x apresenta as etnias e o eixo y as frequências com que a doença aparece em cada região do país. Pode-se observar que existe variabilidade na distribuição em função de etnia e região, sendo que nas regiões Sul e Sudeste foi observada maior prevalência da doença em pessoas brancas, por outro lado nas regiões Nordeste e Norte a prevalência é maior em negros e pardos, se mantendo inclusive acima da média do país. A tabela 1 esclarece a distribuição dos dados segundo as regiões e as etnias.

*Gráfico 1- Prevalência de Artrite Reumatoide ou Reumatismo por regiões brasileiras:
Distribuição de doentes reumáticos segundo regiões brasileiras e etnias.*



Fonte: Elaborado pela autora.

	Branco	Preto	Pardo	Não Informado
Brasil	0.516	0.095	0.375	0.014
Norte	0.213	0.105	0.662	0.021
Nordeste	0.331	0.119	0.536	0.014
Sudeste	0.593	0.106	0.286	0.015
Sul	0.784	0.049	0.162	0.005
Centro Oeste	0.441	0.049	0.493	0.017

Tabela 1- Distribuição da AR por regiões e etnias.

Na tabela 2, podemos observar a distribuição de AR por regiões e faixas etárias. A maior prevalência para todas as regiões do país está concentrada na faixa etária de 50-59 anos. Sendo a região Norte a de maior prevalência com 0.563, seguido consecutivamente pelas região Centro-Oeste com 0.516, região Sul com 0.515, região Nordeste com 0.489 e região Sudeste com 0.445, por fim no país como um todo também houve maior prevalência nessa faixa etária com 0.484.

A região Norte concentra os maiores índices quando as faixas etárias correspondem de 18-29 anos. Na região Sudeste abarca um percentual maior de

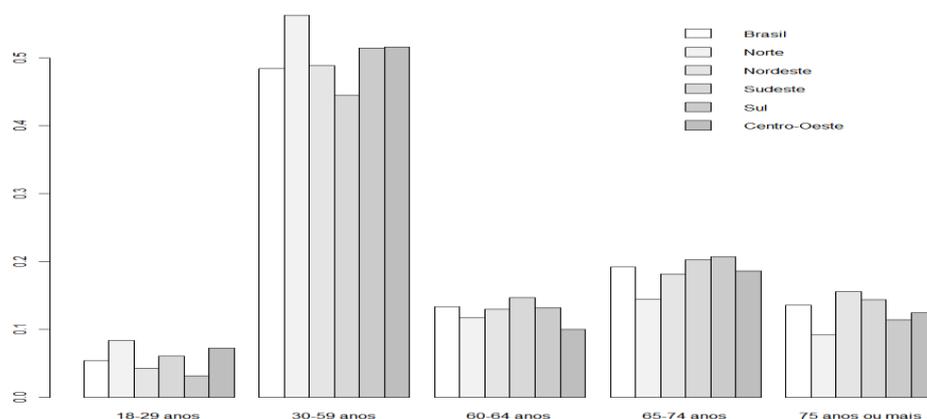
acometidos na faixa etária dos 60-64 anos, a região Sul concentra as maiores faixas de acometidos dos 65-74 anos, a região Nordeste os portadores de doenças reumáticas identificadas tinham 75 anos ou mais, enquanto o Centro-oeste contabilizou maior índice na faixa de 50 -59 anos.

	18-29 anos	50-59 anos	60-64 anos	65-74 anos	75 anos ou mais
Brasil	0.054	0.484	0.134	0.192	0.136
Norte	0.084	0.563	0.117	0.145	0.092
Nordeste	0.043	0.489	0.130	0.182	0.156
Sudeste	0.061	0.445	0.147	0.203	0.144
Sul	0.032	0.515	0.132	0.207	0.114
Centro Oeste	0.073	0.516	0.100	0.186	0.125

Tabela 2: Distribuição etária da AR pelas regiões brasileiras

No gráfico 2, o eixo x apresenta as faixas etárias e o eixo y as frequências com que a doença aparece em cada região do país. Identificou-se que a concentração dos maiores percentuais populacionais acometidos pela doença encontra-se nas faixas etárias mais jovens e mais idosas. Para a população de 30-59 anos que representa boa parte da população há maior incidência na região Norte.

Gráfico 2 - Prevalência de Artrite Reumatoide ou Reumatismo por regiões brasileiras: Distribuição de doentes reumáticos segundo regiões brasileiras e faixas etárias.

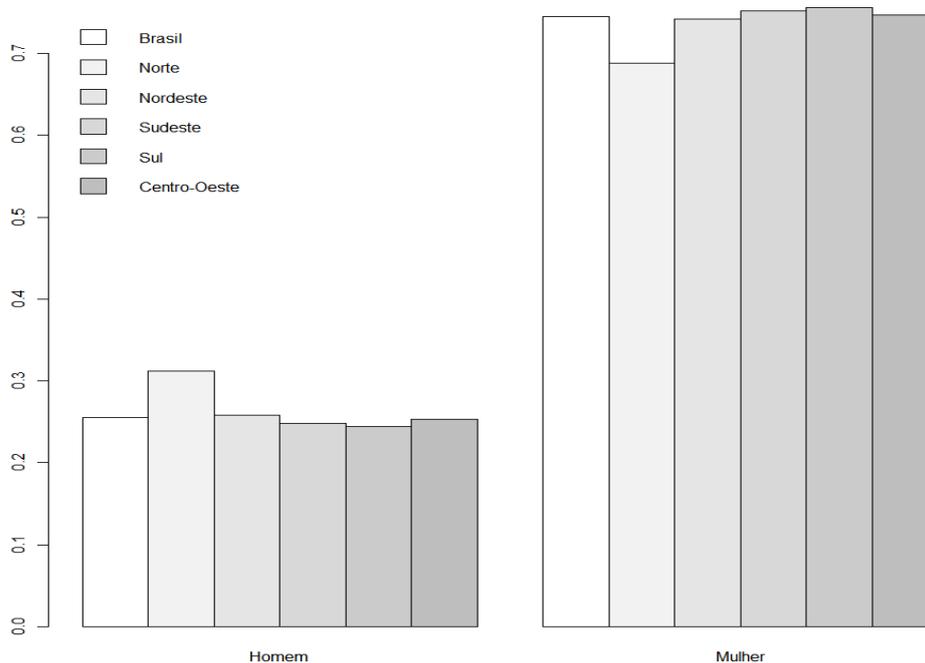


Fonte: Elaborado pela autora

A distribuição do sexo em relação às regiões foi: Norte 0,312 para homem e 0,688 para mulher; a região Nordeste teve 0,258 para homem e 0,742 para mulher; no sul foram identificados 0,244 para homem e 0,756 para mulher; na sudeste 0,248 para homem e 0,752 para mulher e na Centro-oeste 0,253 para homem e 0,747 para mulher, totalizando no Brasil no 0,255 para homem e 0,745 para mulher, que sendo que em todo o Brasil a incidência maior é no sexo feminino.

No gráfico 3, o eixo x apresenta o sexo masculino e feminino e o eixo y as frequências com que a doença aparece em cada região do país. Observar-se que o maior percentual de acometimentos por doenças reumáticas se concentra no sexo feminino, no entanto, a região Norte é a única no país a apresentar uma faixa de acometidos maior no sexo masculino. No somatório de todas as capitais brasileiras houve um acometimento de 1535 casos para o sexo feminino. Por regiões brasileiras a prevalência foi a seguinte: região Norte (147 casos); região Nordeste (399 casos); região Sudeste (679 casos); região Sul (155 casos) e por fim, região Centro-oeste (151 casos).

Gráfico 3 - Prevalência de Artrite Reumatoide ou Reumatismo por regiões brasileiras: Distribuição de doentes reumáticos segundo regiões brasileiras e o sexo.



Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento das doenças reumáticas sofre interferência dos fatores hormonais, ambientais e imunológicos e atuam de forma conjunta sobre indivíduos que são geneticamente susceptíveis. Observações em longo prazo têm demonstrado que a superposição desses fatores é determinante para o desenvolvimento da AR, já que o efeito isolado dos citados não é capaz de causar o desenvolvimento dos sinais e sintomas da doença⁷.

As regiões Sudeste e Sul foram as que apresentaram os maiores índices de morbidade. Como essas macrorregiões contemplam estados com maiores níveis de desenvolvimento e melhores condições socioeconômicas e de acesso aos serviços públicos de saúde, acredita-se que por ter a maior porta de entrada para os mesmos, este

fator esteja corroborando para que maior número de portadores das doenças reumáticas faça parte de algum tipo de acompanhamento na rede atenção básica do SUS e dessa forma os dados disponibilizados em diferentes plataformas, como o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) do quantitativo de clientes em tratamento, esteja auxiliando na publicização dos dados e na tomada de decisão quanto aos investimentos necessários a fim de viabilizar o acesso do cliente aos dispositivos de saúde¹².

O Brasil tem vivenciado processo importante de mudança no perfil sociodemográfico de sua população, com considerável elevação da expectativa de vida, mudança essa viabilizada pelos avanços das tecnologias na área de saúde, ao desenvolvimento de políticas públicas para adoção de hábitos saudáveis de vida, valorização da atenção primária à saúde e ações pontuais voltadas para a promoção e prevenção. Foi possível observar nos resultados apontados pelo estudo a faixa etária mais idosa apresentar maior prevalência de acometidos pelas doenças reumáticas, o desafio que se faz presente é a garantia do acesso aos serviços públicos de saúde para esta população e a necessidade da realização de mais estudos epidemiológicos que sejam capazes de traçar um perfil sociodemográfico com a descrição das reais necessidades desse grupo populacional, a fim de orientar as ações e a tomada de decisão em saúde para que esse planejamento possa apresentar resultados mais eficientes em termos de oferecer ao usuário um cuidado integral em saúde.¹⁰

Callegari *et al*¹² pontua que a América Latina como um todo apresenta características demográficas bastante complexas, fator decorrente de sua origem multiétnica, herança colonial e imigração. Essa interação de fatores colaborou para que a população se desenvolvesse de forma altamente miscigenada e com uma ampla variedade de expressões genéticas. Dada às contribuições do autor, neste estudo pode-se observar que os resultados caminham também para um perfil miscigenado da população

brasileira, onde não há o predomínio de apenas uma etnia definida como aquela em que há maior prevalência da doença, o que se observou foi a dispersão da população em que os perfis étnicos se diferem de acordo com as macrorregiões do país⁸.

A primeira variável analisada foi etnia, cujo comportamento tende a maior prevalência da doença na raça branca na região Sul, da raça negra na região Nordeste e de pardos na região Norte. A saúde e o adoecimento populacional estão correlacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam de forma individual e coletiva a integridade física e psicológica dos indivíduos. Logo, as condições sociais em que uma determinada população é inserida, como condições de moradia, acesso à saúde, renda, localização geográfica e outros são fatores determinantes para o acesso a bens e serviços, incluindo a saúde. Durante séculos o processo de escravidão da população negra influenciou negativamente a inserção da mesma na sociedade brasileira, corroborando para o acesso desigual e desfavorável aos direitos e possibilidades, incluindo a saúde. As características apresentadas refletem no quadro epidemiológico dessa população e são capazes de evidenciar as iniquidades e a vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde e as ações promoção e prevenção da mesma.^{13,16}

Quando a variável analisada é a idade (distribuição por faixas etárias), mostra comportamento diferente nas regiões, não há hegemonia na concentração dos dados em uma única macrorregião. A região Norte nos faz atentar para o quanto estão sendo realizados diagnósticos precoces nos portadores de doenças reumáticas, tal fator atua como aliado para a melhora da qualidade de vida dos doentes, uma vez que, ao serem diagnosticados de forma precoce há uma perspectiva de melhora das condições clínicas incapacitantes impostas pelos sinais e sintomas da doença⁷.

Tal dado corrobora para a observação do aumento da sobrevida entre os portadores de doenças reumáticas autoimunes, justificado pela padronização e precisão

dos métodos clínico-laboratoriais, com diagnóstico precoce e maior suporte terapêutico¹⁴. Os objetivos principais da intervenção terapêutica ocupacional com os clientes portadores das doenças reumáticas se constituem na prevenção ou controle de lesões articulares; prevenção à perda ou diminuição do nível de funcionalidade; redução algica; maximização das potencialidades individuais; prevenção por meio da criação de um programa de proteção articular e conservação de energia do gasto energético excessivo, da fadiga e da dor na execução das AVD's e AIVD's; além de auxiliar o cliente para que o mesmo consiga estabilizar o quadro sintomatológico permanecendo o maior tempo possível em período de remissão da doença¹¹.

As demais regiões do país apresentam comportamento típico no que se refere ao maior acometimento de pessoas maiores de 65 anos com diagnóstico de alguma doença reumática, com prevalência de 4,5% na faixa etária de 55 aos 75 anos. Dado o aumento da população com idade acima dos 60 anos, o impacto da AR se torna cada vez mais importante.

A variação da doença por sexos nos mostra mais casos no sexo feminino do que no masculino, tanto no país em geral, como nas macrorregiões, exceto na região Norte, onde houve prevalência maior de casos em homens. A constatação do fato da maior prevalência no sexo masculino na região Norte é um achado que necessitará de outros estudos epidemiológicos para ser melhor elucidado.

Em relação ao sexo sabemos que a AR afeta 3 vezes mais mulheres do que homens, e diversos estudos têm relacionado o sexo feminino com o desenvolvimento de formas mais graves da doença, ademais apontaram também que há maior prevalência no sexo feminino em período fértil por uma associação ao efeito estrogênico^{7,8}.

O tratamento do indivíduo com AR precisa envolver mais do que medidas farmacológicas e de acompanhamento, faz-se necessário o estabelecimento de

estratégias que viabilizem a educação do mesmo. Segundo Noordhoek¹⁹ o conhecimento sobre a doença, medicamentos e orientações de proteção articular e conservação de energia fazem com que os indivíduos assumam posturas mais ativas frente ao tratamento, o que corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhora da qualidade de vida.

Estudos apontam para a educação do paciente como uma das principais fontes de melhora da sua qualidade de vida enquanto portador de uma doença de característica crônica e progressiva. O investimento em medidas educativas possui grande potencial preventivo de agravos, como é o caso da instalação de deformidades em articulações como punhos, mãos e pés. A abordagem terapêutica e educativa de proteção articular e conservação de energia elaborada por terapeutas ocupacionais e médicos especializados em cirurgias de mãos, apresenta-se como boa medida de auxílio no processo educativo dos pacientes, apesar de pouco propagada, a mesma é de conhecimento de boa parte dos profissionais da área que se dedicam ao estudo e ao aperfeiçoamento das práticas clínicas e educativas voltadas para este público em específico ^{14,15}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os dados obtidos neste levantamento demonstraram que o planejamento para abordagem e tratamento de pacientes com AR precisa levar em consideração o perfil predominante da raça preta e parda nas regiões Norte e Nordeste e para a raça branca nas regiões Sul e Sudeste; maior prevalência de acometidos no sexo feminino; considerar que a região Norte do país apresenta comportamento que difere das demais regiões ao apresentar prevalência elevada de indivíduos em idade jovem como o

principal público acometido e as demais regiões um perfil que inicia os quadros sintomatológicos a partir dos 60 anos de idade.

Dentro dessa perspectiva podemos pensar em ações que contemplem os diferentes perfis, alocando melhor os recursos, adotando métodos e linguagens mais apropriadas a clientela, para por fim obtermos melhores taxas de adesão e ampliação da qualidade de vida desses indivíduos.

A necessidade de mais estudos e pesquisas na área é de extrema importância para todo o país, pois por meio dos resultados apresentados nesse trabalho percebemos que existem peculiaridades regionais que necessitam de um olhar mais próximo do pesquisador para que de fato possam ser palpáveis, compreendidas e analisadas essas e outras variáveis apresentadas no estudo, a fim de evitar padrões de distorções ou julgamentos na pesquisa.

O estudo e a observação dos impactos e consequências de uma doença podem ser descritos de formas diversas, no entanto, as reações individuais e os sentimentos frente ao processo saúde-doença, não são apenas influenciados pelas questões físicas e psicológicas, mais também pelas circunstâncias sociais de cada indivíduo. Os clientes com doenças reumáticas possuem graus variados de limitação e comprometimento da funcionalidade, o que resulta em baixo desempenho nas tarefas cotidianas e laborais, além de afetar a autoestima de seus portadores⁹.

Além dos apontamentos e objetivos estabelecidos anteriormente, prima-se pelo acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar dos clientes diagnosticados com doenças reumáticas, pois a educação dos mesmos e de seus familiares em relação à doença, ao tratamento e benefícios que o mesmo pode trazer, repercutem em melhorias consideráveis para a qualidade de vida.¹⁷

FINANCIAMENTO

Financiamento próprio da autora.

REFERÊNCIAS:

1. Occupational Therapy Practice – AOTA - Framework: Domain & Process. 2nd. The American Journal of Occupational Therapy, v.62, n.6, p.625-683, 2008.
2. Cordeiro, JR; Camelier, A; Oakley, F; Jardim, JR. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for chronic obstructive pulmonary disease patients. American Journal of Occupational Therapy, v.61, n.1, p.33-40, 2007.
3. Hakansson C; Eklund, M; Lidfeldt, J; Nerbrand, C; Sansiose, G; Nilsson, PM. Well-being and occupational roles among middle-aged woman. Work, v.24, p.341-351, 2005.
4. Rebellato, C; Emmel, M; Cordeiro, J; Oishi, J. Factors associated with occupational roles in older Brazilians: a cross-sectional pilot study. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 23, n. 3, p. 499-513, 2015.
5. Cordeiro, J. R. Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil [Validation of the Role Checklist for patients with chronic obstructive pulmonary disease] (2005). Tese de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
6. Carvalho, MGR; Noordhoek, J; Silva, MCO. Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 2, p.134-136, 2006.
7. Goeldner,I; Skare,TL; Reason, IT; Utiyama,SRR . Artrite Reumatoide: uma visão atual. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v.47, n.5, p.495-503, 2011.
8. Mota, LMH; Laurindo, IMM; Neto, LL. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. Revista Brasileira de Reumatologia, v.50, n.3, p.235-248, 2010.
9. Luz, KR; Souza, DCC; Ciconelli, RM. Vacinação em Pacientes Imunossuprimidos e com Doenças Reumatológicas Auto-Imunes. Revista Brasileira de Reumatologia, v.47, n.2, p. 106-113, 2007.

10. Moreira, AB. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Vita et Sanitas*, v.2, n.1, p.79-91, 2017.
11. Fontes, AP; Fernandes, AA; Botelho, MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Port. Sau. Pub*, v.28, n.2, p.171-178, 2010.
12. Callegari- Jacques, MS; Grattapaglia, D; Salzano, MF; Salamoni, PS; Crossetti, GS; Ferreira, EM; Hutz, HM. Historical genetics: Spatiotemporal analysis of the formation of the Brazilian population. *American Journal of Human Biology*, v.15, n.6, p. 824-834, 2003.
13. Pilger,C; Menon, MH; Mathias, TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n.5, p. 2-9, 2011.
14. Carvalho, MAP; Lanna, CCD; Bertolo, MB; Ferreira, GA. *Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento*. 4 ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
15. Cavalcanti, A; Galvão,C. Doenças Reumáticas. In: *Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 238-245.
16. Gomes, SKR; Pires, AF; Nobre, CRM; Marchi, SFM; Rickli, KCJ. Impacto da artrite reumatoide no sistema público de saúde em Santa Catarina, Brasil: análise descritiva e de tendência temporal de 1996 a 2009. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.57, n.3, p.204-209, 2017.
17. Gomes, S.M. C; Coutinho, C.G; Myamoto, T.S. Efeitos do programa de educação em pacientes com artrite reumatoide do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)- projeto piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.24, n.3, p.250-258, 2013.
18. Almeida, QTHP; Pontes, BT; Matheus, CPJ; Muniz, FC; Mota, HML. Terapia Ocupacional na Artrite Reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.55, n.3, p.272-280, 2015.

19. Nordhoek, J; Loschiavo, F. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. Revista Brasileira de Reumatologia, v.45, n.4, p.242-244, 2005.

Artigo 2: IMPACTO DA DOR E DA FADIGA NO DESEMPENHO OCUPACIONAL DE CLIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE INSERIDOS EM UM DISPOSITIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS NO RIO DE JANEIRO

Joyce Chaves de Souza Araújo¹ Cristiane de Oliveira Novaes¹ Nebia Maria Almeida de Figueiredo¹ Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva²

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro/Brasil.

² Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro (IFRJ), Rio de Janeiro/Brasil.

RESUMO

Intervenções voltadas para o cuidado, educação e o autogerenciamento da Artrite Reumatoide (AR) pelo cliente aumentam a adesão e a eficácia da abordagem precoce neste tipo de doença. A combinação de tratamento medicamentoso e tratamento de reabilitação visam potencializar a intervenção, retardando o aparecimento da sintomatologia, reduzindo incapacidades, minimizando sequelas e reduzindo o impacto sobre a funcionalidade do cliente. A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que objetiva a melhoria do desempenho ocupacional dos indivíduos, fornecendo os meios para a prevenção de limitações funcionais, adaptação a modificações no cotidiano e melhoria de seu estado emocional e participação social. O objetivo deste estudo foi identificar o impacto da AR no desempenho ocupacional das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária e na qualidade de vida do seu portador. Assim como, verificar a percepção do mesmo, sobre as atividades que potencialmente causam maior dor e fadiga quando executadas. Os resultados apontaram que a AR possui um grande impacto sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos clientes com AR, gerando múltiplos complicadores para o desempenho ocupacional das atividades rotineiras, de trabalho e lazer. O investimento em medidas educativas possui grande potencial preventivo de agravos, como é o caso da instalação de deformidades em articulações como punhos, mãos e pés. A abordagem terapêutica e educativa de Proteção Articular e Conservação de Energia corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional.

Palavras chave: Artrite Reumatoide; Terapia Ocupacional; Conservação de Energia.

ABSTRACT

Interventions aimed at the care, education and self management of Rheumatoid Arthritis (RA) by the cliente increase adherence and the effectiveness of the early approach in this type of disease. The combination of drug treatment and rehabilitation treatment aims to enhance the intervention, delaying the onset of symptoms, reducing disabilities, minimizing sequelae and reducing the impact on the client's functionality. Occupational Therapy is a health profession that aims to improve the client's occupational performance, providing the means to prevent functional limitations, adapt to changes in daily life and maintain or improve their emotional state and social participation. The aim of this study was to identify the impact of RA on the occupational performance of activities of daily living and instrumental activities of daily living and on the quality of life of the patient. As well as, check the perception of the same, about the activities that potentially cause greater pain and fatigue when performed. The results showed that RA has a major impact on the functional capacity and quality of life of customers with RA, generating multiple complications for the occupational performance of routine, work and leisure activities. The investment in educational measures has great potential for preventing injuries, such as the installation of deformities in joints such as wrists, hands and feet. The therapeutic and educational approach of Joint Protection and Energy Conservation supports the greater control of the symptoms of the disease and helps to improve the quality of life and functional capacity.

Keywords: Arthritis, Rheumatoid; Occupational Therapy; Energy Consumption.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune sistêmica comum, cuja prevalência atinge 1% da população mundial, sendo o grupo que possui maior incidência da doença as mulheres entre 40-50 anos de idade, e nos homens a prevalência tem obedecido a razão de para cada grupo de 5 mulheres, 2 homens apresentam o diagnóstico de AR. A prevalência aumenta de acordo com o avanço da idade e mais de 60% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade são afetados. Por volta de 2030, estima-se que aproximadamente 67 milhões de indivíduos nessa faixa etária, correspondente a 20% da população, serão afetados pela AR¹.

O diagnóstico da doença baseia-se principalmente na evolução clínica e não tanto pela histopatologia, pois não existe qualquer achado clínico específico. Segundo Carvalho *et al*¹ um cliente é considerado portador da doença se apresenta, pelo menos, quatro dos sete critérios a seguir, estabelecidos pelo *American College of Rheumatology*: rigidez matinal com duração mínima de sessenta minutos; artrite de pelo menos três ou mais articulações; artrite de mãos e punhos; artrite simétrica; nódulos

reumatóides subcutâneos, presença de fator reumatóide, alterações radiográficas nas articulações de mãos e punhos, sendo essas as que se constituem como uma das primeiras estruturas corporais a serem lesadas no cliente com AR²

Segundo dados do DATASUS de 2012 sobre internações hospitalares, foram registrados 19.249 casos de AR e outras poliartropatias inflamatórias, o que gerou para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto de R\$ 12.896.142,00, dos quais R\$ 11.367.555,00 foram referentes a serviços hospitalares e R\$ 1.514.195,00, referentes a serviços profissionais^{3,4}. Alguns aspectos corroboram para que haja uma taxa significativa de complicações e até mesmo óbito desses indivíduos. As hospitalizações ocorrem com frequência, dado que esses clientes apresentam maior prevalência de doenças infecciosas quando comparados com a população em geral, devido à imunossupressão da doença de base ou da terapia imunossupressora que está sendo empregada no tratamento⁵.

Dentro desta perspectiva o cuidado com as pessoas acometidas por doenças reumáticas, centra-se não somente no gerenciamento do impacto econômico que a doença é capaz de trazer para seus portadores e para o sistema público de saúde, mais também no esforço para melhoria dos aspectos psicofísicos, na identificação das alterações sofridas no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de seus portadores. Essas e outras informações são de extrema importância para o estabelecimento do diagnóstico, para análise do grau de atividade da doença e observação da eficácia terapêutica dos tratamentos em andamento³.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional pode ser protagonista no processo de cuidado e adaptação, sendo que a *American Occupational Therapy Association* (AOTA) define como áreas de abrangência da intervenção terapêutica ocupacional em clientes com AR, as atividades de vida diária (AVD's), as atividades laborais e o lazer, que são potencialmente prejudicadas em decorrência aos múltiplos processos que interferem na funcionalidade dos indivíduos⁶.

Os papéis ocupacionais capacitam os indivíduos para organizarem os comportamentos produtivos e para estruturarem sua participação ocupacional, conferindo uma identidade pessoal, expectativas sociais, organizando o uso do tempo e o inserindo na estrutura social. Indivíduos que são diagnosticados com doenças crônicas incorrem na possibilidade de interrupção ou de alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais⁷.

As ocupações são os vários tipos de atividades cotidianas nas quais indivíduos, grupos ou populações se envolvem, incluindo as Atividades de vida diária (AVD), Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), Descanso e Sono, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer e Participação Social⁶.

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que, tradicionalmente, atua no campo da reabilitação. No processo de reabilitação, o terapeuta ocupacional faz uso da ação humana, por meio das atividades da vida diária e instrumentais da vida diária da população atendida. Nos programas de tratamento, as atividades terapêuticas propostas visam à recuperação e a readaptação do cliente, objetivando que o mesmo obtenha melhora da qualidade de vida e independência funcional para desempenhar suas atividades rotineiras⁸.

O objetivo deste estudo foi identificar o impacto da AR no desempenho ocupacional das AVD's e AIVD's e na qualidade de vida de seu portador. Assim como, verificar a percepção do mesmo, sobre as atividades que potencialmente causam maior dor e fadiga quando executadas.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de série de casos realizado em uma Unidade de atenção secundária à saúde, que atualmente possui 10 especialidades clínicas em vigor, a saber: Neurologia, Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Angiologia, Clínica médica, Fonoaudiologia, Psicologia, Infectologia e Cardiologia. Em média a Unidade atende cerca de 300 clientes ao mês, dentre eles o público de portadores de AR, residentes no município do Rio de Janeiro. A população do estudo foi constituída por 10 portadores de AR, que preencheram e atenderam aos critérios de inclusão: ser diagnosticado como portador de AR, com idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, e que aceitaram participar do estudo. Como critério de exclusão foi adotado: possuir outro tipo de doença reumática que não fosse AR.

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade funcional em AR, muitas delas validadas no Brasil, porém com limitações principalmente no que se refere à sua especificidade. Elas devem ser breves, simples e de fácil aplicação, para que atinjam o seu principal objetivo, que é servir como

instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde⁹. No estudo os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, elaborada a partir da inclusão dos instrumentos: Avaliação da Capacidade Funcional - *Assessment Questionnaire* (HAQ); Questionário- Autoeficácia da Dor (PSEQ) M.K. Nicholas (1989); Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36.

A Avaliação da Capacidade Funcional (HAQ) é um instrumento do tipo autorreferente sobre o estado funcional, já validado para o Brasil, que pode ser aplicado tanto na população adulta, quanto idosa. É comumente empregado em clientes que possuem algum grau de comprometimento motor. O instrumento possui uma versão de 8 e 20 perguntas. O Índice de Deficiência (ID) proporcionado é avaliado por oito categorias: vestir-se e presença física, acordar, alimentar-se, andar, higiene, alcance, pegada e outras atividades do cotidiano. Para cada uma dessas categorias, o cliente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas, são elas: sem dificuldade (0), com alguma dificuldade (1), com muita dificuldade (2) e incapaz de fazer (3). A fórmula da HAQ é calculada a partir dos maiores escores de cada componente (Ex. o maior escore do componente 1 + o maior escore do componente 2 e assim sucessivamente). A pontuação final da HAQ é a média das pontuações das oito categorias⁹.

O Questionário Autoeficácia da Dor (PSEQ) foi desenvolvido por Nicholas, em 1989. O mesmo é composto por dez itens, que mensuram a força e a generalidade da crença do cliente sobre sua habilidade em realizar uma variedade de atividades, apesar da dor. Constitui-se em um inventário autoaplicável, onde os itens abrangem afirmações, como: “Eu posso realizar a maioria das tarefas de casa, apesar da dor”. Os autores acreditam que o conceito de autoeficácia pode ser muito útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor. A avaliação deste aspecto, nos doentes que sofrem de dor crônica, pode direcionar a assistência a esses clientes e melhorar os resultados do tratamento¹⁰. A estratégia proposta para a cômputo do escore global da crença de autoeficácia é o somatório das respostas dadas pelos clientes aos 10 itens do PSEQ. A partir do somatório têm-se um valor mínimo-máximo possível de ser obtido e considera-se que todos os itens têm o mesmo peso na operacionalização do conceito a ser medido. Logo, clientes que somarem escores mais altos, consecutivamente são aqueles que se sentem nada confiantes para o desempenho de tarefas e funções do cotidiano.

Já o questionário padronizado de Qualidade de Vida- *Short Form Health Survey 36* (SF-36) é constituído por 36 perguntas, uma que mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais que são agrupadas em oito escalas ou domínios. As pontuações mais altas indicam melhor estado de saúde. O tempo de preenchimento é de 5 a 10 minutos e a versatilidade de sua aplicação por autopreenchimento, entrevistas presenciais ou telefônicas com pessoas de idade superior a 14 anos, com níveis de confiabilidade e validade que excedem os padrões mínimos recomendados, tornam esse instrumento atraente para uso combinado com outros questionários em inquéritos populacionais¹¹. Os itens do questionário são avaliados e o cliente recebe uma pontuação para cada aspecto, que são posteriormente analisados e transcritos para uma escala que varia de 0 a 100, onde zero é considerado o pior escore e 100 o melhor escore, sendo assim, quanto maior o escore melhor é a qualidade de vida do indivíduo em análise.

RESULTADOS

Na tabela 1 podemos observar as características gerais da amostra dos casos, onde 100% das participantes são do sexo feminino, com idade variando entre 45-70 anos, e escolaridade variando de ensino fundamental incompleto a nível superior, sendo que a maior parcela possui até o ensino médio incompleto (70%). O tempo de diagnóstico varia de 1 a 10 anos, sendo que a maioria entre 3 e 5 anos (70%).

Tabela 1 – Características gerais da amostra

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	10	100
Masculino	0	0
Idade		
45 – 50 anos	1	10
51 a 55 anos	1	10
56 a 60 anos	3	30
61 a 65 anos	2	20
66 a 70 anos	3	30
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	20
Ensino fundamental completo	3	30
Ensino médio incompleto	2	20
Ensino médio completo	2	20
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	1	10
Tempo de diagnóstico		
1 ano	1	10
3 anos	4	40
5 anos	3	30
10 anos	2	20

Na tabela 2 são apresentados os resultados da análise do Questionário de Qualidade de Vida SF-36, por cliente, cujos domínios avaliados foram: Estado geral de saúde; Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos; Aspectos emocionais; Aspectos sociais; Dor; Vitalidade; e Saúde mental.

O Estado geral de saúde é composto pelas perguntas 1 e 11 do Questionário, por este motivo na Tabela 2 são apresentados dois valores distintos para o mesmo domínio, dado que os escores obtidos não devem ser somados a fim de gerarem uma média para o mesmo. A análise dos dados obtidos evidencia que no domínio (Estado

geral) apenas 1 das participantes somou 0 na pontuação final do escore, o que indica o pior escore em termos de pontuação, pois a variação para cada domínio vai de 0 a 100, quanto menor for a pontuação final, pior é a qualidade de vida da participante. Logo, essa participante em questão considera que no geral seu estado de saúde não é bom, fator que impacta diretamente na qualidade de vida da mesma, pois o conceito de qualidade de vida é multidimensional e incorpora todos os aspectos da vida humana, como: dimensão física, funcional, emocional, social, espiritual e o domínio Estado geral é a percepção do participante em relação a todos esses aspectos.

As demais participantes também somaram escores baixos nesse domínio, permanecendo entre o intervalo de 15 a 30 pontos no máximo, evidenciando que todas percebem algum tipo de alteração no seu estado geral de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida.

No que tange a (Capacidade Funcional) 50% das participantes do estudo somaram escores igual a 0, o que é indicativo de comprometimento grave na capacidade funcional das mesmas. A capacidade funcional pode ser compreendida como o potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano. E a incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de auxílio para o indivíduo executar tarefas rotineiras, abrangendo dois tipos de atividades: Atividades da Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's)¹².

O escore máximo pontuado por uma das participantes na escala de 0 a 100 pontos neste domínio foi de 55 pontos, o que configura comprometimento moderado no domínio Capacidade funcional.

No domínio (Limitações por aspectos físicos) 90 % das participantes do estudo, na escala de 0 a 100 a ser pontuada, somaram escores igual a 0 e apenas 10%, somou escore de 50 pontos. Os sintomas oriundos da doença implicam em deformidades articulares e piora do desempenho ocupacional das atividades básicas, laborais e de lazer, o que pode levar os indivíduos à dependência funcional. O nível de atividade da doença, o quadro inflamatório associado às alterações musculoesqueléticas, a dor e a fadiga são os principais fatores responsáveis pelo impacto na qualidade de vida dos indivíduos com AR, tanto em limitações

ocasionadas por aspectos físicos, quanto em limitações ocasionadas por aspectos emocionais e sociais¹³.

Em relação as (Limitações por aspectos emocionais) apenas 20% das participantes do estudo, somaram escores diferente de 0, respectivamente 33,3 e 66,6 pontos, na escala que compreende de 0 a 100, fator que nos fez refletir sobre a interação entre o psiquismo e o corpo, uma vez que o ser humano é um ser simbólico e a Artrite Reumatoide é uma doença que a todo tempo coloca o seu portador em um embate, enfrentando as manifestações clínicas do adoecimento e ao mesmo tempo lutando para manter a qualidade de vida e aspirações futuras.

Além das queixas relacionadas à dor e à inflamação, os clientes com AR também são acometidos por problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Estudos apontam que a evolução da AR está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade e da depressão, com uma prevalência de 13% a 47%, sendo que esses transtornos são três vezes mais prevalentes em portadores de AR¹⁴.

Os Aspectos sociais também são avaliados por duas perguntas no Questionário, logo apresentam dois valores distintos na Tabela 2, assim como no domínio Estado geral de saúde. No que tange os Aspectos sociais foi o domínio que apresentou os maiores escores, na escala de 0 a 100 pontos, com participantes alcançando a pontuação máxima. No entanto, faz-se necessário ressaltar que a AR tem um feito devastador na vida de seus portadores, quer seja pelo impacto direto nas atividades cotidianas, profissionais, familiares e sociais, quer pelo impacto psicológico gerado pela incapacidade, frustração e depressão. A AR é considerada um importante problema de saúde pública com pesados encargos socioeconômicos, pois atingem os indivíduos em idade ativa, resultando em afastamentos do trabalho por períodos prolongados e recorrentes, sendo responsáveis por 70% das demissões antecipadas¹⁵.

O domínio Dor também é avaliado por duas perguntas no Questionário, logo apresentam dois valores distintos na Tabela 2, assim como no domínio Estado geral de saúde e Aspectos sociais. Em relação a esse domínio 70% das participantes somaram escores igual a 0, o que significa que consideram o fator Dor um limitante em grau máximo quando questionadas sobre o impacto desse quesito na qualidade

de vida das mesmas . As demais participantes somaram escores entre o intervalo de 10 a 50 pontos no máximo.

A dor é um fator extremamente limitante e interfere no desempenho ocupacional de todas as atividades cotidianas dos indivíduos, em função da deterioração funcional e perda acentuada da qualidade de vida. Muitos clientes sofrem rupturas abruptas nos sistemas sociais do qual estão inseridos devido à carga sintomática com dor intensa e níveis elevados de atividade da doença, como o afastamento das atividades laborais⁹.

No domínio (Vitalidade) uma única participante somou a pontuação 0 no escore final, fator que indica que a mesma possui percepções negativas no que tange a vontade de viver, o vigor e sentimentos positivos relacionados ao futuro, dado que as perguntas relacionados neste domínio referem-se aos conteúdos anteriormente abordados. As demais participantes somaram escores entre o intervalo de 5 a 55 pontos no máximo. É possível constatar que todas elas somaram um escore baixo para este domínio, indicando que o fator fadiga, cansaço e falta de vigor atuam como limitadores para o desempenho ocupacional das atividades rotineiras, de trabalho e lazer.

A análise do domínio (Saúde Mental) foi o que obteve no somatório dos escores de cada participante os índices mais altos, o que significa uma melhor percepção sobre o domínio Saúde Mental e conseqüentemente sobre a qualidade de vida, somando até 72 pontos no escore final, na escala que varia de 0- 100 foi o valor obtido por uma das participantes. A que obteve o somatório mais baixo, totalizou 8 pontos no escore final. As perguntas relacionadas a este quesito referem-se à percepção de vida e de seu estado emocional no presente. Logo, ressaltamos que o suporte emocional pode ser particularmente significativo no processo de ajustamento à Artrite Reumatoide.

Tabela 2 – Análise da Qualidade de Vida da amostra

	Pc.1	Pc.2	Pc.3	Pc.4	Pc.5	Pc.6	Pc.7	Pc.8	Pc.9	Pc.10
Estado geral	20 e 15	15 e 10	15 e 20	15 e 5	15 e 10	8 e 0	15 e 20	15 e 10	8 e 30	15 e 30
Capacidade funcional	0	25	0	20	5	25	0	0	55	0
Limitações por aspectos físicos	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
Aspectos emocionais	33,3	0	0	0	0	0	0	0	66,6	0
Aspectos sociais	0 e 0	50 e 100	0 e 33,3	0 e 0	12,5 e 0	12,5 e 0	0 e 87,5	0 e 62,5	37,5 e 25	0 e 37,5
Dor	50 e 0	0 e 0	0 e 0	0 e 0	0 e 0	11 e 10	0 e 0	0 e 0	22 e 20	0 e 0
Vitalidade	35	10	10	0	5	10	45	5	55	15
Saúde Mental	24	40	48	20	32	28	48	8	72	20

Legenda: Os domínios Estado geral (perguntas 1 e 11 do questionário), Aspectos sociais (perguntas 6 e 10 do questionário) e Dor (perguntas 7 e 8 do questionário) possuem dois valores distintos de escores, pois são oriundos de duas perguntas distintas e esses escores não podem ser somados a fim de quantificarem apenas um.

De acordo com a Tabela 3 que descreve os resultados encontrados após a aplicação do Questionário de Autoeficácia da Dor (PSEQ) e da Avaliação de Capacidade Funcional (HAQ). Observamos que as participantes que somaram o escore final de 29 e 31 pontos consecutivamente são aquelas que se sentem mais confiantes para o desempenho ocupacional das tarefas, atividades e funções do cotidiano. O Questionário de Dor PSEQ considera que o participante que gera um valor de escore final mais baixo é aquele que possui mais autoconfiança no exercício das atividades cotidianas, apesar do sintoma de dor. A pontuação pode variar de 10 a 60 pontos no máximo, dado que o Questionário possui 10 questões e cada questão tem o mesmo valor (1), o que alterna é a possibilidade do participante de marcar a numeração correspondente com o grau de confiança que o mesmo percebe ter em relação ao que está sendo questionado. As demais participantes somaram escores entre o intervalo de 47 a 60 pontos no máximo,

demonstrando que o componente dor além de ser um fator limitante fisicamente e funcionalmente, também atua sobre a integridade psicológica e cognitiva dos indivíduos.

Para cada pergunta da Avaliação de Capacidade Funcional (*Health Assessment Questionnaire*)- HAQ, tendo como referência a última semana, a participante indicou o grau de dificuldade encontrado para realizar determinada tarefa, em uma escala *Likert* (escala *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com determinada afirmação) de 0 a 3, onde (0) significa nenhuma dificuldade, (1) com alguma dificuldade, (2) com muita dificuldade e (3) incapaz de realizar. O resultado final é a média aritmética do maior escore de cada um dos oito domínios avaliados. O grau de deficiência classifica-se em: deficiência leve (HAQ de 0 a 1), deficiência moderada (HAQ > 1 a 2) e deficiência grave (HAQ >2 a 3)¹².

Os resultados das participantes do estudo demonstram que 1 participante está categorizada com grau de deficiência leve, 6 participantes estão categorizadas com grau de deficiência moderada e 3 participantes estão categorizadas com grau de deficiência grave.

Tabela 3- Escore total por cliente Questionário de Autoeficácia da Dor (PSEQ) e Avaliação de Capacidade Funcional (HAQ).

	Escore Questionário de Dor (PSEQ)	Escore Avaliação de Capacidade Funcional (HAQ)
Pc.1	54	2,75
Pc.2	51	1,75
Pc.3	47	2,12
Pc.4	50	1,87
Pc.5	46	1,87
Pc.6	31	1,12
Pc.7	60	2,12
Pc.8	60	1,62
Pc.9	29	0,87
Pc.10	60	1,25

DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta em sua totalidade pelo sexo feminino, em idade produtiva (45 a 70 anos de idade), em sua maioria (30%) com ensino fundamental completo. Os achados deste estudo corroboram com inquéritos populacionais no que tange o maior acometimento do sexo feminino. Sabemos que a AR afeta 3 vezes mais mulheres do que homens, e diversos estudos têm relacionado o sexo feminino com o desenvolvimento de formas mais graves da doença, ademais apontaram também que há maior prevalência no sexo feminino em período fértil por uma associação ao efeito estrogênico³.

Neste estudo, os indicadores de dor, estado geral do indivíduo, nível de atividade da doença, capacidade funcional e qualidade de vida foram úteis para quantificar a carga da AR no funcionamento e no bem-estar dos participantes.

De modo geral, podemos dizer que nos indivíduos com alta atividade da doença foi observada uma dispersão dos dados nos escores mais baixos na maioria dos domínios,

refletindo um pior perfil de humor (limitações emocionais e vitalidade) nestes sujeitos e demonstrando que o nível de atividade da doença pode influenciar nas alterações.

O entendimento de que a AR é multicausal e apresenta alterações emocionais vem gradualmente ganhando espaço e exposição, na busca por respostas às alterações de cunho emocional e estudos mais concretos sobre a psicogênese desses clientes, levando a abordagens mais abrangentes no tratamento dos mesmos. O bem-estar de clientes com AR é uma questão importante e o advento de novas ferramentas de medição tem levado a melhor compreensão dos aspectos mentais associados a esta doença crônica¹⁴.

O uso do instrumento de mensuração da capacidade funcional nos faz refletir a cerca da perda funcional que indivíduos hígidos possuem ao longo da vida, necessitando que os portadores de AR sejam observados com maior proximidade, considerando fatores como: idade, tempo de doença, níveis de dor e medicações em uso. A HAQ é um instrumento que consegue prever a gravidade e a disfunção causada pela AR durante a progressão da doença, dado que a redução da capacidade funcional inicia-se com o surgimento dos primeiros sintomas, como a inflamação aguda, dor e a limitação articular. A perda de funcionalidade após 5 anos tem correlação com o sexo feminino, idade mais avançada no início da doença e presença de comorbidades¹⁶.

O tratamento do indivíduo com AR precisa envolver mais do que medidas farmacológicas e de acompanhamento, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias que viabilizem a educação do mesmo. Segundo Noordhoek² o conhecimento sobre a doença, medicamentos e orientações de proteção articular e conservação de energia fazem com que os indivíduos assumam posturas mais ativas frente ao tratamento, o que corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhora da qualidade de vida.

Estudos apontam para a educação do paciente como uma das principais fontes de melhora da sua qualidade de vida enquanto portador de uma doença de característica crônica e progressiva. O investimento em medidas educativas possui grande potencial preventivo de agravos, como é o caso da instalação de deformidades em articulações como punhos, mãos e pés. A abordagem terapêutica e educativa de proteção articular e conservação de energia elaborada por terapeutas ocupacionais e médicos especializados em cirurgias de mãos, apresenta-se como boa medida de auxílio no processo educativo dos clientes, apesar de pouco propagada, a mesma é de conhecimento de boa parte dos

profissionais da área que se dedicam ao estudo e ao aperfeiçoamento das práticas clínicas e educativas voltadas para este público em específico¹⁷.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, podemos destacar que a AR possui um grande impacto sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos clientes, gerando múltiplos complicadores para o desempenho ocupacional dos papéis sociais de seus portadores. Faz-se necessário salientar a necessidade de proliferação da compreensão sobre a urgência no controle sintomático, em especialmente da dor, dado o potencial de limitação que a mesma causar nos indivíduos. Ademais, o diagnóstico precoce, o acompanhamento multiprofissional/ interdisciplinar e a educação em saúde são aliados na melhora do prognóstico vital e funcional dos portadores de AR.

O estudo e a observação dos impactos e consequências de uma doença podem ser descritos de formas diversas, no entanto, as reações individuais e os sentimentos frente ao processo saúde-doença, não são apenas influenciados pelas questões físicas e psicológicas, mais também pelas circunstâncias sociais de cada indivíduo. Os clientes com doenças reumáticas possuem graus variados de limitação e comprometimento da funcionalidade, o que resulta em baixo desempenho nas tarefas cotidianas e laborais, além de afetar a autoestima de seus portadores⁹.

Além dos apontamentos e objetivos estabelecidos anteriormente, prima-se pelo acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar dos clientes diagnosticados com doenças reumáticas, pois a educação dos mesmos e de seus familiares em relação à doença, ao tratamento e benefícios que o mesmo pode trazer, repercutem em melhorias consideráveis para a qualidade de vida.¹⁷

FINANCIAMENTO

Financiamento próprio da autora.

REFERÊNCIAS

20. Carvalho, MGR; Noordhoek, J; Silva, MCO. Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 2, p.134-136, 2006.
21. Nordhoek, J; Loschiavo, F. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.45, n.4, p.242-244, 2005.
22. Goeldner,I; Skare,TL; Reason, IT; Utiyama,SRR . Artrite Reumatoide: uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v.47, n.5, p.495-503, 2011.
23. Mota, LMH; Laurindo, IMM; Neto, LL. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.50, n.3, p.235-248, 2010.
24. Luz, KR; Souza, DCC; Ciconelli, RM. Vacinação em Pacientes Imunossuprimidos e com Doenças Reumatológicas Auto-Imunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.47, n.2, p. 106-113, 2007.
25. Occupational Therapy Practice – AOTA - Framework: Domain & Process. 2nd. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.62, n.6, p.625-683, 2008.
26. Cordeiro, JR. Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil [Validation of the Role Checklist for patients with chronic obstructive pulmonary disease] (2005). Tese de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
27. Moreira, AB. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Vita et Sanitas*, v.2, n.1, p.79-91, 2017.
28. Corbacho MI, Dapuetto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2010 Jan; 50 (1): 31-43.
29. Salvetti M, Pimenta, C. Chronic Pain Self-Efficacy Scale portuguese validation. *Rev de Psiquia Clínica*. 2005 Jul; 32 (4): 202-210.
30. LAGUARDIA, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário *Short Form -36* versão 2. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Ago; 16 (4): 889-97.

31. Barbosa BR, Alemida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Rev Ciênc saúde colet. 2014 Ago; 19 (8): 3317- 3325.
32. Schnornberger CM, Jorge MSG, Wibelinger LM. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. Rev Dor. 2017 Out-Dec; 18 (8): 365-69.
33. Santag I, Sousa D, Dario AB, Ribeiro GG, Domenech SC, Junior NGB, Gevaerd MS. Estado de humor na Artrite Reumatoide. ConScientiae Saúde. 2017 Set; 16 (3): 327-334.
34. Brenol CV, Monticielo OA, Machado R. Artrite Reumatoide e Aterosclerose. Rev Assoc Med Bras. 2007 Set-Out; 53(5):465-470.
35. Diniz LR, Balsamo S, Souza TY, Muniz LF, Martins WR, Mota LMH. Mensuração da fadiga com múltiplos instrumentos em uma coorte brasileira de pacientes com artrite reumatoide em fase inicial. Rev Bras Reumatol. 2017 Mai; 57 (5): 431-437.
36. Cavalcanti, A; Galvão,C. Doenças Reumáticas. In: Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 238-245.

Produção Técnica: CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AOS CLIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: PROTEÇÃO ARTICULAR E CONSERVAÇÃO DE ENERGIA – ABORDAGEM DE TRATAMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Joyce Chaves de Souza Araújo¹ Cristiane de Oliveira Novaes¹

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro/Brasil.

RESUMO

Foi desenvolvida uma Cartilha contendo orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia para os clientes com AR, cujo objetivo central foi o de prevenir a intensidade e a frequência da dor, fadiga e da perda de funcionalidade.

Quanto à Tipologia/Estratificação da produção técnica pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a Cartilha de orientação é classificada como Desenvolvimento de Material Didático e Instrucional (manuais, boletins, cartilhas e outros materiais educativos).

A metodologia aplicada para elaboração da Cartilha de Proteção Articular e Conservação de Energia fez uso dos dados colhidos e analisados durante a pesquisa de campo com os clientes portadores de AR. Por meio da interpretação dos dados, o produto técnico foi organizado e desenvolvido de forma a contribuir para que os clientes com AR conseguissem compreender as orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia a fim reduzir os eventos de dor e fadiga no desempenho ocupacional das AVD's e AIVD's. Para tanto, a composição da mesma foi articulada da seguinte maneira: breve explanação com linguagem simplificada e acessível a todos os públicos sobre a Definição, Sinais e Sintomas, Diagnóstico e Tratamento da Doença; Tratamento oferecido pela Terapia Ocupacional, com ilustrações e fotografias como forma de dinamização do aprendizado e sensibilização dos clientes para a execução mais funcional das atividades cotidianas.

Quanto à aplicabilidade da cartilha, a mesma atuou como um instrumento sensibilizador e fomentador de discussões a cerca da Artrite Reumatoide e contribuiu para que profissionais e clientes com AR tivessem acesso a informações pertinentes,

atualizadas e com rigor científico e metodológico sobre a Abordagem Terapêutica de Proteção Articular e Conservação de Energia.

Palavras- chave: Artrite Reumatoide, Terapia Ocupacional, Abordagem de Proteção Articular e Conservação de Energia.



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no
Espaço Hospitalar Mestrado Profissional - PPGSTEH

**CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AOS CLIENTES
COM ARTRITE REUMATOIDE:**
Proteção Articular e Conservação de Energia -
Abordagem de tratamento da Terapia
Ocupacional.

Rio de Janeiro - 2020




OBJETIVO:

O objetivo da elaboração da Cartilha de Proteção Articular e Conservação de Energia é prevenir a intensidade e a frequência da dor, fadiga e da perda de funcionalidade em clientes com Artrite Reumatoide.

SUMÁRIO:

1. O que é a Artrite Reumatoide?
2. Qual a causa da doença?
3. Quais são os sintomas?
4. Como é feito o diagnóstico?
5. Qual é o tratamento da Artrite Reumatoide?
 - 5.1. Programa de Proteção Articular e Conservação de Energia.
6. Referências.



1. O que é Artrite Reumatoide?

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo, logo pode acometer todas as articulações (juntas) do corpo e até mesmo os órgãos.

É uma doença crônica e autoimune de etiologia (origem) desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica (em ambos os lados do corpo), pois, acomete pelo menos três articulações e esse acometimento é bilateral e aditivo, uma vez que com a evolução da doença cada vez mais articulações (juntas) são acometidas.



Entre as articulações (juntas) acometidas estão:

- Mãos;
- Punhos;
- Dedos (Metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e interfalangeanas distais);
- Joelhos;
- Pés; (Metatarsofalangeanas, interfalangeanas proximais e interfalangeanas distais);
- Cotovelos;
- Ombros;
- Articulação têmporo-mandibular (responsável pela mastigação dos alimentos e o ato de engolir);
- Coluna;



2. Qual a causa da doença?

A Artrite Reumatoide possui etiologia (origem) desconhecida, não se sabe ao certo quais fatores levam à doença, porém suspeita-se que alguns fatores podem influenciar no desenvolvimento da mesma, como:

FATORES COMPORTAMENTAIS
FATORES AMBIENTAIS
FATORES GENÉTICOS

3. Quais são os Sintomas?

Durante a evolução da doença há períodos de surto, onde há o aparecimento dos sintomas inflamatórios e o período de remissão, quando não há a manifestação desses sintomas.

É comum apresentar sintomas sistêmicos antes dos sintomas articulares (ou seja, o aparecimento de deformações ósseas). Os sintomas sistêmicos da Artrite Reumatoide são:

- Mal estar;
- Febre baixa;
- Suores;
- Perda de apetite;
- Perda de peso;
- Fraqueza;
- Alterações de humor;
- Dores nas articulações (juntas);

A dor crônica pode influenciar o sono, a concentração e a motivação para a realização das atividades cotidianas. Com o tempo, os sintomas da doença tornam-se mais acentuados, podendo ocorrer:

- Articulações (juntas) com sinais evidentes de inflamação: dor, inchaço, calor, vermelhidão, rigidez mais intensa após despertar;
- Limitação de movimentos;
- Redução da força muscular;
- A inflamação acomete pelo menos três articulações (juntas);
- Aumento dos gânglios (pequenas glândulas pertencentes ao sistema linfático);
- Anemia;
- Nódulos subcutâneos (nódulos duros);
- Vasculites (inflamação dos vasos sanguíneos que causam mudanças nas paredes dos mesmos);

4. Como é feito o Diagnóstico?

O diagnóstico depende da associação de uma série de sinais e sintomas clínicos, exames laboratoriais e radiográficos.

- Critérios clínicos e laboratoriais:

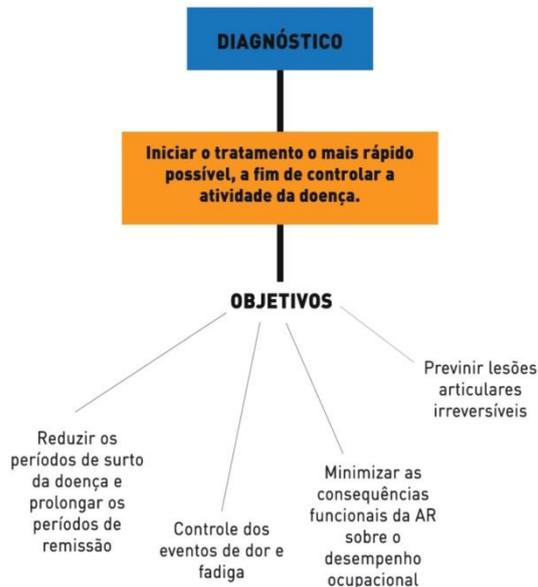
A orientação para diagnóstico é baseada nos critérios de classificação do **Colégio Americano de Reumatologia**:

- 1) Rigidez matinal ("junta dura"): rigidez articular durando pelo menos 1 hora;
- 2) Artrite de três ou mais áreas: pelo menos três áreas articulares com edema ("inchado") de partes moles ou derrame articular, observado pelo médico Reumatologista;
- 3) Artrite (inflamação) de articulações das mãos (metacarpofalangeanas, interfalangeanas distais e proximais) e punho;
- 4) Artrite simétrica; (Ex.: acomete punho direito e punho esquerdo)
- 5) Nódulos reumatoides (nódulos duros);
- 6) Fator reumatoide sérico; (exame de sangue)
- 7) Alterações radiográficas: erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos.

Os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos seis semanas. É necessário haver quatro dos sete critérios acima para classificar um cliente com o diagnóstico de Artrite Reumatoide.

5. Qual é o Tratamento da Artrite Reumatoide?

A abordagem terapêutica começa com a educação do paciente e de seus familiares sobre sua doença e as possibilidades de tratamento. O acompanhamento multidisciplinar é necessário (médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros). Os objetivos gerais do tratamento são:



A implementação das orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia objetiva a manutenção da integridade articular, redução da dor e da fadiga.

Dessa maneira, a intervenção terapêutica ocupacional propõe que o indivíduo, mesmo já com deformidades instaladas e/ou em processo de instalação, apreenda novas formas de lidar com o seu meio (prevenindo, assim, a instalação de outras deformidades).

O tratamento deve ser considerado um processo dinâmico, sendo constantemente reavaliado. As decisões quanto ao planejamento terapêutico devem ser sempre compartilhadas com o cliente.

Órteses e Adaptações:

São elementos constituintes da abordagem terapêutica ocupacional no tratamento de clientes com Artrite Reumatoide.

O que são Órteses ?

São equipamentos aplicados externamente ao corpo humano a fim de modificar as características funcionais/estruturais do sistema musculoesquelético.

A órtese estática de apoio ventral mantém os tecidos em estado antiestresse, objetivando à facilitação do processo cicatricial e o mínimo de atrito na região. O cliente receberá as orientações necessárias no que tange o uso (tirar e colocar o equipamento), período de utilização, método de higienização, acompanhamento da evolução clínica do cliente e reavaliação para averiguar a necessidade de ajustes e/ou nova prescrição e confecção.



Órtese Estática de Apoio Ventral em material termomoldável

O tratamento da Terapia Ocupacional tem por objetivo:

- 1) Orientar sobre as possibilidades e formas de gerenciar e controlar os eventos de dor e fadiga;
- 2) Orientar e treinar as formas de execução das atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's), a fim de evitar a dor, fadiga e aumento da instabilidade articular.
- 3) Auxiliar o cliente na conservação de energia durante o desempenho das atividades cotidianas;
- 4) Prevenir a manutenção da integridade articular;
- 5) Prevenir os impactos funcionais, como a diminuição da mobilidade, a redução da força muscular e possíveis comprometimentos sociais, a fim de maximizar (aumentar) a qualidade de vida;
- 6) Utilizar as atividades terapêuticas com o objetivo de restaurar, preservar e/ou aumentar a amplitude de movimento e a força muscular.
- 7) Prescrever, confeccionar e orientar para o uso e manutenção das órteses e adaptações;
- 8) Orientar quanto às alterações no ambiente domiciliar a fim de torná-lo mais seguro, acessível e funcional para o cliente com AR. (Ex. Instalação de barras de apoio no banheiro, retirada de tapetes que possam causar quedas)

O que são Adaptações ?

São materiais adaptáveis que podem ser equipamentos, instrumentos e outros reforços empregados por indivíduos que apresentem algum déficit no desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD's) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD's). O objetivo da utilização da Tecnologia Assistiva é atuar como recurso que auxilie e/ou promova a ampliação de uma habilidade funcional deficitária, possibilitando o aumento da autonomia e a realização de uma função impedida por circunstâncias da deficiência.



Adaptação para abotoar camisa

A adaptação para vestir, mais especificamente abotoar camisas, foi elaborada em material leve, objetivando compensar a fraqueza muscular, o cabo possui uma superfície mais ampla a fim de facilitar a apreensão (segurar), pois oferece maior área de apoio para os dedos, gerando mais estabilidade para manipular o objeto e reduzindo a dificuldade de coordenação e o esforço articular.

Outros exemplos de Órteses empregados no tratamento:

Órtese para Estabilização do Polegar



Deformidade do polegar (Rizartrose)

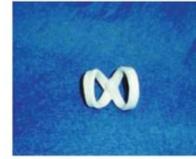




Deformidade das mãos em desvio cubital/desvio ulnar/mão em ventania



Órtese corretiva para deformidade em Boutonniere



Órtese corretiva para deformidade em pescoço de cisne

Órtese corretiva para deformidade das mãos em desvio cubital/desvio ulnar/ mão em ventania em material alternativo jeans



Órtese corretiva para deformidade das mãos em desvio cubital/desvio ulnar/ mão em ventania em material termomoldável



Opção de material de baixo custo para confecção da Órtese Corretiva para deformidade das mãos em desvio cubital



Dedo em botoeira

Dedo em pescoço de cisne

Deformidade em Boutonniere (botoeira) e deformidade em pescoço de cisne

5.1- Programa de Proteção Articular e Conservação de Energia:

Realizar tarefas do cotidiano pode ser complicado, pois os movimentos podem ser dificultados pela dor, rigidez e fraqueza dos músculos. Executando essas tarefas de maneira incorreta pode causar mais danos às articulações (juntas). A seguir, seguem algumas dicas importantes de como usar as articulações (juntas) e ao mesmo tempo protegê-las de danos maiores, algumas medidas de simples execução podem ser tomadas. São elas:

- Evite colocar tapetes em casa para não escorregar;



- Evite movimentos de torção e de girar os punhos com muita força;



Errado: Evite usar somente as mãos, desta forma, você estará prejudicando suas articulações



Certo: Utilize a torneira para torcer a roupa, diminuindo assim o impacto sobre as articulações.

É frequente o acometimento de pequenas articulações das mãos e dos punhos devido à doença, portanto, movimentos como torcer ou segurar com força objetos podem prejudicar ainda mais estas articulações, logo recomenda-se que em vez de torcer panos e esponjas para remover o excesso de água, use a palma da mão para fazer pressão, desse modo as articulações mais forçadas não serão aquelas que estão mais acometidas.



- Troque utensílios de vidro por utensílios de plástico, pois a dor causa perda da precisão dos movimentos;



- Ao levantar-se de uma cadeira, use a palma das mãos e não os dedos como apoio;

- Evite ficar numa mesma posição por muito tempo:

Ficar muito tempo numa mesma posição realizando uma tarefa pode aumentar a rigidez e a dor nas articulações. Faça pausas frequentes para relaxar e alongar o corpo.



▪ Cuidado ao carregar objetos;

Sempre que possível arraste objetos pesados em vez de segurá-los com as mãos. Quando tiver que levantar objetos do chão, dobre os joelhos e mantenha a coluna reta ao se abaixar. Ao levantar objetos, use as mãos e os antebraços junto ao corpo para carregá-los.



▪ Use suas articulações e músculos mais fortes;

Carregue bolsas e sacolas usando as alças nos ombros ou nos antebraços, e não os dedos. Empurre portas pesadas usando os cotovelos e antebraços ou o próprio corpo, e não as mãos.



▪ Abrindo pote de vidro com a palma da mão;



Errado: Não utilize os dedos para fazer força e abrir os potes.



Certo: Use a palma da mão para fazer pressão e abrir os potes, desta forma as articulações (juntas) mais forçadas não serão aquelas que estão mais acometidas. Coloque a palma da mão sobre o pote e use o ombro (e não o punho ou os dedos) para fazer movimentos giratórios.

▪ Engrosse os cabos de utensílios domésticos, panelas, lápis e canetas;

- Alças e cabos mais grossos são mais fáceis de segurar;
- Evite xícaras com alças muito finas e delicadas, porque são mais difíceis de segurar. Prefira xícaras com alças maiores ou então canecas térmicas (não precisa utilizar a alça, você pode segurar diretamente no corpo da caneca).



Use a palma da mão para pressionar a pasta e colocá-la na escova, evitando sobrecarregar as articulações dos dedos.



▪ Respeite a dor e reconheça a fadiga;

Tente evitar atividades que causem dor. Repouse o suficiente e peça ajuda sempre que necessário.

▪ Fique atento com a postura;

A postura correta reduz a tensão nas articulações. Quando estiver de pé, procure distribuir o peso do corpo nas duas pernas por igual. Ao sentar, analise se a altura da cadeira é adequada à da mesa em que vai trabalhar.



▪ Evite xícaras com alças muito finas e delicadas;



Segure a xícara utilizando a palma das mãos.



Obs: Opção para substituir o uso das xícaras (Copo Térmico).

▪ Dê preferência aos utensílios domésticos com cabos maiores, pois são mais fáceis de realizar a prensão palmar (segurar) e não sobrecarregar as articulações (juntas) dos dedos;



Além dos utensílios com cabos maiores, utilize o seu corpo, como braços e cintura para apoiar bacias, potes e outros objetos.



Utilize o apoio bimanual (as duas mãos) para carregar os objetos. Não utilize apenas um membro, pois irá gerar sobrecarga na articulação (juntas) e dor.

▪ **Priorize suas atividades;**

Faça uma análise de todas as atividades que você realiza durante um dia/semana normais. Elimine as que não forem necessárias. Delege algumas atividades para outras pessoas, e as planeje com antecedência, na expectativa real do que você pode conseguir. No entanto, lembre-se de que você pode mudar as suas prioridades, quando necessário.



▪ **Divirta-se;**

Busque uma atividade divertida, que descansa ou relaxe. A diversão ajudará você a sentir-se melhor, reduzir o estresse e desviar o pensamento para algo positivo. Invista na sua qualidade de vida!



▪ **Use as ferramentas a seu favor;**

Além de facilitar seu cotidiano, alguns objetos trazem grande conforto. As palmilhas ortopédicas aliviam a dor e proporcionam maior estabilidade (o mesmo vale para as bengalas). Na hora de comprar sapatos, prefira os leves e com solas que absorvem impactos.



▪ **Mexa-se;**

Ficar sentado ou permanecer na mesma posição por muito tempo pode piorar a rigidez e a dor. Procure alternar o estar de pé e sentado. Alguns minutos a cada hora já são suficientes.

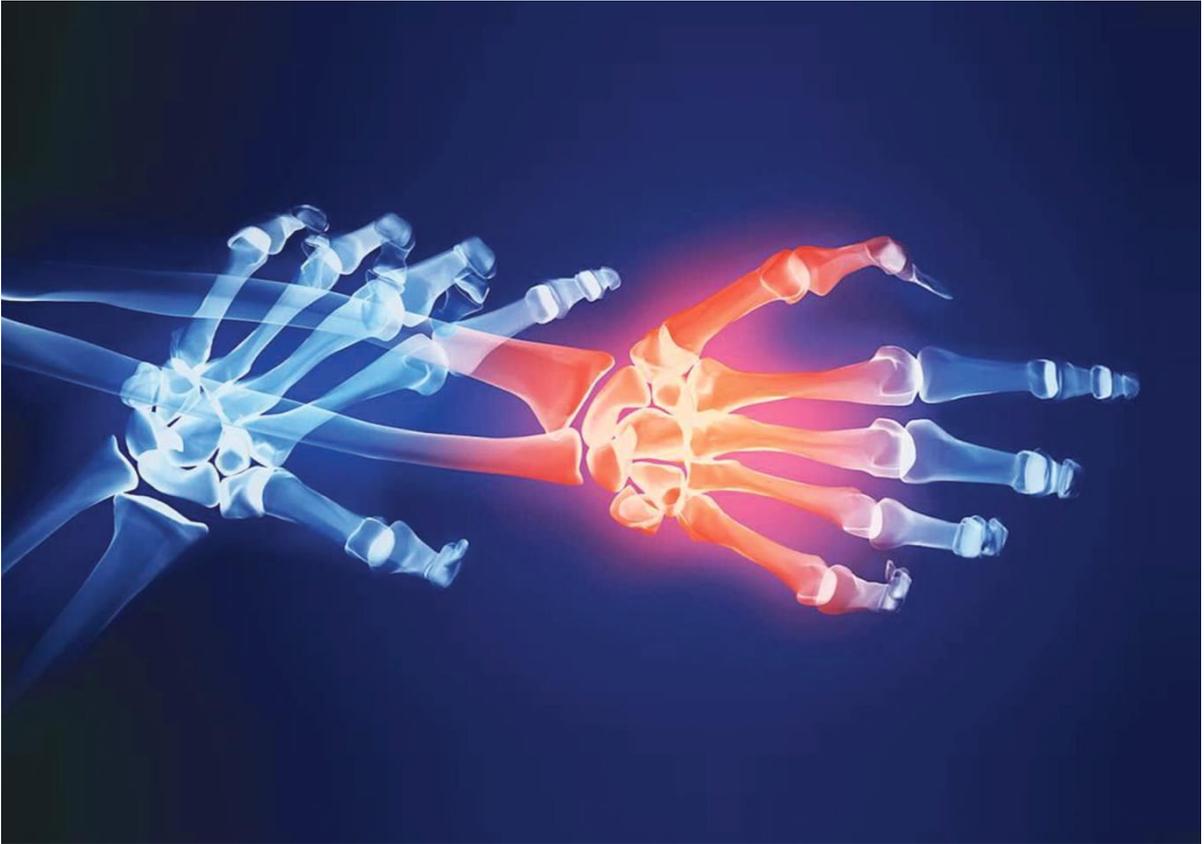


▪ **Coloque barras auxiliares de aço inox no box do chuveiro e próximo ao vaso sanitário para evitar quedas;**

6 - Referências:

1. Buckner, WS; Artrite. In: Pedretti, WL; Early, BM. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. São Paulo: Roca, 2004.
2. Carvalho, MGR; Noordhoek, J; Silva, MCO. Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 2, p.134-136, 2006.
3. Cavalcanti, A; Galvão, C. Doenças Reumáticas. In: Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 238-245.
4. Feinberg JR, Trombly CA: Arthritis. In: Trombly CA: Occupational Therapy for physical dysfunction. Baltimore: Williams & Wilkins, 815-30, 1995.
5. Fess EE, Kiel JH: Imobilização do Membro Superior com Tala. In: Neistadt ME, Crepeau EB: Willard & Spackman - Terapia Ocupacional. 9.a ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap 20, 2002.
6. Gomes, SM. C; Coutinho, CG; Myamoto, TS. Efeitos do programa de educação em pacientes com artrite reumatoide do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)- projeto piloto. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v.24, n.3, p.250-258, 2013.
7. Gomes, SKR; Pires, AF; Nobre, CRM; Marchi, SFM; Rickli, KCJ. Impacto da artrite reumatoide no sistema público de saúde em Santa Catarina, Brasil: análise descritiva e de tendência temporal de 1996 a 2009. Revista Brasileira de Reumatologia, v.57, n.3, p.204-209, 2017.
8. Noordhoek, J; Barbosa, MFL. Órtese de jeans para desvio ulnar dos dedos. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 44, n. 2, p. 150-1, 2004.
9. Noordhoek, J; Loschiavo, QF. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. Revista Brasileira de Reumatologia, v.45, n.4, p.242-244, 2005.
10. Noordhoek, J; Loschiavo, QF. Órtese de Repouso para Fase Aguda de Artrite Reumatoide. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 47, n. 2, p. 121-122, 2007.
11. Noordhoek, J; Torquetti, A. Adaptações para Osteoartrite de Mãos. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 48, n. 2, p. 100-101, 2008.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foram demonstrados os benefícios da Abordagem de Proteção Articular e Conservação de Energia no tratamento de clientes com Artrite Reumatoide.

Segundo Noordhoek² o tratamento precisa envolver mais do que medidas farmacológicas e de acompanhamento, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias que viabilizem a educação do cliente, por meio do conhecimento sobre a doença, medicamentos e orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia. Tais medidas fazem com que os indivíduos assumam posturas mais ativas frente ao tratamento, o que corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhora da qualidade de vida.

A metodologia empregada no tratamento ofertado pela Terapia Ocupacional que possui como um dos componentes principais a Abordagem de Proteção Articular e Conservação de Energia, objetiva: fornecer informações básicas sobre as doenças reumáticas; esclarecer e apontar possibilidades de gerenciar e controlar a dor, a instabilidade articular, a fraqueza muscular e a fadiga; evitar a dor e o estresse articular no desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's). Dessa maneira, os princípios de Proteção Articular e Conservação de Energia são: balancear os períodos de atividade com descanso; evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades; respeitar a dor; usar as articulações mais fortes, sempre que possível; evitar utilizar a mão para a realização de preensão de força; realizar um programa de exercícios regulares para manutenção da força muscular e amplitude de movimento, evitando-se assim a rigidez articular; realizar um planejamento prévio das tarefas diárias, evitando a fadiga e permanecer em uma posição estática durante muito tempo. Com a implementação dessas orientações, objetiva-se a manutenção da integridade articular, redução da dor e da fadiga nos clientes portadores de AR.

A originalidade deste trabalho está na investigação do comportamento da doença nas diferentes regiões do país, considerando as variáveis sexo, idade, etnia e nível de instrução; na identificação dos impactos da Artrite Reumatoide no desempenho ocupacional das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária e na qualidade de vida de seu portador. E por fim, no desenvolvimento de uma Cartilha contendo orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia para os clientes com Artrite

Reumatoide, cujo objetivo central é o de prevenir a intensidade e a frequência da dor, fadiga e da perda de funcionalidade.

PERSPECTIVAS FUTURAS

O processo apresentado nesta dissertação deu apenas os seus primeiros passos, com a demonstração de todas as suas etapas e da qualidade do material final. Existem diversas melhorias e modificações a serem feitas, sobretudo na perspectiva de tornar a Abordagem de Proteção Articular e Conservação de Energia amplamente divulgada e utilizada pelos terapeutas ocupacionais, assim como, pelos clientes com Artrite Reumatoide.

Em relação a estudos fundamentais faz-se necessário a continuidade da investigação, por meio de mais pesquisas na área para todo o país, visto que os resultados apresentados nesse trabalho apontam a existência de peculiaridades regionais que necessitam de um olhar mais próximo do pesquisador para que de fato possam ser palpáveis, compreendidas e analisadas essas e outras variáveis apresentadas no estudo, a fim de evitar padrões de distorções ou julgamentos na pesquisa.

Quanto ao uso da Abordagem de Proteção Articular e Conservação de Energia, o produto final desenvolvido foi a Cartilha de Orientação aos Clientes com AR, que foi elaborada com o uso de imagens ilustrativas, fotografias de autoria própria e linguagem acessível para todos os públicos, no entanto, como objetivos futuros para maior ampliação do público que pode e deve se beneficiar das orientações para a proteção das articulações e a conservação de energia no desempenho ocupacional das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária, penso que a Cartilha pode dar origem a um vídeo educativo curto, que possa ser disponibilizado para a Atenção Básica, por meio dos televisores que comumente fazem parte do mobiliário e da ambientação das salas de espera das Unidades de Saúde do SUS.

Quanto a mim é com muito orgulho que fiz parte deste processo que nasceu do anseio em melhorar a qualidade de vida dos clientes com Artrite Reumatoide por meio do cuidado da Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, QTHP; Pontes, BT; Matheus, CPJ; Muniz, FC; Mota, HML. Terapia Ocupacional na Artrite Reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? Revista Brasileira de Reumatologia, v.55, n.3, p.272-280, 2015.
2. Barbosa BR, Alemida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Rev Ciênc saúde colet. 2014 Ago; 19 (8): 3317- 3325.
3. Brenol CV, Monticielo OA, Machado R. Artrite Reumatoide e Aterosclerose. Rev Assoc Med Bras. 2007 Set-Out; 53(5):465-470.
4. Callegari- Jacques, MS; Grattapaglia, D; Salzano, MF; Salamoni, PS; Crossetti, GS; Ferreira, EM; Hutz, HM. Historical genetics: Spatiotemporal analysis of the formation of the Brazilian population. American Journal of Human Biology, v.15, n.6, p. 824-834, 2003.
5. Carvalho, MAP; Lanna, CCD; Bertolo, MB; Ferreira, GA. Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 4 ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
6. Carvalho, MGR; Noordhoek, J; Silva, MCO. Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 2, p.134-136, 2006.
7. Cavalcanti, A; Galvão,C. Doenças Reumáticas. In: Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 238-245.
8. Corbacho MI, Dapuetto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol. 2010 Jan; 50 (1): 31-43.

9. Cordeiro, JR; Camelier, A; Oakley, F; Jardim, JR. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for chronic obstructive pulmonary disease patients. *American Journal of Occupational Therapy*, v.61, n.1, p.33-40, 2007.
10. Cordeiro, J. R. Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil [Validation of the Role Checklist for patients with chronic obstructive pulmonary disease] (2005). Tese de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
11. Diniz LR, Balsamo S, Souza TY, Muniz LF, Martins WR, Mota LMH. Mensuração da fadiga com múltiplos instrumentos em uma coorte brasileira de pacientes com artrite reumatoide em fase inicial. *Rev Bras Reumatol*. 2017 Mai; 57 (5): 431-437.
12. Fess EE, Kiel JH: Imobilização do Membro Superior com Tala. In: Neistadt ME, Crepeau EB: Willard & Spackman - Terapia Ocupacional. 9.a ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap-20, 2002.
13. Feinberg JR, Trombly CA: Arthritis. In: Trombly CA: Occupational Therapy for physical dysfunction. Baltimore: Williams & Wilkins, 815-30, 1995.
14. Fontes, AP; Fernandes, AA; Botelho, MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Port. Sau. Pub*, v.28, n.2, p.171-178, 2010.
15. Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 238-245
16. Goeldner,I; Skare,TL; Reason, IT; Utiyama,SRR . Artrite Reumatoide: uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v.47, n.5, p.495-503, 2011.
17. Gomes, SKR; Pires, AF; Nobre, CRM; Marchi, SFM; Rickli, KCJ. Impacto da artrite reumatoide no sistema público de saúde em Santa Catarina, Brasil: análise descritiva e

- de tendência temporal de 1996 a 2009. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.57, n.3, p.204-209, 2017.
18. Gomes, S.M. C; Coutinho, C.G; Myamoto, T.S. Efeitos do programa de educação em pacientes com artrite reumatoide do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) - projeto piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.24, n.3, p.250-258, 2013.
 19. Hakansson C; Eklund, M; Lidfeldt, J; Nerbrand, C; Sansiose, G; Nilsson, PM. Well-being and occupational roles among middle-aged woman. *Work*, v.24, p.341-351, 2005.
 20. Laguardia, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário *Short Form -36* versão 2. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Ago; 16 (4): 889-97.
 21. Luz, KR; Souza, DCC; Ciconelli, RM. Vacinação em Pacientes Imunossuprimidos e com Doenças Reumatológicas Auto-Imunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.47, n.2, p. 106-113, 2007.
 22. Moreira, AB. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Vita et Sanitas*, v.2, n.1, p.79-91, 2017.
 23. Mota, LMH; Laurindo, IMM; Neto, LL. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.50, n.3, p.235-248, 2010.
 24. Noordhoek, J; Barbosa, MFL. Órtese de jeans para desvio ulnar dos dedos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 2, p. 150-1, 2004.
 25. Noordhoek, J; Loschiavo, F. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento

de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.45, n.4, p.242-244, 2005.

26. Occupational Therapy Practice – AOTA - Framework: Domain & Process. 2nd. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.62, n.6, p.625-683, 2008.
27. Pilger,C; Menon, MH; Mathias, TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n.5, p. 2-9, 2011.
28. Rebellato, C; Emmel, M; Cordeiro, J; Oishi, J. Factors associated with occupational roles in older Brazilians: a cross-sectional pilot study. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 23, n. 3, p. 499-513, 2015.
29. Salvetti M, Pimenta, C. Chronic Pain Self-Efficacy Scale portuguese validation. *Rev de Psiquia Clínica*. 2005 Jul; 32 (4): 202-210.
30. Santag I, Sousa D, Dario AB, Ribeiro GG, Domenech SC, Junior NGB, Gevaerd MS. Estado de humor na Artrite Reumatoide. *ConScientiae Saúde*. 2017 Set; 16 (3): 327-334.
31. Schnornberger CM, Jorge MSG, Wibelinger LM. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. *Rev Dor*. 2017 Out-Dec; 18 (8): 365-69.

APÊNDICE 1- CARTA CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Educação

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com as Normas das Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **CUIDADO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM CLIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE**. Você foi selecionado, para colaborar com informações sobre o desempenho ocupacional das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária através da aplicação de instrumentos de avaliação padronizados sobre funcionalidade e qualidade de vida de indivíduos com Artrite Reumatoide (AR). No entanto, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e nem com qualquer setor desta Instituição.

O objetivo deste estudo é identificar os efeitos/ benefícios do tratamento oferecido pela Terapia Ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide, em relação ao conhecimento sobre a doença, desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's) e melhora da qualidade de vida.

Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa podem ser determinados a partir da sua compreensão acerca das perguntas que de alguma forma podem incomodar você, pois as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais e cotidianas. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Sua colaboração é importante para auxiliar na melhora das orientações para os portadores de AR visando contribuir para o aprendizado e consolidação de informações sobre proteção articular e conservação de energia no desempenho das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária, a fim de minimizar as queixas referentes à dor e fadiga após realização das atividades funcionais, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. Você tem direito de conhecer e acompanhar os resultados dessa pesquisa.

Participar desta pesquisa **não** implicará nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você será ressarcido de qualquer custo que tiver relativo à pesquisa e será indenizado por danos eventuais decorrentes da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo com o e-mail de contato dos pesquisadores que participarão da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa que a aprovou, para maiores esclarecimentos¹. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rua Buenos Aires, 256, Cobertura, Centro, Rio de Janeiro- telefone 3293-6034 de segunda a sexta-feira, das 9 às 12 horas, ou por meio do e-mail: cep@ifrj.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão que controla as questões éticas das pesquisas na instituição e tem como uma das principais funções proteger os participantes de qualquer problema. Esse documento possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Assinatura da pesquisadora responsável

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Nome do pesquisador: Joyce Chaves de Souza Araújo

Tel: (21) 998885506

E-mail: joycearaujo1992@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa, e os meus direitos como participante da pesquisa e concordo em participar.

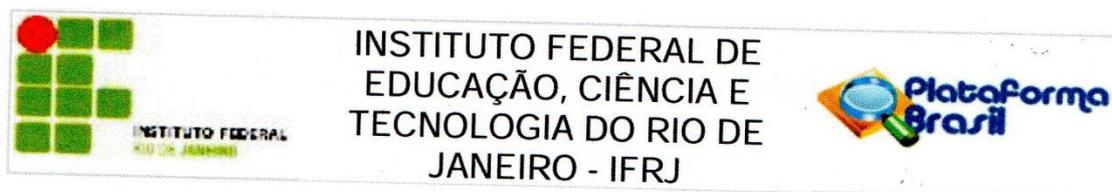
OBSERVAÇÃO- o TCLE, deve vir em um só pagina se por acaso ultrapassar, A PRIMEIRA folha deve constar 1de 2 e a próxima folha deve ter 2 de 2

Nome do (a) Participante da pesquisa

Data ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

ANEXO 1- PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM CLIENTES COM ARTRITE

Pesquisador: JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26529819.6.0000.5268

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.785.859

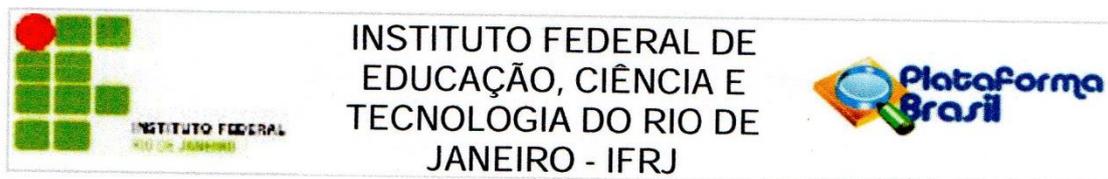
Apresentação do Projeto:

Intervenções voltadas para o cuidado, educação e o autogerenciamento da Artrite Reumatoide (AR) pelo cliente aumentam a adesão e a eficácia da abordagem precoce neste tipo de doença. A combinação de tratamento medicamentoso e tratamento de reabilitação visam potencializar a intervenção, retardando o aparecimento da sintomatologia, reduzindo incapacidades, minimizando sequelas e reduzindo o impacto sobre a funcionalidade do cliente. A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que objetiva a melhoria do desempenho ocupacional do cliente, fornecendo os meios para a prevenção de limitações funcionais, adaptação a modificações no cotidiano e manutenção ou melhoria de seu estado emocional e participação social. O objetivo deste estudo é identificar os efeitos/benefícios do tratamento oferecido pela Terapia Ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide, em relação ao conhecimento sobre a doença, desempenho ocupacional das atividades de vida diária (AVD'S) e instrumentais da vida diária (AIVD'S) e melhora da qualidade de vida. Metodologia: serão utilizados os protocolos avaliativos de Avaliação da Capacidade Funcional (Health Assessment Questionnaire), Questionário- Autoeficácia da Dor (PSEQ) e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36. A aplicação dos protocolos avaliativos serão designados para indivíduos de ambos os sexos, independente de etnia, credo e escolaridade, acima de 18 anos e diagnosticados com AR

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMARIO:

Endereço: Rua Buenos Aires, 256, cobertura
Bairro: Centro **CEP:** 20.061-002
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3293-6034 **E-mail:** cep@ifrj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.785.859

Identificar como a Artrite Reumatoide influencia no desempenho ocupacional das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) e na diminuição da qualidade de vida do seu portador.
Objetivo Secundário:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar as áreas do desempenho ocupacional mais comprometidas; Analisar o conhecimento do portador de AR sobre a doença e suas incapacidades; Verificar a percepção do portador de AR sobre a realização das atividades da vida diária e instrumentais que causam maior dor e fadiga e maneiras de minimizar a intensidade e a frequência dos eventos anteriormente citados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa são: mínimos como sentir constrangimentos e serão tomadas as seguintes providências para evitá-los/minimizá-los será suspenso a aplicação dos questionários. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Benefícios: Sua colaboração é importante para ajudar na melhora das orientações para os portadores de AR visando contribuir para o aprendizado e consolidação de informações sobre proteção articular e conservação de energia no desempenho das atividades de vida diária e instrumentais da vida diária, a fim de minimizar as queixas referentes à dor e fadiga após realização das atividades funcionais, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta grande relevância acadêmica, o qual gerará muito conhecimento sobre AR na Terapia Ocupacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de projeto de pesquisa, na qual a pesquisadora inseriu todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Enviar notificação de termino de pesquisa e relatório final

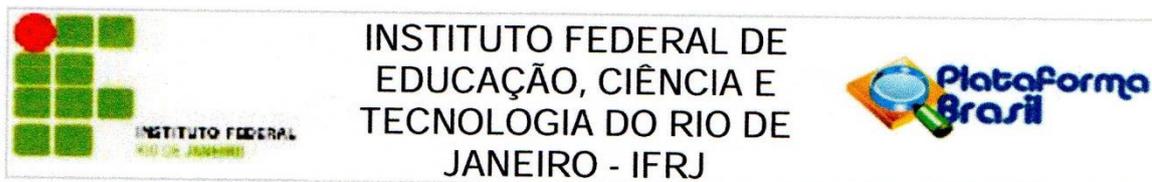
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, IFRJ, em reunião realizada em 19.12.2019, em concordância com a Resolução CNS

Endereço: Rua Buenos Aires, 256, cobertura
Bairro: Centro **CEP:** 20.061-002
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3293-6034 **E-mail:** cep@ifrj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.785.859

466/12 e com a Resolução 510/16, aprova o projeto de pesquisa proposto. Recomenda-se a submissão do relatório final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1484014.pdf	03/12/2019 17:11:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	03/12/2019 17:10:27	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	03/12/2019 17:06:17	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	03/12/2019 17:00:29	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Outros	2.doc	03/12/2019 16:50:09	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Outros	1.doc	03/12/2019 16:48:41	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_inserir_resultados_joyce.pdf	03/12/2019 16:46:10	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_joyce.pdf	03/12/2019 16:45:38	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Cronograma	cronograma_Joyce.pdf	03/12/2019 16:43:48	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.doc	03/12/2019 16:43:25	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/12/2019 16:42:40	JOYCE CHAVES DE SOUZA ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Buenos Aires, 256, cobertura

Bairro: Centro

CEP: 20.061-002

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3293-6034

E-mail: cep@ifrj.edu.br



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO DE
JANEIRO - IFRJ



Continuação do Parecer: 3.785.859

RIO DE JANEIRO, 20 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Angela M Bittencourt
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Buenos Aires, 256, cobertura

Bairro: Centro

UF: RJ

Telefone: (21)3293-6034

CEP: 20.061-002

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep@ifrj.edu.br