



Elisabete Vaz Figueiredo

Artrite Reumatóide:

Implicações na Funcionalidade das Pessoas

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - 4ª edição

Agosto de 2015

Elisabete Vaz Figueiredo

Artrite Reumatóide:

Implicações na Funcionalidade das Pessoas

Relatório Final

4º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins

Agosto de 2015



“Deve-se agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo”

Hesbeen, 2000

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento. Pela sua sabedoria e postura académica, grata por todo o tempo que me dispensou.

Ao Pedro Rocha e às minhas amigas Ana Cristina Ferreira e Maria Teresa Martins, por estarem sempre disponíveis para ajudar nas pequenas e grandes dúvidas.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, um obrigado pelo incentivo em continuar e terminar esta etapa do meu percurso profissional e académico.

Aos profissionais do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE), pela disponibilidade, sem os quais esta dissertação não seria possível.

Aos participantes deste estudo deixo a minha gratidão pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram, e sem os quais a minha existência perde o significado.

Por fim, e por serem os mais importantes, ao Ricardo, meu marido, e aos meus filhos, Rodrigo e Martim, pelo incentivo, apoio, amor e carinho. Por toda a ajuda, compreensão e paciência.

Muito obrigada a todos.

Resumo

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

Objetivos: Avaliar a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide e analisar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas, dor e qualidade do sono.

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

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

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

Palavras-chave: artrite reumatóide, estado funcional, qualidade do sono.

Abstract

Framework: Rheumatoid arthritis is a disease with profound implications in the functionality of people, with significant effects, not only in terms of physical functioning, but also in the emotional, family, social and economic.

Objectives: To evaluate the functionality of people with rheumatoid arthritis and analyze its relationship with the socio demographic variables, clinical, pain and quality of sleep.

Methods: It is a non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational and quantitative character study, which was carried out in a non-probabilistic convenience sample consisting of 75 people diagnosed with rheumatoid arthritis followed in the Pain Unit, at the Rheumatology Consultation and Physical Medicine Rehabilitation CHTV, EPE. For the measurement of the variables used a data collection instrument that integrates a section of sociodemographic and clinical characterization, the Index of Sleep Quality Pittsburgh - PSQI and the Health Assessment Questionnaire - HAQ.

Results: We found that 60.0% of respondents have difficulties/mild disability in performing activities of daily living, 32.0% already presents moderate difficulties, and 8.0% severe disability. The average value the overall functionality assessed by HAQ was 1.48, which reveals a moderate disability in our sample. The sociodemographic variables, age ($p=0.003$), the employment status ($p=0.000$), schooling ($p=0.006$) and monthly income ($p = 0.001$) influence the functional status of people with RA. Of clinical variables, the intensity of pain ($p=0.007$) and the time of diagnosis of the disease ($p=0.013$) showed they relate to the functionality. Regarding the quality of sleep, there are only statistically significant differences in the subscales "get up" ($p=0.030$) and "walking" ($p=0.034$) and that poor sleep set up in 94.7% of respondents.

Conclusion: The evidence from this study indicates that age, employment status, education level, monthly income, time of diagnosis, pain intensity and sleep quality are associated with a worse function in people with RA. Early diagnosis, the adoption of measures to promote good sleep quality, the application of pharmacological and non-pharmacological measures for pain relief, and training activities directed to patients with RA should be strategies to be developed with this population, in an attempt to minimize the negative impact that this disease causes.

Keywords: rheumatoid arthritis, functional status, quality of sleep.

ÍNDICE

Lista de Tabelas	15
Lista de Quadros	17
Lista de Figuras	19
Lista de Abreviaturas e Siglas	21
Lista de Símbolos	25
Introdução	27
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	31
1. Artrite Reumatóide	33
1.1 Critérios de Classificação da Artrite Reumatóide.....	34
1.2 Epidemiologia da Artrite Reumatóide	36
1.3 Tratamento da Artrite Reumatóide.....	39
1.4 Prognóstico da Artrite Reumatóide	41
1.5 Qualidade do sono na pessoa com Artrite Reumatóide	41
2. Estado Funcional na Pessoa com Artrite Reumatóide	47
2ª PARTE – Estudo Empírico	53
3. Métodos	55
3.1 – Participantes.....	57
3.1.1 – Caracterização sóciodemográfica dos participantes	58
3.1.2 - Caracterização Clínica dos doentes com Artrite reumatóide	61
3.2 – Instrumento de colheita de dados.....	64
3.3 – Procedimentos	73
3.3.1 – Procedimentos estatísticos	74
3.4 Resultados	76
3.4.1 – Qualidade do sono dos doentes com Artrite Reumatóide	76
3.4.2 – Avaliação da funcionalidade dos doentes com Artrite reumatóide	79
3.5 Análise Inferencial	83

4. Discussão dos resultados.....	97
5. Conclusões	105
6. Lista de Referências	109
APÊNDICE I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados	121
APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado.....	125
APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dado	129

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos participantes.....	58
Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos elementos da amostra.....	60
Tabela 3 – Profissões desenvolvidas pelos elementos da amostra.....	61
Tabela 4 – Caracterização clínica dos participantes com AR.....	63
Tabela 5 – Dados sobre a situação clínica dos participantes (continuação).....	64
Tabela 6 – Dados sobre os hábitos de sono dos participantes.....	77
Tabela 7 – Estatísticas descritivas das dimensões e total do sono dos participantes.....	78
Tabela 8 – Dados sobre os hábitos de sono dos participantes.....	79
Tabela 9 – Estatísticas descritivas das dimensões e funcionalidade total dos participantes..	80
Tabela 10 – Níveis classificativos da funcionalidade dos participantes.....	80
Tabela 11 – Dados sobre os utensílios usados habitualmente.....	81
Tabela 12 – Atividades em que habitualmente precisa de ajuda de outra pessoa.....	81
Tabela 13 – Dados sobre a avaliação da dor dos participantes.....	82
Tabela 14 – Níveis classificativos da dor dos participantes.....	82
Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney entre o género e funcionalidade dos participantes....	84
Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos participantes.....	85
Tabela17- Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e funcionalidade dos participantes..	86
Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre situação laboral e funcionalidade dos participantes.	87
Tabela 19- Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e funcionalidade dos participantes..	88
Tabela 20- Teste U de Mann-Whitney entre rendimento mensal e funcionalidade dos participantes.....	89

Tabela 21- Teste U de Mann-Whitney entre tempo de diagnóstico e funcionalidade dos participantes.....	90
Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre acompanhamento da reumatologia e funcionalidade dos participantes.....	91
Tabela 23- Teste de Kruskal-Wallis entre ânimo e funcionalidade dos participantes.....	92
Tabela 24- Teste U de Mann-Whitney entre qualidade do sono e a funcionalidade dos participantes.....	93
Tabela 25- Teste de Kruskal-Wallis entre tipo de dor e funcionalidade dos participantes.....	94

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Critérios de Classificação da AR, de acordo com a ACR/EULAR.....	36
Quadro 2 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o Índice da Qualidade de Sono.....	71

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Modelo conceptual do estudo	57
Figura 2 – Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou se relacionam com a Funcionalidade das pessoas com AR.....	95

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACPA – anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos

ACR – *American College of Rheumatology*

AINE – anti-inflamatório não-esteróide

Anti-CCP – anticorpos dirigidos contra os peptídeos cíclicos citrulinados

AR – Artrite Reumatóide

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CENC – Centro de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica

cf – conforme

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

cit. – citado

CV – Coeficiente de Variação

CVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

DAS28 – Disease Activity Score

DIMS – Distúrbio do Início e Manutenção do sono

Div. – Divorciado

DMARD – Drogas antireumáticas modificadoras da doença

Dp – Desvio-padrão

DSE – Distúrbio de sonolência excessiva

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERAS – *Early Rheumatoid Arthritis Study*

et al. – e outros

EULAR – *European League Against Rheumatism*

EVA – Escala Visual Analógica

Fem. – Feminino

FM - Fibromialgia

FR – Fator reumatóide

HAQ – Health Assessment Questionnaire

HAQ-c – Health Assessment Questionnaire – versão portuguesa

K – Kurtosis

K/S – Kurtosis/Skewness

K-W – Teste de Kruskal-Wallis

Masc. – Masculino

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

Mod. – Moderado

n – Frequência absoluta

N.^o / n.^o – número

n.s. – não significativo

OA – Osteoartrose

OM – Ordenação média

ONDOR – Observatório Nacional das Doenças Reumáticas

p – Nível de significância

p. – página

PCR – Proteína C-reativa

PMN - leucócitos polimorfonucleares

PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index*

QDV – Qualidade de vida

r – Coeficiente de correlação de Pearson

S – Skewness

Sk/erro – Skewness/error (assimetria)

SPR – *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TNF – fator de necrose tumoral

UM-W – Teste U de Mann-Whitney

vs. – *versus*

VS – Velocidade de sedimentação

Lista de Símbolos

% – percentagem

< – menor que

<= – menor ou igual

= – igual

> – maior que

>= – maior ou igual

± – mais ou menos

χ^2 – Qui-quadrado

α – alfa

\bar{X} – Média

€ - euro

Introdução

A Organização Mundial de Saúde manifesta reiteradamente a sua preocupação com o aumento da expectativa de vida, principalmente ao considerar o espectro assustador de incapacidade e da dependência, as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento. As suas principais causas são as doenças crónicas, incluindo as sequelas do AVC, as fraturas, as doenças cardiovasculares e as doenças reumáticas (Freitas & Miranda, 2011, p.973). As doenças reumáticas são uma das causas mais frequentes de incapacidade nas pessoas e quando não diagnosticadas ou tratadas atempada e corretamente podem ocasionar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas (Portugal, MS, DGS, 2005, p.7).

As doenças reumáticas são, no seu conjunto, as principais responsáveis por elevados custos em saúde, nomeadamente com consultas, internamentos, medicamentos e tratamentos de reabilitação, e por perda de qualidade de vida dos doentes reumáticos, que se traduz na 1.^a causa de incapacidade temporária e num elevado número de baixas por doença e de reformas antecipadas (Portugal, MS, DGS, 2005, p.9). Em 2011, segundo Branco e Canhão (2013, p.2) foi realizado um estudo através de contacto telefónico a indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 91 anos (idade média de 64,7 +/- 14,4) que revelou uma frequência de 1,3% para Artrite Reumatóide (AR).

Existem várias definições de AR, contudo é consensual considerá-la uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida. Pode ocorrer em todas as idades e apresenta, como manifestação maior, o envolvimento repetido e habitualmente crónico, das estruturas articulares e periarticulares, podendo, contudo, afetar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo e originar as mais variadas manifestações sistémicas (Queirós, 2003).

A AR é, assim, uma doença com enorme relevância em termos de incidência e prevalência, mas igualmente devido à incapacidade física que induz e aos custos económicos que suscita. De acordo com Lucas e Monjardino (2010), cit. por Reis (2011, p.4), “a prevalência e a incidência da AR em Portugal não estão ainda determinadas com rigor, mas poderão aproximar-se dos valores previamente descritos noutras zonas do sul da Europa (cerca de 0,3%)”. Um estudo realizado no âmbito do programa CURAR (que tinha como objetivo determinar os custos anuais da utilização de recursos em doentes com AR)

estimou um custo anual médio por doente de 2.966,66€, sendo 78% deste valor suportado pelo Serviço Nacional de Saúde (Felix et al, 2006).

De acordo com Reis (2011, p. 1), a AR tem, muitas vezes, uma evolução progressiva, destrutiva e deformante, afetando cerca de 1% da população mundial e todas as etnias. Este autor refere ainda, que “são as articulações periféricas as primeiras a serem afetadas pela AR, particularmente as das mãos e dos pés. É assim afetada a capacidade de mobilização e locomoção, sendo as atividades do dia-a-dia as primeiras a serem comprometidas. (...) quando não tratada precocemente, a incapacidade funcional é uma consequência natural da doença, agravando-se com a sua progressão.”

Para Oliveira, Natour, Roizenblatt, Poli de Araújo, e Ferraz (2015, p. 63), as consequências negativas da AR na capacidade funcional dos doentes são multidimensionais, não só pela diminuição da força muscular e da resistência como também pela perda de amplitude de movimentos, sendo que esta disfunção precoce ocorre devido a fatores que não estão totalmente claros. De acordo com os mesmos autores, a capacidade funcional é um fator determinante de morbilidade e preditor de mortalidade nos doentes com AR e a dor, por si só pode levar à perda funcional.

Para Costa, Brasil, Papi, e Azevedo (2008), a dor inflamatória, devido à sua intensidade, pode impedir muitas vezes o repouso, agravando-se este com frequência durante a noite. Ainda segundo os mesmos autores, a falta de descanso adequado, a dor e a incapacidade, tornam muito difícil o dia-a-dia destes doentes. A qualidade de vida cai dramaticamente e a esperança média de vida diminui.

Segundo Azevedo (1980), cit. por Carvalho (2008), a qualidade do sono é um fator influenciador da recuperação do organismo.

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

Freitas, Mansano-Schlosser, Santos, Néri e Ceolim (2013), realizaram um estudo descritivo, de corte transversal, no município de Campinas, São Paulo, com o objetivo de

avaliar a insónia nos idosos residentes na comunidade e a sua associação com a artrite reumatóide. Utilizaram uma análise descritiva e de regressão logística múltipla, com nível de significância de 5%. Os resultados demonstraram que a AR estava significativamente associada à insónia nos idosos. Portanto, a presença de sono não restaurador parece assumir um papel de relevo no conjunto das manifestações da AR.

Contudo, apesar da grande relevância do tema, no contexto português, são escassos os estudos sobre a temática da implicação das alterações do sono na funcionalidade da pessoa com AR.

Aceitando o pensamento de Fortin (2009), que situa a investigação em enfermagem na área do conhecimento de fenómenos reais e visa aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina de forma a contribuir para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem integrados no sistema de saúde, a presente investigação pretende analisar a influência de algumas variáveis no estado funcional da pessoa com AR. Procura-se, assim, cooperar de forma ativa na construção do saber e desenvolver, no âmbito do nosso percurso de especialização, uma atividade de investigação que permita analisar esta situação concreta, pois esta patologia tem ainda aspetos pouco estudados.

Foi este enquadramento que deu suporte ao estudo da **“Funcionalidade das Pessoas com Artrite Reumatóide”**.

Para orientar a nossa investigação ganham sentido as seguintes questões:

- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam o estado funcional da pessoa com artrite reumatóide?
- Em que medida as características clínicas da artrite reumatóide se relacionam com o estado funcional?
- Qual o impacto da qualidade do sono da pessoa com artrite reumatóide na sua capacidade funcional?
- Qual o impacto da dor na funcionalidade da pessoa com artrite reumatóide?

Para dar resposta às questões formuladas, tendo em atenção os limites impostos por um estudo desta natureza, emergem os seguintes objetivos:

- Avaliar o estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide.
- Analisar em que medida as variáveis independentes: condições sócio demográficas, características clínicas da artrite reumatóide, a dor e a qualidade do sono se correlacionam com o estado funcional das pessoas com AR.

Com a finalidade de dar resposta às questões formuladas e atingir os objetivos traçados, foi realizado um estudo observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa, não experimental e com recurso à análise descritivo–correlacional.

A recolha da informação será efetuada através da aplicação de um questionário e de duas escalas aos participantes selecionados, que permitirá caracterizá-los e avaliar, entre outros aspetos, o estado funcional, a dor e a qualidade do sono da pessoa com artrite reumatóide.

O presente documento encontra-se organizado em seis capítulos, estruturados de acordo com aspetos considerados fulcrais para a compreensão dos mesmos.

A primeira parte é constituída por dois capítulos onde é apresentado o enquadramento teórico pertinente para o estudo, onde constam os aspetos descritivos da AR, das características do estado funcional e da qualidade do sono da pessoa com artrite reumatóide, fazendo uma incursão pela literatura científica nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as hipóteses teóricas.

A segunda parte corresponde ao estudo empírico, onde são abordados os métodos seguidos na condução da investigação, onde é mencionada a conceptualização da problemática em estudo, caracterizados os participantes, os procedimentos e o respetivo instrumento para a colheita de dados. Os resultados e a discussão dos mesmos são descritos no quarto e quinto capítulo, finalizando o presente documento com a apresentação das conclusões, limitações e as dificuldades sentidas ao longo do trabalho.

Para tal, algumas ideias funcionam como motores principais da pesquisa, podendo citar-se palavras-chave como: artrite reumatóide, estado funcional e qualidade do sono.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1. Artrite Reumatóide

A palavra artrite é oriunda do grego – Arthon – articulação, e significa inflamação articular. A definição de maior consenso, diz-nos que a AR é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida. Pode ocorrer em todas as idades e apresenta, como manifestação maior, o envolvimento repetido e habitualmente crónico, das estruturas articulares e periarticulares, podendo, contudo, afetar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo e originar as mais variadas manifestações sistémicas.

Para Shah e Clair (2013, p. 2738) a AR corresponde a uma “doença inflamatória de etiologia desconhecida marcada por uma poliartrite simétrica periférica. Ela é a forma mais comum de artrite inflamatória crónica e geralmente leva à lesão articular e à incapacidade física”. Esta incapacidade é demonstrada num estudo de corte realizado nos EUA, em que 35% dos doentes com AR apresentavam incapacidade ocupacional no final de 10 anos (Allaire et al, cit. in Wasserman, 2012, p. 16).

Trata-se de facto de uma doença crónica, inflamatória, auto-imune, que se caracteriza pela inflamação das articulações e que pode conduzir à destruição do tecido articular e periarticular. É caracterizada por uma patogénese inflamatória que leva à proliferação das células do líquido sinovial nas articulações. Subsequentemente, a formação de pannus pode levar a uma destruição da cartilagem subjacente e a erosões ósseas. A hiperprodução de citocinas pró-inflamatórias, incluindo o fator de necrose tumoral (TNF) e a interleucina-6, desencadeiam o processo destrutivo (Wasserman, 2012, p.17).

De acordo com Ramos (2013, p.45), a etiologia da AR é desconhecida e os fatores genéticos desempenham um papel fundamental para a susceptibilidade e gravidade da doença. Além da predisposição genética, tem sido implicado na patogénese da AR um conjunto de fatores ambientais, sendo o mais reprodutível o tabagismo (Shah & Clair, 2013, p. 2742).

Clinicamente, a AR inicia-se comumente por uma poliartrite, comprometendo as pequenas articulações das mãos e dos pés de uma forma simétrica e aditiva. Porém, também pode ter início com uma monoartrite (joelho, por exemplo) ou por tenossinovite, em particular dos tendões extensores dos dedos das mãos. Para Shah e Clair (2013, p.2738), “a tenossinovite do tendão flexor é uma marca frequente da AR e leva a uma redução na

capacidade de movimento, força para pegar objetos e dedos inseguros. A destruição progressiva das articulações e tecidos moles leva às deformidades crónicas irreversíveis”.

Por norma, o início da doença é insídioso, mas pode ter uma forma de apresentação aguda, com grande repercussão funcional em curto prazo (Ramos, 2013, p.45). O aparecimento de comorbilidades pode aumentar o risco de desenvolver complicações de AR e pode aumentar ainda mais a morbidade e mortalidade da doença.

Na opinião de Wasserman (2012, p.17) “a idade mais avançada, história familiar da doença e o sexo feminino associam-se com aumento de risco de AR, se bem que as diferenças de género sejam menos pronunciadas nos doentes mais idosos”. Ter fumado no passado ou fumar atualmente aumenta também o risco de AR. Curiosamente, a gravidez causa a remissão da doença e a circunstância de amamentar reduz também o risco.

Considerando os pressupostos descritos, o diagnóstico precoce é muito importante, pois se esta doença for diagnosticada atempadamente e corretamente tratada, as probabilidades de melhor prognóstico aumentam substancialmente.

1.1 Critérios de Classificação da Artrite Reumatóide

O diagnóstico clínico da AR é baseado nos sinais e sintomas de uma artrite inflamatória crónica, em resultados laboratoriais e radiográficos. De acordo com Navalho (2013, p. 35), a radiologia convencional é a técnica de primeira linha na hipótese diagnóstica da AR apesar de atualmente ser aceite a sua baixa sensibilidade nas fases iniciais da doença.

Laboratoriamente, as principais características da doença são a anemia normocítica e normocrómica por eritropoiese deficiente, secundária ao processo inflamatório crónico; elevação das proteínas de fase aguda, hipergamaglobulinemia e fator reumatóide (FR) presentes no soro em 70 a 80% dos doentes; presença dos anticorpos antipéptidos citrulinados cíclicos (ACPA) em cerca de 75% dos doentes e pela sua especificidade e maior precocidade de aparecimento podem ter grande utilidade na avaliação diagnóstica de uma artrite inicial. No entanto, quer o FR, quer os ACPA, podem não estar presentes na fase inicial da doença e aparecerem só mais tardiamente. Na AR ativa, o líquido articular perde a viscosidade habitual, apresenta um número de células brancas superior a $3000/\text{mm}^3$, com mais de 25% de leucócitos polimorfonucleares (PMN), tem o complemento diminuído e poderá apresentar FR (Ramos, 2013, p.47).

Tipicamente, os doentes com AR apresentam dor e rigidez em múltiplos pontos sendo os punhos e as articulações interfalângicas proximais e metacarpofalângicas as mais frequentemente envolvidas (Wasserman, 2012; Ramos, 2013; Shah & Clair, 2013). Ocorre rigidez matinal com duração superior a uma hora o que sugere uma etiologia inflamatória. Pode encontrar-se tumefação húmida devido à sinovite ou um espessamento subtil da sinovial que pode palpar-se durante a observação da articulação.

Existe também uma ampla variedade de alterações extra-articulares e sistémicas como: perda de peso, febre, fadiga, mal-estar; nódulos reumatóides em 15% a 20% dos casos; esclerite e episclerite; Síndrome de Sjögren secundária; pleurite, pneumonite intersticial, fibrose e nódulos pulmonares; Síndrome de Caplan; linfadenopatias; pericardite e miocardite; esplenomegalia, Síndrome de Felty; anemia e trombocitose; nefropatia tóxica; miosite nodular; neuropatia periférica; vasculite reumatóide; linfoma; distúrbios da tiróide, osteoporose e depressão (Wasserman, 2012; Ramos, 2013; Shah & Clair, 2013).

De acordo com Ramos (2013, p. 46), a presença e a gravidade das manifestações extra-articulares variam de acordo com a duração e a gravidade da AR e, normalmente, surgem depois do estabelecimento da doença, não sendo úteis para o diagnóstico precoce.

Em 2010, o *American College of Rheumatology* (ACR) e a *European League Against Rheumatism* (EULAR) reviram os critérios de classificação da ACR de 1987 com o objetivo de ser possível identificar precocemente a AR e introduzir, desta forma, terapia modificadora da doença tão precocemente quanto possível (Shah & Clair, 2013, p. 2745).

Os critérios de classificação da AR, de acordo com o ACR/EULAR, definidos em 2010, são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 1 – Critérios de classificação da AR, de acordo com a ACR/EULAR

População-alvo (quem deve ser avaliado?)	
Doentes:	
- Que apresentem pelo menos uma articulação clinicamente definida como sinovite (inflamada)	
- Cujas sinovite presente, não seja atribuível a outra patologia	
Critério de classificação para AR (algoritmo baseado na pontuação: adicionar a pontuação das categorias A-D; uma pontuação >= 6/10 define um doente como portador de AR)	
A – Envolvimento articular	
1 – grandes articulações	0
2 – 10 grandes articulações	1
1 – 3 pequenas articulações (com ou sem envolvimento das grandes articulações)	2
4 – 10 pequenas articulações (com ou sem envolvimento das grandes articulações)	3
>10 articulações (pelo menos uma pequena articulação)	5
B – Serologia (necessário pelo menos o resultado de um teste para a classificação)	
FR negativo/ ACPA negativo	0
FR título baixo/ACPA título baixo	2
FR título alto/ACPA título alto	3
C – Reagentes de fase aguda (necessário pelo menos o resultado de um teste para a classificação)	
Proteína C - reativa (PCR) normal e velocidade de sedimentação (VS) normal	0
PCR alterada ou VS anormal	1
D – Duração dos sintomas	
<6 semanas	0
>= 6 semanas	1

Fonte: Adaptado de Ramos (2013, p. 48)

1.2 Epidemiologia da Artrite Reumatóide

A epidemiologia pode ser definida como o estudo da ocorrência de uma doença em determinada população e a relação dessa doença com as características dessa população e do seu ambiente. A frequência da doença numa população pode ser expressa em termos de incidência (número de novos casos/ano) e prevalência (proporção da população que possui a doença).

A AR não é uma doença rara, a sua prevalência varia de 0,4% a 1% da população mundial e tem dois picos de incidência: entre os 20 e os 40 anos e no início da menopausa. O período pós-parto é outro momento de incidência aumentada (Ramos, 2013, p.45). Em Portugal estima-se que afete 0,8% a 1,5% da população.

Segundo Shah e Clair (2013, p. 2741), a incidência total da AR tem vindo a reduzir nas últimas décadas, enquanto a prevalência tem-se mantido uma vez que as pessoas com AR vivem mais.

De acordo com os mesmos autores, a incidência e a prevalência da AR variam de acordo com a localização geográfica, quer globalmente quer entre certos grupos étnicos de um país. Na América do Norte, as tribos americanas nativas Yakima, Pima e Chippewa mostraram taxas de prevalência em alguns estudos de aproximadamente 7%. Em contraste, muitos estudos populacionais da África e Àsia mostraram taxas de prevalência inferiores para a AR, na faixa de 0,2-0,4% (Shah & Clair, 2013, p. 2741).

A ocorrência global de AR é mais frequente nas mulheres do que nos homens numa proporção de 2-3:1 (Ramos, 2013; Shah & Clair 2013). Estudos realizados em alguns países da América Latina e África mostraram uma predominância ainda maior da doença nas mulheres do que nos homens, com proporções de 6 a 8:1 (Shah & Clair, 2013, p. 2741) o que leva a várias teorias propondo o possível papel do envolvimento do estrogénio na patogénese da doença.

No âmbito do programa ONDOR (Observatório Nacional das Doenças Reumáticas) foi estimada a prevalência de AR autodeclarada através de uma entrevista presencial a uma amostra de adultos do Porto. Neste estudo, a prevalência ao longo da vida de doença autodeclarada foi 1,6%, sendo 2,5% nas mulheres e 0,0% nos homens. Posteriormente, os indivíduos que tiveram manifestações sugestivas de AR foram submetidos a observação reumatológica e radiológica, resultando num valor de 0,4% de prevalência nas mulheres e 0,0% nos homens (Lucas & Monjardino, 2010).

A AR é, assim, uma doença com enorme relevância em termos de incidência e prevalência, mas igualmente devido à incapacidade física que induz e aos custos económicos que suscita. A incapacidade física implica uma incapacidade funcional, relacionada com a destruição articular e dor causada pela doença (Harrison, 2003).

Os custos económicos advêm dos tratamentos farmacológicos de longa duração, cirurgias, reabilitação física, dias de trabalho perdidos, pelo próprio e pelos familiares que os acompanham, e reformas antecipadas por incapacidade para o trabalho. De acordo com Lucas e Monjardino (2010), citados por Reis (2011, p.4), “a prevalência e a incidência da AR em Portugal não estão ainda determinadas com rigor, mas poderão aproximar-se dos valores previamente descritos noutras zonas do sul da Europa (cerca de 0,3%)”. Um estudo realizado no âmbito do programa CURAR (que tinha como objetivo determinar os custos anuais da utilização de recursos em doentes com AR, entre 2004 e 2005) estimou um custo anual médio por doente de 2.966,66€, sendo 78% deste valor suportado pelo Serviço

Nacional de Saúde (Felix et al, 2006). No entanto, tal como uma grande maioria das patologias reumáticas, a AR é desvalorizada pela classe médica e autoridades de saúde, provavelmente por ser uma doença de baixa mortalidade, embora de elevadíssima morbidade (Cunha-Miranda, 2010).

Vimos deste modo que a AR tem um impacto importante não só a nível pessoal, mas também a nível económico. O seu espectro de gravidade determina diferentes graus de incapacidade bem como o tipo de seguimento e de diferentes abordagens clínicas.

Entre outubro e dezembro do ano de 2009, foi realizado em Portugal, por Luís Cunha Miranda e seus colaboradores, um estudo observacional, transversal, com o objetivo de estudar a relação entre a atividade da AR, o compromisso funcional dos doentes e os custos suportados pela sociedade relativamente aos doentes com AR. Foram recolhidos dados numa amostra de 353 doentes, sobre as características sócio-demográficas e clínicas dos doentes, o consumo de recursos em saúde e escalas de atividade e funcionalidade: Disease Activity Score (DAS28) e Health Assessment Questionnaire (HAQ). O custo total médio anual de um doente com AR foi estimado em 3.415€, 79% relativos a custos diretos médicos, 9,6% a custos diretos não-médicos e 11,4% a custos indiretos. O custo total variou entre 2.205€ para doentes em remissão e 5.634€ para os doentes com AR de elevada atividade. Concluíram também que o impacto económico real para a sociedade, relativamente ao impacto da AR, tem vindo a aumentar significativamente nos últimos 10 anos e, se se considerarem 35.000 doentes com AR em Portugal, o custo anual será de 119.525.000€ (Miranda et al, 2012).

Atualmente existe em Portugal o Registo Nacional de Doentes Reumáticos, denominado de Reuma.pt. Trata-se de um registo nacional de doentes reumáticos, observacional, prospetivo, de duração indeterminada, concebido e promovido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR). O seu desenvolvimento foi iniciado em 2006 e em Junho de 2008 foi disponibilizada a primeira versão para inserção de dados, instalada em servidores hospitalares ou em computadores portáteis da SPR.

A concepção do Reuma.pt baseou-se em princípios fundamentais: ser o Registo Nacional de todos os doentes e doenças reumáticas; servir como um processo clínico electrónico, evitando a duplicação do trabalho médico no registo de dados; fornecer aos médicos e centros, de uma forma simples e rápida, dados clínicos e uma métrica que permite responder a questões administrativas e servir de apoio à decisão clínica; promover o aumento do conhecimento e da investigação em Reumatologia; ser um promotor da melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes reumáticos.

Desde Abril de 2012 o Reuma.pt funciona on-line numa plataforma web. Atualmente estão disponíveis protocolos de registo para doentes com AR, espondilartropatias, incluindo a espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistémico, síndromes autoinflamatórias, artrites iniciais, vasculites e dois protocolos genéricos para registo de dados de outras doenças reumáticas de crianças e adultos. O protocolo de osteoartrose (OA) está em fase de testes e encontra-se em desenvolvimento o protocolo para registo de doentes com esclerodermias.

Durante o ano de 2014 foram registados no Reuma.pt 2 083 doentes e 19 442 consultas. Estes números representam uma média de 8,23 doentes e 76,85 consultas em cada dia útil.

A 31 de dezembro de 2014, estavam registados 12 122 doentes e 80 213 consultas, tendo o doente 12 000 sido registado a 11 de dezembro, precisamente um ano após o registo do doente 10 000. A destacar também o fato de o protocolo da artrite reumatóide ter ultrapassado a barreira dos 5 000 doentes, sendo muito naturalmente o diagnóstico com mais doentes e consultas.

De acordo com o Relatório de Execução de 2014 da SPR, em 31 de dezembro de 2014, cerca de 41% dos doentes registados no Reuma.pt têm o diagnóstico de AR sendo que 70,1% dos doentes são do sexo feminino. Em concreto, estavam inscritos no Reuma.pt, 5 002 doentes com o diagnóstico de AR, sendo que 4 050 eram do sexo feminino e 952 do sexo masculino.

1.3 Tratamento da Artrite Reumatóide

Os principais objetivos do tratamento da AR são aliviar a dor, prevenir as deformações e a incapacidade, melhorar a função e a qualidade de vida dos doentes e, sempre que possível, alcançar a remissão da atividade da doença. Assenta em medidas de ordem geral (educação do doente e família, exercício físico e apoio psicológico), tratamento farmacológico, cirúrgico e de reabilitação. O tratamento farmacológico deve ser precoce e agressivo uma vez que a maior parte das erosões ósseas surge nos dois primeiros anos da doença (Wasserman, 2012, p.19; Ramos, 2013, p.49).

Nas últimas duas décadas ocorreram diversos avanços que alteraram o panorama terapêutico da AR levando a uma melhoria substancial no tratamento desta doença. Estes incluem a emergência do metotrexato como o fármaco antireumático modificador da doença (DMARD) de primeira escolha para o tratamento da AR precoce e o desenvolvimento de

novos agentes biológicos altamente eficazes que podem ser usados isolados ou em combinação com o metotrexato (Wasserman, 2012, p.19; Shah & Clair, 2013, p. 2747; Ramos, 2013, p. 49).

As medicações usadas para o tratamento da AR podem ser divididas em duas amplas categorias: fármacos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) e corticoesteróides e os fármacos antireumáticos modificadores da doença convencionais e/ou biológicos.

O metotrexato é considerado por diversos autores como o fármaco “âncora” do tratamento da AR, por ser o que apresenta a melhor relação entre eficácia, segurança e custo, e por melhorar a eficácia dos outros fármacos quando utilizados em associação. A maioria dos doentes tem necessidade de terapêutica concomitante com AINE e corticosteroides em doses inferiores a 10mg/dia de prednisona (Ramos, 2013, p.49).

Os antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF) são os agentes de primeira escolha entre os agentes biotecnológicos atualmente aprovados para o tratamento da AR. Em Portugal existem cinco antagonistas do TNF aprovados: o infliximab, o etanercept, o adalimumab, o golimumab e o certolizumab. Convém referir que a utilização destes fármacos biotecnológicos está associada a um risco aumentado de infeções graves, designadamente respiratórias, cutâneas e urinárias, tuberculose e doenças desmielinizantes. Relativamente à tuberculose, é obrigatório o rastreio prévio ao início da terapêutica biotecnológica.

De acordo com Santos, Vinagre, Silva, Gil, e Fonseca (2010), cit in Ramos (2013, p.50) “a importância da aterosclerose prematura nos doentes com AR está bem estabelecida, pelo que a monitorização e o tratamento agressivo dos fatores de risco cardiovascular nestes doentes não deve ser descurado”.

Shah e Clair (2013, p. 2751) referem que “os procedimentos cirúrgicos podem melhorar a dor e a incapacidade na AR – principalmente nas mãos, pulsos e pés, após a falha do tratamento médico.” As principais cirurgias utilizadas no tratamento da AR são as tenossinovectomias da face dorsal do punho e dos flexores dos dedos, a descompressão do nervo mediano e nível do punho, as resseções das epifises distais dos metatarsianos e as artroplastias das coxo-femorais, joelho e outras articulações (Ramos, 2013, p.50).

Para Shah e Clair (2013, p. 2751), todos os doentes deveriam realizar exercício e atividade física prescrita, e o uso da ortótese para os pés, no caso de deformidades dolorosas em valgo, reduz a dor e conseqüentemente a incapacidade e as limitações funcionais. Ainda referem que o uso criterioso de talas para os pulsos reduz a dor.

1.4 Prognóstico da Artrite Reumatóide

Segundo Friedewald, Turiel, Caporali, et al (2010), cit in Wasserman (2012, p. 22-23), “os doentes com AR vivem três a doze anos menos do que a generalidade da população”. O curso clínico é tipicamente caracterizado por períodos de agravamento e remissões. O prognóstico é pior quando o diagnóstico e o tratamento são tardios.

Atualmente, o prognóstico da AR tem evoluído favoravelmente com os avanços terapêuticos da última década, no entanto existem alguns fatores que podem determinar uma evolução mais agressiva da doença. São considerados fatores de mau prognóstico na evolução da doença: presença no soro de FR em título alto; presença no soro de ACPA em título alto; nódulos reumatóides; elevado grau de limitação funcional; envolvimento de muitas articulações; tabagismo; género feminino; baixo nível educacional; VS persistentemente elevada; depressão (Ramos, 2013, p.50-51).

Cada doente deve ser avaliado de forma sistemática relativamente ao número de articulações dolorosas e tumefactas, parâmetros inflamatórios séricos (VS e PCR), escalas visuais analógicas relativamente à atividade global da doença contabilizados em índices numéricos e questionários de saúde que avaliam a capacidade funcional dos doentes, como o HAQ (Ramos, 2013, p.51).

1.5 Qualidade do sono na pessoa com Artrite Reumatóide

O sono (do latim *somnu*) é um estado ordinário de consciência, complementar ao da vigília (ou estado desperto), em que há repouso normal e periódico, caracterizado, tanto no ser humano como nos outros animais superiores, pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária (Buratto, 2009).

O sono é um estado multifuncional e exerce várias funções ou tarefas (Paiva & Penzel, 2011). De acordo com Paiva (2008, p. 17), “o sono tem, ainda hoje, uma função que se desconhece, mas sabe-se que está intimamente ligado à vigília e que é mais essencial à sobrevivência que comer e beber”.

Para Buratto (2009), o sono é uma necessidade humana básica e corresponde ao período de repouso em que ocorre a suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária.

É um processo fisiológico e dinâmico e pelas suas características constitui o período de maior vulnerabilidade da pessoa. Esta característica tem suscitado um constante interesse por parte dos investigadores, mas, ainda que nos últimos 20 anos se tenha observado um aumento da investigação científica sobre o sono e a sua patologia, ainda pouco se conhece. Apesar disso, é um campo em evolução e objeto de estudos multidisciplinares.

Sabe-se que durante o sono são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência (CENC, 2009).

Devido à grande variabilidade individual não é fácil definir os parâmetros típicos de um sono normal. Para Rente e Pimentel (2004, p.1) “um sono normal é aquele que oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação de energias, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte”.

Existem várias hipóteses para explicar as várias funções do sono, e, segundo Paiva e Penzel (2011, p. 17), “o sono desempenharia uma função essencial: na manutenção da vigília, na conservação de energia e promoção de processos anabólicos, nos mecanismos de termorregulação central, na “desintoxicação” do cérebro, na produção de certas citocinas aumentando a atividade do sistema imunológico específico, no desenvolvimento e na maturação do cérebro, na plasticidade do cérebro e na formação e consolidação da memória, na regulação de diversos processos metabólicos, como substrato dos sonhos”.

De acordo com Tafner (2001), “os conhecimentos sobre o ciclo vigília-sono desenvolveram-se a partir da década de 30, quando através do uso da eletroencefalografia, descreveram o sono como um processo unitário e passivo”. Já na década de 50, Aserink e Kleitman observaram a existência de dois estados biológicos distintos: o sono lento NREM (Non Rapid-Eye-Movements) e o sono paradoxal REM (Rapid-Eye-Movements), que se alternam ciclicamente.

Paiva e Penzel (2011, p. 6) referem que “o sono noturno consiste numa sequência de fases, as quais se podem distinguir por registos de algumas variáveis fisiológicas. Basicamente podemos separar dois estados com mecanismos fisiológicos distintos: o sono lento e o sono paradoxal”.

Rente e Pimentel (2004) referem que a vigília ocorre antes do início do sono e no despertar matinal, mas existem períodos de vigília intercalados com o sono durante a noite que são denominados por despertares breves.

Recentemente a polissonografia veio permitir o registo simultâneo de diferentes variáveis fisiológicas durante o sono, possibilitando analisar as alterações ocorridas em diversos parâmetros vitais.

A capacidade do indivíduo em adequar o seu ciclo de sono e vigília ao ciclo noite/dia da terra é conduzida por diversos elementos externos e internos que interagem para a manutenção de um ciclo circadiano. De tal modo, a luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a diminuição da temperatura do ambiente à noite, as variações de incidência de luz no decorrer do dia, são elementos que nos condicionam a manter um ritmo de atividade alternada com repouso e intercalada com funções de ingestão e eliminação, dentro do padrão circadiano (Fernandes, 2006).

Duarte (2008, p.45) afirma que “a maior parte dos adultos estabelece um padrão de sono estável, embora existam variantes individuais, quer na duração total do sono quer na tendência para serem pessoas que se deitam e acordam cedo (cotovias) ou pessoas que se deitam ou acordam tarde (mochos). Entre homens e mulheres não há diferenças significativas”.

Azevedo (1980, cit. por Duarte, 2008) ao estudar as características do sono normal encontrou uma relação positiva e significativa entre o sono excelente (com facilidade em adormecer, sono profundo, acordar repousado) e a regularidade do horário do sono. Assim, aqueles que se deitavam e levantavam à mesma hora todas as noites eram também aqueles que dormiam melhor.

Pelo que fica dito, a qualidade do sono é um fator influenciador da recuperação do organismo. Ter uma boa qualidade de sono poder-se-á definir como uma boa noite de sono, ou seja, adormecer facilmente, não ter dificuldade em permanecer adormecido, sono profundo, satisfação com sono obtido, sensação de repouso, ausência de pesadelos ou sonhos desagradáveis, boa disposição e maior capacidade de concentração (Azevedo, 1980 cit. por Duarte, 2008).

Rosales, Egoavil, La Cruz, e Rey de Castro (2007) referem que os estudos epidemiológicos da população adulta em geral indicam uma prevalência de má qualidade de sono entre os 15% e os 35%.

Dormir bem é fundamental, pois a quantidade e a qualidade do sono são importantes para manter uma boa forma física e mental. As consequências de uma noite de sono inadequado são variadas, como a fadiga, o cansaço, tensão, diminuição do rendimento intelectual, sintomas leves de depressão e ansiedade, sonolência diurna (que aumenta o risco de acidentes), dores musculares e irritabilidade.

Ignorando a importância de fazer uma boa manutenção da qualidade do sono, um grande número de pessoas desconhece que por vezes padece de patologias do sono, por um lado por incapacidade em reconhecer os sintomas, e por outro, simplesmente porque sustentam a sua “desorganização” circadiana com mitos dissimuladores (Nércio, 2010).

A higiene do sono é, talvez, uma das necessidades básicas que mais é negligenciada de forma advertida. Para Paiva e Penzel (2011, p. 58) a manifestação diurna mais frequente de perturbações do sono é a sonolência excessiva. As pessoas com queixas de insónias, de sono não reparador, de hipersónia, falta de higiene do sono ou medicações excessivas têm, segundo Paiva e Penzel (2011, p. 58-59), “lapsos de memória, de atenção, de desempenho e de irritabilidade. Estas alterações cognitivo-emocionais são, em grande parte, consequência da privação de sono”.

A falta de higiene do sono é, então, incompatível com a manutenção de sono de boa qualidade e alerta completo diurno. A repetição de noites mal dormidas causa diminuição da concentração e da produtividade, irritabilidade, cansaço, sonolência diurna, dores de cabeça, redução da capacidade de reação em relação às doenças e aumento da suscetibilidade a acidentes de viação ou laborais. Assim sendo, a adoção de bons hábitos de higiene do sono permite uma melhoria da qualidade do sono, no sentido de favorecer níveis adequados de funcionalidade e saúde do organismo (Ferrão, 2009).

A higiene do sono tem, pois, como objetivo geral facilitar um sono reparador e suficiente (mas não exagerado).

Para Paiva e Penzel (2011, p. 1) “o impacto das alterações do sono, ou mais propriamente do ciclo sono-vigília, sobre a vida quotidiana, individual e social, é enorme por diversas razões”. O sono e as dores têm “influências mútuas, uma vez que estímulos nóxicos alteram o sono tanto em pessoas normais como em doentes, e uma má qualidade de sono faz prever a intensidade da dor sentida durante o dia”.

Acrescentam que “muitas doenças reumáticas têm agravamento noturno das dores ou estão associadas a perturbações do sono. As dores miofasciais provocam importantes alterações do sono, sendo a duração do mesmo o parâmetro mais afetado. A artrite reumatóide pode associar-se a insónias ou a uma maior necessidade de dormir, tanto de noite como de dia durante a sesta”. Além disso, Nicassio et al (2014, p.8) dizem-nos que a quantificação exata da qualidade do sono assume um significado clínico considerável na AR, tal como a pesquisa tem documentado a prevalência e o impacto de um mau sono nesta doença.

Freitas et al. (2013) afirmam que a dor e o desconforto provocados pela AR podem levar a graves consequências para os idosos, contribuindo para a perda da funcionalidade,

má qualidade do sono, comprometimento da participação social, com importantes repercussões negativas na saúde e no bem-estar dos indivíduos nesta faixa etária.

Foi realizado um estudo de amplitude nacional, nos Estados Unidos da América (EUA) por Covic, Cumming, Pallant, Manolios, Emery e Conaghan (2012) cit por Freitas et al. (2013) que revelou a presença de distúrbios do sono em cerca de dez milhões de adultos com AR, sendo esta associação mediada pela presença de dor articular e das limitações a ela relacionadas. Vários autores sugerem que a má qualidade do sono exerce efeito indireto sobre a capacidade funcional.

Em 2014 foi realizado um estudo na Turquia por Sariyildiz et al., com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e as variáveis relacionadas nos doentes com AR. Para tal foram incluídos no estudo 94 doentes com o diagnóstico de AR e 52 pessoas saudáveis como grupo de controlo. A atividade da doença foi avaliada pelo DAS 28. Todos os doentes foram avaliados utilizando as escalas de Qualidade de Vida (QDV) da AR e HAQ juntamente com a Beck Depression Inventory. Foi calculada a lesão radiológica através do método modificado de Carsen e as perturbações do sono foram avaliadas pelo PSQI. Neste estudo foram observados distúrbios do sono em 64,1% dos doentes com AR. O efeito da atividade da doença e a depressão sobre a qualidade do sono foi demonstrada pelo modelo de regressão logística. Observou-se que existe má qualidade do sono nos doentes com AR e que os distúrbios do sono nestes doentes podem ocorrer devido a origens multifatoriais, tal como a atividade da doença, a depressão, a dor, a fadiga, a incapacidade funcional, o score radiológico e os níveis de PCR e QDV.

Segundo Saraiva (2014, p.1) “as patologias do sono, exemplificadas na insónia inicial (custar a adormecer) e terminal (acordar cedo demais), ou mesmo pesadelos, são das queixas mais comuns dos doentes deprimidos”. Este autor defende que a depressão é uma doença de emoções, afetos, de ritmos e de vazios existenciais, que não pode ser confundida com a tristeza, pois a depressão é mais estável, duradoura e com prejuízo funcional e que obedece a diversos critérios sintomatológicos.

2. Estado Funcional na Pessoa com Artrite Reumatóide

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

Ribeiro e Paúl (2011), cit in Martins e Mestre (2014, p. 155), defendem que “o envelhecimento bem-sucedido pode ser olhado de múltiplas e variadas perspetivas, contudo deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela, um alto nível de funcionamento mental e físico e um envolvimento ativo no ciclo vital”. No entanto, Cunha (2007, p.40), cit in Pinto e Martins (2013, p.4), refere que “viver mais tempo, aumenta em 80% as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”.

Um das consequências do aumento da população idosa é o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, sendo que 88% dos indivíduos com mais de 65 anos apresenta pelo menos uma patologia crónica e 21% possui incapacidades crónicas, sendo as mulheres as mais afetadas uma vez que 35% a 50% entre os 70-80 anos apresenta dificuldades de locomoção e na realização de tarefas diárias (Pinto & Martins, 2013). Ou seja, mesmo em pessoas sadias existe perda da capacidade funcional ao longo da vida e na AR tal perda é mais expressiva (Oliveira et al. 2015).

Nos doentes com AR, as mudanças erosivas e progressivas que ocorrem na cartilagem e osso levam a deformidades e a incapacidades que podem ocorrer de forma grave, precoce e permanente. As consequências negativas da AR no estado funcional dos doentes são multidimensionais, com perda de força muscular e resistência e perda da amplitude de movimento das articulações. Por conseguinte, existe redução da capacidade funcional e mudanças na Qualidade de Vida. Consequentemente à deterioração da qualidade de vida dos doentes, incluindo o autocuidado e as atividades de vida diárias, há também um decréscimo na capacidade funcional e produtividade relativamente às atividades laborais/profissionais, o que leva a consequências económicas graves. O sucesso do tratamento dos doentes com AR depende significativamente de uma adequada avaliação da atividade da doença. Esta, por sua vez, determina a velocidade do avanço da

doença e o seu potencial para o desenvolvimento de desordens anatómicas e funcionais (Jovanovic et al., 2015).

Considerando a natureza crónica da AR torna-se fundamental a avaliação funcional da incapacidade provocada por esta doença.

O *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) avalia a capacidade funcional, de forma a classificar a dificuldade em realizar determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 pontos), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos). Está dividido em 8 categorias: arranjar-se, levantar, comer, andar, higiene, alcançar, pegar e atividades. Inclui também um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte de terceiros para a realização das atividades das oito categorias. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias. Os valores encontrados poderão variar entre 0 e 3, sendo que 0 não há dificuldade, entre 0-1 os doentes apresentam alguma dificuldade, entre 1-2 apresentam uma dificuldade moderada e entre 2-3 apresentam muita dificuldade. Além da capacidade funcional, o HAQ também permite avaliar a dor sendo esta uma avaliação retrospectiva, pois refere-se ao que o doente sentiu durante a semana passada.

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

Oliveira et al. (2015) referem que a capacidade funcional avaliada pelo HAQ é influenciada não só pela idade ou pelo tempo de doença, mas também pelos níveis de dor e pelas medicações em uso, e que o HAQ pode prever a gravidade e a disfunção causada pela AR durante a progressão da doença (o que não é evidente com outras medidas clínicas). Neste âmbito, foi concretizada uma investigação prospetiva por Jovanovic et al. (2015), que incluiu 74 doentes com AR. Os doentes foram internados na Clínica de Reumatologia do "Niška Banja" Institute, Sérvia. A avaliação do estado funcional foi realizada pelo HAQ. Os doentes foram divididos em três grupos: grupo I, com valores de HAQ: 0,125 – 1,000; grupo II com valores de HAQ: 1,125 – 2,000; e o grupo III com valores de HAQ: 2,125 – 3,000. A atividade da doença foi avaliada pelo DAS28. Também incluíram resultados analíticos como: VS, FR e PCR; a idade e a duração da doença. Estes autores concluíram que os doentes com a pior capacidade funcional avaliados pelo HAQ – grupo III, eram os que apresentavam maior atividade da doença, em comparação com o grupo I e II. Esta investigação também demonstrou que ter idade mais avançada e mais anos de

duração da doença contribuem significativamente para a perda da capacidade funcional, aumentando as probabilidades do doente pertencer ao grupo III em quase 60%. Segundo estes investigadores, o estado funcional avaliado pelo HAQ é um padrão para a avaliação dos doentes com AR devido à sua conveniência e boa correlação com os parâmetros da doença.

O significado da investigação da capacidade funcional também foi sugerido pelo Early Rheumatoid Arthritis Study (ERAS), que incluiu 732 doentes e mostrou que uma maior deterioração do estado funcional no decurso da doença foi causada por um elevado HAQ no início da doença (Jovanovic et al., 2015).

Martins (2012), na sua Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, realizou um estudo transversal descritivo e comparativo, utilizando uma amostra acidental e por conveniência, constituída por 51 doentes, dos quais 30 tinham o diagnóstico de AR e 21 tinham o diagnóstico de fibromialgia (FM). O estudo decorreu entre outubro de 2011 e março de 2012, tendo sido avaliada a informação sociodemográfica e aplicados diferentes instrumentos de avaliação: capacidade funcional (HAQ), qualidade de vida (SF-36), autoperceção da dor e avaliação global da doença pelo doente por Escala Visual Analógica, atividade da doença (DAS-28 apenas na AR), e de perturbações psicológicas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21). Neste estudo, foram solicitadas análises para excluir patologias concomitantes, passíveis de enviesar os resultados dos instrumentos, e ainda doseado o anti-CCP nas doentes com AR. A autora obteve resultados em que os doentes com FM apresentavam maior autoperceção da dor, ansiedade, depressão e stress, e menor qualidade de vida (exceto na função física), comparativamente aos doentes com AR. Não existiram diferenças estatisticamente significativas quanto à incapacidade funcional. Nos dois grupos de doentes, maior ansiedade, depressão e stress correlacionam-se com maior incapacidade funcional e autoperceção da dor, e com menor qualidade de vida na maioria das suas dimensões. Maior autoperceção da dor correlacionou-se com maior incapacidade funcional. Por sua vez, maior incapacidade funcional e autoperceção da dor correlacionaram-se com menor qualidade de vida, na maioria das suas dimensões.

Nos doentes com AR, maior atividade da doença correlacionou-se com menor qualidade de vida apenas em termos de função física. Também verificou que maior autoperceção da dor se correlacionou com maior incapacidade funcional. Esta correlação foi semelhante em ambos os grupos de doentes, indicando que a dor autopercecionada é um importante fator que interfere, e com intensidade semelhante, nas limitações das atividades diárias, nas doentes com AR e FM.

Também Oliveira et al., (2015), com o objetivo de quantificar as alterações na capacidade funcional, por um período de três anos, num grupo de 40 doentes com AR, realizou um estudo prospetivo utilizando o HAQ e o EPM-ROM (medida padronizada que avalia a amplitude potencial do movimento de 10 articulações, pequenas e grandes, nos membros superiores e inferiores utilizando o goniómetro). Nesta amostra de doentes com AR e idade média de 58 anos, a pontuação inicial no HAQ foi de 1,14 +/- 0,49, e passados três anos foi de 1,13, +/- 0,40.

Estes resultados podem justificar-se, pois, de acordo com Pollard; Choy; Scott (2005); Mota; Laurindo; Santos Neto (2010) cit in Marques (2014, p. 11), os doentes com AR inicial apresentam um importante comprometimento na sua capacidade funcional, confirmada pelo alto *score* obtido no HAQ no momento do diagnóstico. Posteriormente, há uma queda no *score* do HAQ após o início da terapêutica e essa melhoria mantém-se ao longo de 2 a 5 anos de duração da doença. Porém, essa queda não se sustenta e é seguida por um aumento gradual do *score* do HAQ ao longo dos anos. Esse comportamento do *score* do HAQ manifesta-se como uma “curva em J”.

A curva de apresentação do HAQ na forma de “curva em J” deve-se à presença de incapacidade funcional considerável nos doentes com AR antes do início do tratamento. A diminuição inicial do *score* no HAQ ocorre como resposta à terapia com drogas modificadoras da doença (DMARD) e anti-inflamatórios não-esteróides (AINES), que melhoram a sinovite e, conseqüentemente, a incapacidade a ela associada. Apesar disso, a limitação funcional aumenta lenta e progressivamente à medida que a lesão articular e outras manifestações da doença progridem (Pollard; Choy; Scott, 2005; Mota; Laurindo; Santos Neto, 2010, cit in Marques, 2014, p. 11-12).

Corbacho e Dapuetto (2010) pretenderam avaliar o impacto da AR sobre a capacidade funcional para o trabalho e a qualidade de vida relacionada com a saúde (CVRS). Para o efeito, realizaram um estudo descritivo transversal com uma amostra de 53 doentes com AR, utilizando diferentes instrumentos, avaliaram a dor, a repercussão funcional, a CVRS, EVA-dor, EVA-geral, HAQ, SF-12, DAS28. Foram constatados níveis altos de atividade da doença (41,5% atividade grave, 26,5% baixa atividade ou remissão), dor grave (60%) e uma repercussão importante sobre o estado geral (média EVA-geral 40, intervalo 0-100). A análise do estado funcional avaliado pelo HAQ mostrou uma média de 1,56 (taxa de 0-3; DP = 0,86), sendo que 77,3% dos doentes apresentaram níveis de HAQ de moderado a grave. Estes autores concluíram, através do seu estudo, que a AR tem um grande impacto sobre a função e a qualidade de vida dos doentes gerando um alto nível de desemprego.

Vários investigadores referem que altas pontuações na EVA-D e HAQ (sobretudo no início da doença) deveriam ser vistas como sinais de alarme.

2ª PARTE – Estudo Empírico

3. Métodos

O terceiro capítulo desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos o problema do estado funcional e qualidade do sono da pessoa com AR na área de influência do CHTV, EPE.

Tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos, deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados utilizado e os procedimentos estatísticos realizados.

Luyster et al. (2011), com o objetivo de avaliar a relação entre a qualidade do sono e a incapacidade funcional, utilizaram uma amostra de 162 doentes com AR. Neste estudo, a má qualidade do sono foi significativamente correlacionada com níveis mais elevados de sintomas depressivos, maior intensidade da dor, aumento da fadiga e maior incapacidade funcional. 61% dos participantes neste estudo apresentaram um mau sono. Os resultados confirmam que a má qualidade do sono está significativamente relacionada com maior incapacidade, representando 7% da variância após o ajuste para idade, sexo, número de comorbidades, duração da doença, utilização de prednisolona e utilização de anti-TNF. Além disso, o modelo de mediação proposto indicou que a qualidade do sono tem um efeito indireto sobre a incapacidade funcional através da sua relação com a gravidade da dor e fadiga. Os resultados do presente estudo são consistentes com anteriores pesquisas, mostrando níveis mais elevados de depressão, dor e fadiga associados a uma maior incapacidade funcional nos doentes com AR.

Løppenthin et al. (2015), com o objetivo de analisar a qualidade do sono e correlacioná-la com o sono de má qualidade nos doentes com AR, realizaram um estudo transversal com 500 doentes. A qualidade do sono e os distúrbios do sono foram avaliados por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). Outros instrumentos foram incluídos como o Inventário Multidimensional Fadiga, a Escala de Sonolência de Epworth, e o HAQ. A atividade da doença foi avaliada com base no DAS28. Vários componentes do sono foram negativa e significativamente comprometidos nos doentes com AR. Concluíram que o sexo, todos os domínios da fadiga, (exceto motivação reduzida), a depressão, a sonolência, a dor, a avaliação global do doente, HAQ e DAS28 se correlacionam para a

presença de um sono pobre, indicando que vários fatores específicos da doença estão associados à presença de sono de má qualidade.

Os estudos acima referenciados convergem todos para uma mesma necessidade, a de abordar o estudo do estado funcional e a qualidade do sono, tema ainda pouco desenvolvido no contexto português. Resulta daqui, consubstanciada na nossa experiência e inquietações pessoais, a nossa motivação para abordar este estudo.

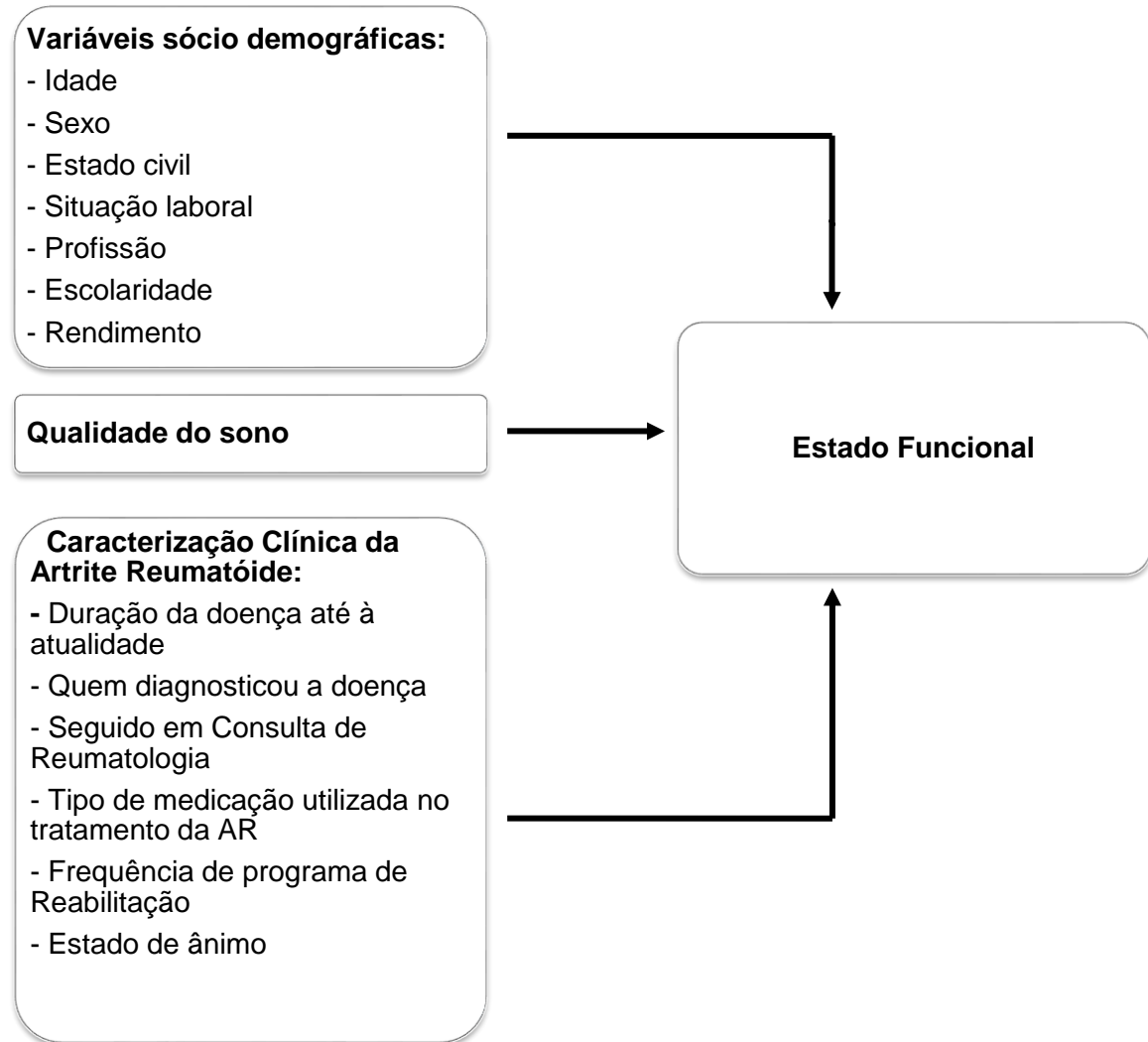
É reconhecido o impacto que o estado funcional e a qualidade do sono podem ter no quotidiano da população com AR. Poderão ser muitas as causas que originam uma degradação do estado funcional destes indivíduos. Estas causas poderão ter a sua génese em fatores sócio demográficos, na duração da doença, na presença de dor, na qualidade do sono, ou outros.

Neste sentido delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

- Avaliar o estado funcional da pessoa com artrite reumatóide;
- Analisar em que medida o estado funcional é influenciado pelas condições sócio demográficas, características clínicas da doença, a qualidade do sono e a dor.

O modelo conceptual que seguidamente apresentamos procura demonstrar o conjunto de variáveis em estudo e a relação que procuramos averiguar entre elas.

Figura 1 – Modelo conceptual do estudo.



O desenho da nossa investigação enquadra-se no tipo de estudo não experimental, transversal, numa lógica de análise descritivo-correlacional, e de carácter quantitativo.

3.1 – Participantes

A amostra seleccionada para este estudo é do tipo não probabilístico, por conveniência e é constituída por 75 pessoas com AR, que são acompanhadas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE.

Para a consecução da amostra foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

– Possuir diagnóstico de Artrite Reumatóide e estar inscrito na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE;

- Ter mais de 18 anos;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento, depois de devidamente informados sobre o assunto.

3.1.1 – Caracterização sóciodemográfica dos participantes

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.

Idade e género

A tabela 1 permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 75 participantes, sendo 60 do sexo feminino e 15 do sexo masculino.

Constatamos também que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 22 e um máximo de 85 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 56,21 anos, um desvio padrão de 15,17 e um coeficiente de variação de 26,98%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do **género**, verificamos que a média de idades para o sexo feminino (\bar{x} = 54,75) é ligeiramente inferior à do sexo masculino (\bar{x} = 62,07), apresentando os dois grupos uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis) levam-nos a concluir que a distribuição das idades para os homens é simétrica e platicurtica e para as mulheres a amostra total é assimétrica e platicurtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos participantes

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Masculino	15	35	81	62,07	13,10	-0,91	-0,28	21,10
Feminino	60	22	85	54,75	15,39	3,23	-1,02	28,10
Total	75	22	85	56,21	15,17	-3,61	-1,16	26,98

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra que a percentagem mais elevada (41,3%) se encontra no escalão dos 51-65 anos, seguindo-se o primeiro grupo etário com 34,7% e apenas 24,0% se encontra entre os 66-85 anos.

Com se pode verificar existe um predomínio de mulheres nos escalões mais baixos enquanto nos homens se verifica o inverso.

Estado Civil

Relativamente à variável descrita, verificamos que a maioria (69,33%) da amostra tem como estado civil casado/união de facto, seguindo-se os viúvos com 12%, em terceiro lugar, os divorciados/separados e por fim os solteiros com 8,0%.

Analisando o estado civil por género, verifica-se que os solteiros (8,0%) são todos do sexo feminino, a viuvez predomina igualmente dentro do género feminino enquanto os homens são essencialmente casados.

Situação Profissional

Quanto à situação profissional, verificamos que a maioria dos participantes se distribui fundamentalmente pelos que se encontram empregados (38,7%) e os já reformados (42,7%), existindo ainda 18,7% que se encontra no desemprego, o que não nos surpreende no contexto sociopolítico em que nos encontramos.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constata-se que os homens se distribuem pelas alternativas reformado (12%) e desempregado (5,3%), enquanto as mulheres se distribuem principalmente entre empregadas (36,0%) e reformadas (30,7%).

Escolaridade

A tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos nossos participantes é genericamente baixo. Assim, com maior destaque (42,7%) encontramos os que têm 4 anos de escolaridade, seguindo-se os que têm ensino superior com 17,3% e com um valor próximo deste (16,0%) aqueles que possuem o ensino secundário. Os restantes níveis de escolaridade também estão presentes no grupo, contudo com menores valores percentuais.

Em termos de habilitações académicas existem pequenas diferenças por género uma vez que apenas 4,0% (todas mulheres) se posicionam no item “não sabe ler e escrever”. Porém são também as mulheres os elementos que ocupam os escalões superiores.

Rendimentos

Quanto à variável rendimentos, verificamos que a maioria dos participantes auferem um rendimento mensal de baixo valor dado que cerca de 60,3% assume dispor de uma quantia inferior a 500 €. Entre 500-1000 € temos 23,3%; entre 1000-2000 € apenas 15% dos participantes e por fim acima de 2000€ apenas é auferido por um participante.

Analisando a distribuição por género, constata-se que os homens auferem valores inferiores às mulheres.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos elementos da amostra

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS								
22-50	3	4,0	23	30,7	26	34,7		
51-65	7	9,3	24	32,0	31	41,3		
66-85	5	6,7	13	17,3	18	24,0		
ESTADO CIVIL								
Casado/união de Fato	13	17,3	39	52,0	52	69,3		
Solteiro	-	-	6	8,0	6	8,0		
Viúvo	1	1,3	8	10,7	9	12,0		
Divorciado/Separado	1	1,3	7	9,3	8	10,7		
SITUAÇÃO LABORAL								
Empregado	2	2,7	27	36,0	29	38,7		
Desempregado	4	5,3	10	13,3	14	18,7		
Baixa Médica	-	-	-	-	-	-		
Reformado	9	12,0	23	30,7	32	42,7		
ESCOLARIDADE								
Não sabe ler nem escrever	-	-	3	4,0	3	4,0		
1º Ciclo (4ª classe)	9	12,0	23	30,7	31	42,7		
2º Ciclo (até 6º ano)	1	1,3	6	8,0	7	9,3		
3º Ciclo (até 9º ano)	2	2,7	6	8,0	8	10,7		
Ensino Secundário	2	2,7	10	13,3	12	16,0		
Ensino Superior	1	1,3	12	16,0	13	17,3		
RENDIMENTOS								
< 500	13	17,8	31	42,5	44	60,3		
500-1000	1	1,4	16	21,9	17	23,3		
1000-2000	1	1,4	10	13,7	11	15,0		
>2000	-	-	1	1,4	1	1,4		
TOTAL	11	15,7	59	84,3	70	100,0		

Profissões

No seguimento da análise da situação profissional, quisemos saber que tipos de profissões exerciam os nossos inquiridos. Para o efeito, recorremos à tabela Nacional de Profissões em Portugal e os dados expressos na tabela 3 mostram que a maioria dos

participantes no estudo integra o grupo de especialistas de profissões intelectuais (25,0%) e técnicos e profissionais de nível intermédio. Há ainda 17,9% que pertencem ao grupo de “Pessoal administrativo e similares”, 14,3% são pessoal dos serviços e vendedores e os restantes são agricultores, operários, artífices e trabalhadores similares.

Tabela 3 – Profissões desenvolvidas pelos elementos da amostra

PROFISSÕES	TOTAL	
	N	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	25,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	7	25,0
Pessoal administrativo e similares	5	17,9
Pessoal dos serviços e vendedores	4	14,3
Agricultores e trabalhadores qualificados	2	7,1
Operários, artífices e trabalhadores similares	3	10,7
TOTAL	28	100,0

3.1.2 - Caracterização Clínica dos doentes com Artrite reumatóide

O quadro clínico dos doentes com artrite reumatóide pode variar entre o ligeiro a severo, com implicações acentuadas na sua capacidade funcional. Neste sentido, os resultados que apresentamos nesta secção visam, fundamentalmente, proceder a uma caracterização clínica dos participantes em estudo. São abordados diferentes aspetos ligados à artrite reumatóide, do tipo: data do diagnóstico (duração da doença até à atualidade), quem fez esse diagnóstico, se é seguido em consulta de reumatologia ou outra especialidade, tipo de medicação, frequência de programa de reabilitação, entre outros.

Quando foi feito o diagnóstico

De acordo com os dados da tabela 4, o diagnóstico da doença foi feito para 36,5% dos participantes, num período que se situa entre os 3 e 10 anos; seguem-se, com igual valor percentual, 21,6%, os que referem ter sido feito há menos de 2 anos e entre 11 e 20 anos, e 20,3% refere ter sido feito há mais de 20 anos.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que a maioria dos homens descobriu os sintomas mais recentemente que as mulheres, que também aqui seguem a distribuição da amostra total.

Quem diagnosticou a doença

Quisemos ainda saber por quem tinha sido feito o diagnóstico: os dados mostram que para o maior grupo percentual (40,0%) dos nossos inquiridos foi o reumatologista, seguindo-se o médico de família para 37,3%, distribuindo-se os restantes por médicos de Medicina Interna e ortopedistas. De referir o fato de 6,7% não ter respondido por não saber especificar.

A distribuição por sexo não revela diferenças significativas relativamente à distribuição da amostra total.

É seguido em consulta de reumatologia?

Uma outra questão que quisemos apurar era se os doentes eram seguidos na consulta de reumatologia: tivemos respostas afirmativas em 84,0% dos participantes, ao inverso de 16,0% que assinalam o “não”.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que não existem grandes diferenças entre eles.

Medicamentos usados

Relativamente aos medicamentos usados (onde são possíveis respostas múltiplas) pudemos constatar que para 76,0% dos participantes, os corticosteróides assumem a primeira posição, seguindo-se os anti-inflamatórios para 64,0%, na terceira posição temos as drogas modificadoras da doença (57,3%), na quarta os analgésicos (33,3%) e por fim os antidepressivos (22,7%).

A distribuição das respostas por género corresponde proporcionalmente à distribuição de amostra total.

Tabela 4 – Caracterização clínica dos participantes com AR

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIAGNÓSTICO QUANDO						
≤2 anos	5	6,8	11	14,9	16	21,6
De 3 a 10 anos	8	10,8	19	25,7	27	36,5
De 11 a 20 anos	-	-	16	21,6	16	21,6
>20 anos	2	2,7	13	17,6	15	20,3
QUEM DIAGNOSTICOU						
Não respondeu	1	1,3	4	5,3	5	6,7
Medicina Interna	3	4,0	7	9,3	10	13,3
Médico de Família	6	8,0	22	29,3	28	37,3
Ortopedista	2	2,7	-	-	2	2,7
Reumatologista	3	4,0	27	36,0	30	40,0
É SEGUIDO EM REUMATOLOGIA						
Sim	13	17,3	50	66,7	63	84,0
Não	2	2,7	10	13,3	12	16,0
MEDICAÇÃO UTILIZADA						
Analgésicos	4	5,3	21	28,0	25	33,3
Anti-inflamatórios	10	13,3	38	50,7	48	64,0
Corticosteróides	14	18,7	43	57,3	57	76,0
Antidepressivos	4	5,3	13	17,3	17	22,7
D. modificadoras da doença	10	13,3	33	44,0	43	57,3

Programas de reabilitação

Procurámos ainda indagar se fazem no seu dia-a-dia programas de reabilitação: as respostas demonstram que a grande maioria (90,5%) dos inquiridos não frequenta estes programas, e apenas 9,5% responde afirmativamente. Entre homens e mulheres não se encontram diferenças.

Quem faz?

As respostas expressas na tabela 5 mostram que aqueles que frequentam programas de reabilitação o fazem quase na totalidade (87,5%) com fisioterapeutas e apenas um elemento (12,5%) refere outro que não especifica. As respostas são demonstrativas de que a enfermagem de reabilitação ainda não tem visibilidade neste grupo e neste contexto de doença.

Vimos ainda que há apenas um participante homem, que faz fisioterapia sendo os restantes do sexo feminino.

Estado de ânimo

A literatura sobre o tema refere a importância/influência que esta doença tem sobre o estado de ânimo dos doentes. Nesse sentido, procurámos saber como se sentiam, e os dados mostram que 52,0% dos nossos inquiridos se apresenta ligeiramente deprimido, 20,0% estão mesmo deprimidos e 28,0% refere não se sentir deprimido.

A distribuição das respostas em função de género não revela diferenças significativas relativamente à distribuição de amostra total.

Tabela 5 – Dados sobre a situação clínica dos participantes (continuação)

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO								
Sim	1	1,4	6	8,1	7	9,5		
Não	14	18,9	53	71,6	67	90,5		
QUEM FAZ?								
Enfermeiro de Reabilitação	-	-	-	-	-	-		
Fisioterapeuta	1	12,5	6	75,0	7	87,5		
Outro	-	-	1	12,5	1	12,5		
ESTADO DE ÂNIMO								
Deprimido	3	4,0	12	16,0	15	20,0		
Ligeiramente deprimido	7	9,3	32	42,7	39	52,0		
Nada deprimido	5	6,7	16	21,3	21	28,0		

3.2 – Instrumento de colheita de dados

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com “algo” que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Este “algo” designa-se por variável. Assim, o objeto do estudo estatístico são as variáveis e a informação que estas podem fornecer (Maroco, 2010, p.23).

A necessidade de analisar constructos como o estado funcional, a qualidade do sono, entre outros, implica a sua definição como variáveis e a respetiva operacionalização a partir de definições conceptuais, no sentido de permitir a atribuição de valores, uma vez que

por definição a variação e atribuição de valores são propriedades inerentes a qualquer variável (Fortin, 2009, p.579).

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de medida que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

Para a seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo que pretendemos realizar bem como as características da nossa amostra. Desta forma, o instrumento por nós selecionado integra um questionário sócio demográfico e clínico e duas escalas: o Índice da Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (PSQI) e o Healt Assesement Questionnaire – Versão Portuguesa (HAQ-c) (cf. Apêndice III).

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige que os participantes deem respostas escritas a um conjunto de questões. Este “tem por objetivo recolher informações factuais acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Norwood 2000 cit. por Fortin, 2009, p. 380).

A ordem pela qual o questionário e as escalas se apresentam obedece à seguinte disposição: (1) dados sócio demográficos, (2) variáveis de caracterização clínica da AR, (3) Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e (4) o Healt Assesement Questionnaire – Versão Portuguesa (HAQ-c).

Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh*

Em 1988, J. Buysse e colaboradores construíram o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh no intuito de disporem de um instrumento que avaliasse a qualidade de sono de um sujeito no intervalo de um mês e que pudesse ser utilizado em ensaios clínicos (Buela-Casal; Sanchez, 2002). Imediatamente, este instrumento foi amplamente utilizado e adotado em inúmeros trabalhos de investigação.

O PSQI integra 19 perguntas auto-aplicadas que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna (Buela-Casal; Sanchez, 2002).

A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 a 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos indica que não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade. Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). O autor da escala propõe um ponto de

corte de 5 o que significa que para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono e abaixo o contrário (Buela-Casal; Sanchez, 2002).

Como instrumento autoadministrado, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh oferece uma medida “estandardizada” e quantitativa da qualidade de sono que rapidamente identifica quem tem ou não problemas de sono, mas não proporciona um diagnóstico, embora oriente para áreas do sono mais deterioradas.

Componente 1 - Qualidade subjetiva do sono

Ao examinar a pergunta n.º 6 do PSQI, obtém-se uma pontuação que, de acordo com o que o inquirido responder será:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Componente 2 - Latência do sono

A pergunta 2 do mesmo índice refere-se ao tempo que o inquirido demora a adormecer que nos indicará uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
< 15 minutos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
> 60 minutos	3

A pontuação obtida na questão n.º 5 a) indica-nos a quantidade de vezes que os inquiridos não conseguiram adormecer nos 30 minutos após se terem deitado e à qual corresponde a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

A latência do sono resulta do somatório destas 2 questões que irá corresponder a uma nova pontuação:

Resposta	Pontuação
0	0
1 - 2	1
3 - 4	2
5 - 6	3

Componente 3 - Duração do sono

A duração do sono obtém-se através da pergunta n.º 4 à qual é atribuída a pontuação seguinte:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6 - 7 horas	1
5 - 6 horas	2
< 5 horas	3

Componente 4 - Eficiência habitual do sono

Para se obter a eficiência habitual do sono são necessários três parâmetros:

- A quantidade de horas efetivamente dormidas, descritas na questão n.º 4;
- As horas de levantar das pessoas, obtidas com a pergunta n.º 3;
- As horas a que normalmente vão para a cama, que se obtém com a questão n.º 1.

Para o cálculo final da eficiência habitual do sono utiliza-se a seguinte fórmula:

$$(\text{N}^{\circ} \text{ de horas dormidas} / \text{N}^{\circ} \text{ de horas permanecidas na cama}) * 100$$

De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
> 85%	0
75 – 84%	1
65 – 74%	2
< 65%	3

Componente 5 - Perturbações do sono

As perturbações do sono resultam do somatório das questões n.º 5 b) até ao n.º 5 j). Os problemas colocados com estas questões são: acordar a meio da noite ou de madrugada; levantar para ir à casa de banho; não conseguir respirar adequadamente; tossir ou ressonar; ter sensação de frio; ter sensação de calor; ter pesadelos; ter dores; e por fim, outras razões que os próprios podiam identificar. Para cada um dos problemas o inquirido quantifica de acordo com o seguinte critério:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

O somatório total que oscila entre 0 e 27 pontos será classificado em:

Somatório (5 b a 5 j)	Pontuação
0	0
1 – 9	1
10 – 18	2
19 – 27	3

Componente 6 - Uso de medicação hipnótica

A pergunta n.º 7 indica o número de vezes a que se recorre à medicação hipnótica e à qual corresponderá uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Componente 7 - Disfunção diurna

A disfunção diurna obtém-se com o somatório das questões n.º 8 e n.º 9. A questão n.º 8 quantifica as dificuldades em se manterem acordados nas atividades sendo atribuída a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Com a questão n.º 9 obtém-se a quantidade de vezes em que houve dificuldade em se manter o entusiasmo nas atividades e a pontuação atribuída é:

Resposta	Pontuação
Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo	0
Indisposição e falta de entusiasmo pequenas	1
Indisposição e falta de entusiasmo moderadas	2
Muita indisposição e falta de entusiasmo	3

Do somatório destes dois parâmetros, que oscila entre zero (0) e seis (6), resultará a seguinte classificação:

Soma das questões 8 e 9	Pontuação
0	0
1 - 2	1
3 - 4	2
5 - 6	3

O **Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh** resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados conforme se segue:

< 5 – Boa qualidade de sono
 ≥ 5 – Má qualidade de sono

Caracterização psicométrica do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

O PSQI foi traduzido, adaptado e validado por Alessandra Bertolazi, em 2008, para português do Brasil.

Nos diversos trabalhos que pudemos consultar, nos quais era abordado o tema da qualidade do sono e em que o Índice foi utilizado, constatamos que em todos eles foi mantida a estrutura original, ou seja, 19 questões que, por sua vez, davam origem a 7 componentes mensuráveis. Perante esta realidade, optamos por manter esta estrutura e efetuar o estudo de fiabilidade dos 7 componentes.

Na investigação original de Buysse (1989) administrou-se o questionário a 148 pessoas, divididas em 3 grupos: o primeiro formado por 52 indivíduos “bons dormidores”; o segundo constava de 34 doentes com diagnóstico de depressão maior; o terceiro era formado por 45 doentes diagnosticados com Distúrbio do Início e Manutenção do Sono (DIMS) e 17 com diagnóstico de Distúrbio de Sonolência Excessiva (DSE). A fiabilidade medida como consistência interna – alfa de Cronbach – ($\alpha = 0.83$), foi elevada tanto para os 19 itens como para os 7 componentes, as pontuações dos itens, dos componentes e a global mantiveram-se estáveis ao longo do tempo – teste - reteste.

Durante a referida investigação os dados de validade preditiva mostraram os seguintes resultados: para um ponto de corte de 5 (≥ 5 maus dormidores) a sensibilidade era de (89,6%) e a especificidade de 86,5%. A taxa de mal classificados foi de 11,5% para o conjunto da amostra, de 15,6% para o grupo de doentes com DIMS, 12% dos doentes com DSE e 3,0% dos doentes com depressão maior.

Uma contribuição para o estudo da validade é ainda a determinação da matriz de correlação entre os seus diversos fatores.

Para o efeito efetuamos uma matriz de correlação de Pearson, de forma a determinarmos o modo como se correlacionam as subescalas da qualidade do sono.

Analisando os resultados, verificamos que entre as subescalas o valor mínimo da correlação é $r=0.006$, sendo não significativo e obtido na relação uso de medicação para dormir e a duração do sono. Já o valor máximo ($r=0.616$) situa-se entre a eficiência do sono e duração do mesmo.

Quadro 2 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e o Índice da Qualidade de Sono

Subescalas	Qualidade subj. sono	Latência sono	Duração do sono	Eficiência sono	Perturbações sono	Uso de medicação	Disfunção diurna
Qualidade subjetiva do sono	----						
Latência do sono	-0.170	----					
Duração do sono	-0.068	0.184	----				
Eficiência habitual sono	-0.018	0.229*	0.616**	----			
Perturbações do sono	-0.096	0.085	0.035	0.214	----		
Uso de medicação	0.060	0.119	0.006	0.098	0.335**	----	
Disfunção diurna	-0.103	0.088	-0.085	0.130	0.485**	0.186	----

Health Assessment Questionnaire

O Health Assessment Questionnaire foi construído por J. F. Fries e seus colaboradores da Universidade de Stanford (EUA) em 1982. Em 1990 foi publicada a adaptação para português do Brasil, contudo a realidade sócio-cultural brasileira e a terminologia adaptada tornaram impraticável a sua aplicação em Portugal, pelo que em 1996 a escala foi validado para a população portuguesa por R. Santos, P. Reis, L. Rebelo, F. Dias, C. Rosa e M. Queiroz. Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção da

capacidade funcional nos doentes com AR. Trata-se de um questionário de auto-resposta, de avaliação funcional, com 20 itens distribuídos por 8 dimensões (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar, outras atividades) e, inclui ainda, uma escala visual analógica da dor (EVA) (Ribeiro, 2007, p.330-331). O HAQ avalia a capacidade funcional, de forma a classificar a dificuldade em realizar determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 pontos), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos). Inclui também um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte de terceiros para a realização das atividades das oito categorias. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias. Os valores encontrados poderão variar entre 0 e 3, sendo que 0 não há dificuldade, entre 0-1 os doentes apresentam alguma dificuldade, entre 1-2 apresentam uma dificuldade moderada e entre 2-3 apresentam muita dificuldade.

O HAQ tem também uma escala de avaliação da severidade da dor, uma escala visual analógica (EVA). A EVA é uma escala validada internacionalmente, utilizada para mensuração da intensidade da dor, que consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo (Portugal, MS, DGS, 2003, p.2).

Este instrumento tem sido considerado sensível, simples, reproduzível e universal, isto é, pode ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador (Azevedo, 2010).

“Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso na maioria dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo da intensidade da Dor” é classificado da seguinte maneira: “Sem Dor” = 0; “Dor Ligeira” = 1 a 2; “Dor Moderada” = 3 a 5; “Dor Intensa” = 6 a 8; “Dor Máxima” = 9 a 10 (Portugal, MS, DGS, 2003, p. 3).

Para testar a aplicabilidade e aceitabilidade da HAQ, foi realizado um estudo por Santos et al. (1996). No decorrer das várias fases do processo de tradução e adaptação do HAQ-c, foi administrada a versão final a 81 doentes com o diagnóstico de AR (em auto-questionário e entrevista) seguidos numa consulta externa de Reumatologia, tendo sido registados os seguintes parâmetros: a) capacidade de compreender e preencher o questionário; b) nível de instrução (nº de anos de escolaridade e nível académico atingido);

c) tempo de preenchimento em entrevista. Nos doentes que preencheram o questionário, a correlação entre os resultados nas duas modalidades de aplicação foi de $r = 0.91$ ($p < 0.001$). Não houve correlação entre o tempo gasto no preenchimento e o número de anos de escolaridade ou a idade. Os autores concluíram que a aplicação desta versão do HAQ-c na população portuguesa é limitada pela elevada percentagem (33,3%) de doentes que não conseguem preencher o questionário. Nos outros doentes, existe uma boa correlação entre os resultados obtidos nas duas modalidades de preenchimento, apesar do baixo nível de escolaridade nesta população. Esta tradução do HAQ-c parece ter uma boa aceitabilidade quer para os doentes, como para os médicos, e a sua aplicação é perfeitamente viável. Mesmo quando administrado em entrevista, o preenchimento rápido, a não influência do nível de instrução e a boa correlação entre as duas formas de aplicação deste índice, parecem garantir o requisito básico para a sua utilização generalizada em consultas de Reumatologia (Santos et al., 1996, p. 19)

3.3 – Procedimentos

Na realização de qualquer investigação, é fundamental não só delinear uma população, mas também desenvolver um conjunto de ações, no sentido de alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Assim, todos os procedimentos devem ser efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Foi efetuado, até 31 de Dezembro de 2014, o pedido formal de autorização à realização do estudo ao Conselho de Administração do CHTV, EPE, tendo-se obtido o consentimento para a realização do mesmo (cf. Apêndice I).

O questionário foi aplicado pelos investigadores entre os dias 01 de Fevereiro e 28 de Abril de 2015, em gabinetes gentilmente cedidos para o efeito, de modo a não perturbar a dinâmica das consultas, bem como proporcionar um espaço acolhedor cumprindo os critérios de privacidade, salvaguardando o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Foi explicado a todos os participantes os objetivos do nosso trabalho, não esquecendo, em momento algum, de pedir a cada doente, o seu consentimento informado (cf. Apêndice II) para participar no estudo. Entendemos este requisito não só como um preceito legal, mas sobretudo como um direito de todas as pessoas.

3.3.1 – Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- Frequências: Absolutas (N) e Percentuais (%)
- Medidas de tendência central: Médias (M) e Medianas (Md)
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvios padrão (Dp) e Coeficientes de variação (CV).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (Pestana e Gageiro, 2008):

- ◆ $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;
- ◆ $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;
- ◆ $CV > 30\%$ – Dispersão elevada.
- Medidas de simetria e achatamento:

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2008) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- Simétrica – quando “ $[Skewness/stdError] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- Assimétrica – quando “ $[Skewness/stdError] > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- ❖ Mesocúrtica quando $[kurtosis/stdError] < 1,96$;
- ❖ Platicúrtica quando $[kurtosis/stdError] < -1,96$;
- ❖ Leptocúrtica quando $[kurtosis/stdError] > 1,96$;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes, para a distribuição ser considerada normal.

O teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2008).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

Testes Não-Paramétricos

- ❖ Teste U-Mann Withney – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008,p. 433).
- ❖ Teste de Kruskal-Wallis – Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2008,p. 482).
- ❖ Teste de Qui Quadrado (X^2) - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2008, p. 386).

O tratamento dos dados estatísticos será efetuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 19.0.

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Por questões de segurança e fiabilidade, sempre que as frequências das respostas forem demasiado baixas (o que pode comprometer a utilização dos testes de significância)

efetuar-se-ão os agrupamentos necessários das variáveis em estudo, para obter frequências consideradas aceitáveis.

3.4 Resultados

O presente capítulo tem por finalidade apresentar e analisar os resultados obtidos nesta investigação, a partir do questionário aplicado aos participantes.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva. As tabelas onde não apresentamos totais nas colunas referem-se a resultados onde eram permitidas respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados.

Em termos de tratamento, começaremos por apresentar uma estatística descritiva e só posteriormente realizada a análise inferencial.

3.4.1 – Qualidade do sono dos doentes com Artrite Reumatóide

Esta secção procura avaliar alguns hábitos de sono dos doentes no último mês. Embora as questões que se seguem integrem a escala de avaliação da qualidade do sono, pareceu-nos vantajosa a análise de alguns dos seus hábitos.

Horário de deitar

Assim sendo, constatamos que a maioria (58,7%) dos participantes no estudo se deita diariamente entre as 22 e as 23 horas, 25,3% o faz entre as 24 e as 02 da manhã e um pequeno grupo de 16,0% entre as 20 e as 21h.

Tempo para adormecer

O tempo que em média os participantes demoram a adormecer situa-se, para a maioria (76,0%) entre 0-30 minutos, seguindo-se os que demoram mais de 60 minutos (20,0%). Por fim, 4,0% refere ainda que precisa entre 31-60 min para adormecer.

Horas de acordar

As horas de acordar referidas são muito variáveis de pessoa para pessoa, pois como podemos constatar pelos dados da tabela 6, cerca de 54,7% dos doentes acorda entre as 5 e as 7 horas da manhã, 44,0% entre as 8 e as 9 horas e apenas um elemento (do sexo feminino) diz levantar-se depois das 10 h.

Horas sono/noite

Em relação às horas de sono/noite, verificámos que cerca de 53,3% dos doentes dorme entre 6-7 horas, 26,7% refere dormir apenas 4-5 horas e por fim, 20,0% dorme entre 8-10 horas de sono por noite.

Tabela 6 – Dados sobre os hábitos de sono dos participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO					
	N	%	N	%	N	%
HORÁRIO DE DEITAR						
20-21 H	-	-	12	16,0	12	16,0
22-23 H	12	16,0	32	42,7	44	58,7
24-02 H	3	4,0	16	21,3	19	25,3
TEMPO PARA ADORMECER						
0-30 min	14	18,7	43	57,3	57	76,0
31-60 min	-	-	3	4,0	3	4,0
≥ 60 min	1	1,3	14	18,7	15	20,0
HORAS DE ACORDAR						
5-7 H	6	8,0	35	46,7	41	54,7
8-9 H	9	12,0	24	32,0	33	44,0
≥ 10 H	-	-	1	1,3	1	1,3
HORAS SONO/NOITE						
4-5 H	4	5,3	16	21,3	20	26,7
6-7 H	7	9,3	33	44,0	40	53,3
8-10 H	4	5,3	11	14,7	15	20,0

Características do sono

A tabela 7 expressa um conjunto de dados sobre as características do sono dos nossos inquiridos incluindo dimensões e qualidade total do sono.

Relembramos que, para determinar a qualidade de sono dos participantes, foi utilizado o PSQI que avalia a qualidade subjetiva do sono, a latência do sono, a duração do

sono, a eficiência do sono global, as perturbações do sono, o uso de medicação hipnótica, a disfunção diurna e o índice global de sono.

Podemos então verificar que os valores mínimos e máximos das dimensões oscilam entre zero e três, com médias, desvios padrão e coeficientes de variação variáveis entre dimensões. De acordo com a pontuação podemos afirmar que as maiores perturbações do sono se encontram aos níveis da dimensão “perturbações do sono” ($\bar{x}=1,95$), seguindo-se a “latência do sono” ($\bar{x}=1,87$), e a “qualidade subjectiva do sono” ($\bar{x}=1,65$). Inversamente, as dimensões menos afetadas do sono dos participantes são a “duração” ($\bar{x}=0,93$), o “uso de medicação para dormir” ($\bar{x}=1,13$) e a “disfunção diurna” ($\bar{x}=1,37$).

Analisando a qualidade global do sono, verificamos que esta varia entre um Min de 0 e um Max de 21 com uma média de 10,36, um Dp de 3,37 e um coeficiente de variação de 32,52, o que revela uma grande dispersão em torno da média.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas das dimensões e total do sono dos participantes

Subescalas	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)
Qualidade Subjectiva sono	0	3	1,65	0,72	43,63
Latência do sono	0	3	1,87	0,60	32,00
Duração do sono	0	3	0,93	1,01	108,60
Eficiência do sono habitual	0	3	1,45	1,22	85,13
Perturbações do sono	0	3	1,95	0,65	33,33
Uso de medicação para dormir	0	3	1,13	1,38	122,12
Disfunção diurna	0	3	1,37	0,95	69,34
Qualidade do sono (global)	0	21	10,36	3,37	32,52

Qualidade do sono

O PSQI, como já referimos, resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados da seguinte forma: <5 boa qualidade de sono; ≥ 5 má qualidade de sono. A tabela 8 permite verificar que a grande maioria dos nossos inquiridos apresenta má qualidade do sono (94,7%) e apenas 5,3% possui sono com boa qualidade.

Tabela 8 – Dados sobre os hábitos de sono dos participantes

SONO \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
QUALIDADE DO SONO						
Boa Qualidade de sono	-	-	4	5,3	4	5,3
Má Qualidade de sono	15	20,0	56	74,7	71	94,7
TOTAL	15	20,0	60	80,0	75	100,0

3.4.2 – Avaliação da funcionalidade dos doentes com Artrite reumatóide

O HAQ é uma escala que permite avaliar a percepção da capacidade funcional nos doentes com AR. Trata-se de um questionário de auto-resposta, de avaliação funcional, com 20 itens distribuídos por 8 dimensões (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar, outras atividades).

Pelos dados da tabela 9 podemos então verificar que os valores mínimos e máximos das dimensões oscilam entre um e três, com médias que se situam entre um e dois. Também nesta escala maiores pontuações correspondem a menor funcionalidade para o desempenho das atividades. Assim, podemos dizer que as perturbações funcionais mais elevadas nos doentes com AR se encontram aos níveis da subescala “alcançar” ($\bar{x}=2,01$), seguindo-se as “atividades” ($\bar{x}=1,70$), o “vestir-se” ($\bar{x}=1,65$) e o “caminhar” ($\bar{x}=1,58$). Em contrapartida, as atividades menos afetadas são o “comer” ($\bar{x}=1,46$), a “apreensão” ($\bar{x}=1,48$) e a “higiene” ($\bar{x}=1,49$).

Os dados sobre a funcionalidade total mostram que esta varia entre um Min de 1 e um Max de 3 com uma média de 1,48, um Dp de 3,64 e um coeficiente de variação de 43,24, o que revela uma grande dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das atividades, é simétrica apenas para o vestir-se, levantar-se, caminhar e atividades, e assimétrica para as restantes. Os valores do K mostram uma distribuição platicúrtica.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas das dimensões e funcionalidade total dos participantes

Subescalas	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Vestir-se	1	3	1,65	0,64	1,72	-1,19	38,78
Levantar-se	1	3	1,54	0,52	0,33	-2,51	33,76
Comer	1	3	1,46	0,62	3,58	-0,03	42,46
Caminhar	1	3	1,58	0,59	1,61	-1,18	37,34
Higiene	1	3	1,49	0,66	3,66	-0,20	44,29
Alcançar	1	3	2,01	0,70	-6,85	-1,74	34,82
Apreensão	1	3	1,48	0,62	3,38	-0,21	41,89
Atividades	1	3	1,70	0,71	1,79	-1,62	41,76
Funcionalidade Total	1	3	1,48	0,64	3,64	-0,09	43,24

De acordo com os níveis classificativos da escala, propostos pelos autores da mesma, podemos verificar que 60,0% dos participantes apresenta dificuldades leves no desempenho das atividades de vida diárias, 32,0% apresenta dificuldades moderadas a graves e 8,0% incapacidade grave.

Tabela 10 – Níveis classificativos da funcionalidade dos participantes

NÍVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FUNCIONALIDADE								
Dificuldade Leve	11	14,7	34	45,3	45	60,0		
Dificuldade Moderada	2	2,7	22	29,3	24	32,0		
Incapacidade grave	2	2,7	4	5,3	6	8,0		

Utensílios usados

A tabela 11 mostra um conjunto de utensílios que podem ser utilizados pelos doentes com AR. As percentagens expressas revelam que os utensílios mais usados pelos nossos participantes são os “auxiliares para se vestir” para 12,0%, seguindo-se as “muletas” para 8,0%, as “adaptações na casa” e as “adaptações com pegas longas para a higiene pessoal” com igual valor percentual (5,3%).

Tabela 11 – Dados sobre os utensílios usados habitualmente

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Bengala	-	-	3	4,0	3	4,0
Andarilho	-	-	-	-	-	-
Muletas	2	2,7	4	5,3	6	8,0
Cadeira rodas	-	-	3	4,0	3	4,0
Auxiliares/vestir	3	4,0	6	8,0	9	12,0
Adaptações na casa	2	2,7	2	2,7	4	5,3
Cadeiras especiais	-	-	1	1,3	1	1,3
Sanitas mais alta	-	-	3	4,9	3	4,0
Banco para tomar banho	-	-	3	4,0	3	4,0
Abre boiões	-	-	3	4,0	3	4,0
Pegas na Banheira	1	1,3	2	2,7	3	4,0
Pinças de preensão	-	-	-	-	-	-
Adaptação com pegas longas/higiene pessoal	2	2,7	2	2,7	4	5,3

Atividades com ajuda

Os dados da tabela abaixo revelam que os participantes necessitam de ajuda para o desempenho de algumas atividades. Deste modo, constatamos que 34,7% dos doentes necessitam de ajuda na “lida doméstica” e no “alcançar”, seguindo-se o “agarrar e abrir objetos” para 28,0% e a “higiene pessoal”, em terceiro lugar, para 16,0%. Há ainda outro tipo de ajudas registadas mas com valores menos significativos.

Tabela 12 – Atividades em que habitualmente precisa de ajuda de outra pessoa

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Vestir	4	5,3	6	8,0	10	13,3
Levantar	1	1,4	4	5,4	5	6,8
Comer	-	-	4	5,3	4	5,3
Caminhar	1	1,3	4	5,3	5	6,7
Higiene pessoal	4	5,3	8	10,7	12	16,0
Agarrar e Abrir	3	4,0	18	24,0	21	28,0
Alcançar	7	9,3	19	25,3	26	34,7
Lida Doméstica	4	5,3	22	29,3	26	34,7

Avaliação da dor

A tabela 13 permite constatar o modo como os participantes do nosso estudo quantificam a dor que sentem no dia-a-dia. Esta escala oscila entre um (sem dor) até 10 (dor máxima) e deste modo podemos constatar que a **dor** da amostra total oscila entre o valor mínimo de um e um máximo de 10, correspondendo-lhe uma média de 5,31 um desvio padrão de 2,11 e um coeficiente de variação de 39,73%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas em função do **género**, verificamos que a média da dor para o sexo feminino ($\bar{x}=5,50$) é superior à do sexo masculino ($\bar{x}=4,53$), apresentando homens e mulheres uma dispersão elevada em torno da média.

Tabela 13 – Dados sobre a avaliação da dor dos participantes

<i>Dor</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
Masculino	15	1	10	4,53	2,64	0,55	-0,15	58,27
Feminino	60	1	10	5,50	1,93	.0,35	0,16	35,09
Total	75	1	10	5,31	2,11	-0,41	-0,07	39,73

Com base na quantificação e classificação da dor proposta pela Direção Geral da Saúde, observamos que 38,7% dos participantes apresenta dor intensa, seguindo-se 36,0% com dor moderada, 12,0% com dor ligeira e apenas, com igual valor percentual (6,7%), temos os que têm dor máxima ou não têm dor.

Tabela 14 – Níveis classificativos da dor dos participantes

DOR	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem dor	3	4,0	2	2,7	5	6,7		
Dor ligeira	2	2,7	7	9,3	9	12,0		
Dor Moderada	6	8,0	21	28,0	27	36,0		
Dor Intensa	3	4,0	26	34,7	29	38,7		
Dor máxima	1	1,3	4	5,3	5	6,7		

3.5 Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis (sendo no caso uma distribuição não normal), pois corroboramos com Pestana e Gageiro (2005) quando afirmam que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil, habilitações literárias, situação laboral, rendimentos e tempo de diagnóstico.

H1 – Existe associação entre o género e a funcionalidade dos doentes com Artrite Reumatóide.

Para se perceber a influência do género na funcionalidade das atividades de vida diária das pessoas com AR, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 15, verificamos que **não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis em estudo nem no total, nem nas subescalas.**

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que **são os elementos do sexo feminino** aqueles que apresentam valores mais elevados ($M = 38,95$), o que significa que são também os **que têm uma funcionalidade mais comprometida no dia-a-dia.**

Somos assim levados a **rejeitar** a hipótese formulada afirmando que **o sexo não se correlaciona com a funcionalidade das pessoas** da nossa amostra.

Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney entre o género e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ GRUPOS	MASCULINO	FEMININO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	37,07	38,23	436,000	0,837
Levantar-se	32,80	39,30	372,000	0,235
Comer	35,67	38,58	415,000	0,592
Caminhar	32,20	39,45	363,000	0,194
Higiene	33,07	39,23	376,000	0,259
Alcançar	34,77	38,56	416,500	0,628
Apreensão	34,17	38,96	392,500	0,381
Actividades	34,00	39,00	390,00	0,386
Funcionalidade Total	34,20	38,95	393,000	0,384

H2 – A funcionalidade dos doentes com Artrite Reumatóide varia com a idade

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os **66 e os 85 anos** os que apresentam médias mais elevadas, logo, **pior funcionalidade**. Verificamos que **existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na funcionalidade total e em todas as dimensões excepto vestir-se ($p = 0,077$), levantar-se ($p = 0,630$) e alcançar ($p = 0,077$).**

Face aos resultados somos levados a **aceitar parcialmente** a hipótese formulada, afirmando que **a idade dos participantes está associada à sua funcionalidade**, apresentando **melhor desempenho os indivíduos mais novos**.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ GRUPOS	22-50	51-65	66-85	X ²	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	31,69	39,19	45,06	5,116	0,077
Levantar-se	36,50	37,10	41,72	0,925	0,630
Comer	32,42	36,39	48,83	8,462	0,015
Caminhar	31,65	36,97	48,94	8,649	0,013
Higiene	28,81	39,94	47,94	11,421	0,003
Alcançar	31,10	40,35	43,92	5,116	0,077
Apreensão	27,88	42,69	44,53	11,442	0,003
Actividades	30,12	37,61	50,06	10,604	0,005
Funcionalidade Total	28,88	39,55	48,50	11,830	0,003

H3 – O estado civil interfere na funcionalidade dos doentes com Artrite Reumatóide

Para analisar a influência do estado civil na funcionalidade, começamos por recodificar a variável em dois grupos, os que vivem acompanhados (casados e em união de facto) e os não acompanhados (viúvos, solteiros e divorciados).

Seguidamente efetuámos um Teste U de Mann-Whitney que mostra (c.f.tabela 17) **não existem diferenças estatisticamente significativas**, apesar dos valores ordenados das médias indiciarem serem os indivíduos acompanhados aqueles que possuem melhor funcionalidade, quando comparados com os não acompanhados.

Somos assim levados a **rejeitar** a hipótese enunciada, dizendo que **o estado civil não interfere na funcionalidade dos doentes com AR**.

Tabela17- Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ GRUPOS	Acompanhado	Não Acompanhado	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	37,42	39,30	568,00	0,702
Levantar-se	35,08	44,61	446,000	0,055
Comer	35,40	43,87	463,000	0,073
Caminhar	35,07	44,63	445,500	0,058
Higiene	35,71	43,17	479,000	0,115
Alcançar	37,07	40,11	549,500	0,543
Apreensão	35,88	42,87	488,000	0,146
Actividades	35,85	42,87	486,000	0,161
Funcionalidade Total	35,23	44,26	454,000	0,056

H4 – Existe associação entre a situação laboral e a funcionalidade dos doentes com Artrite Reumatóide

Para testar esta hipótese recorreremos mais uma vez ao *Teste Kruskal-Wallis* (c.f. tabela 18) que nos indica (pelos valores ordenados da média) que **são os participantes que se encontram a trabalhar os que apresentam melhor funcionalidade** no desempenho das atividades. **Encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)** na funcionalidade total e em todas as subescalas com exceção do levantar-se ($p = 0,079$).

Face aos resultados somos levados a **aceitar** a hipótese formulada afirmando que **a situação profissional dos participantes está associada à funcionalidade dos mesmos.**

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre situação laboral e funcionalidade dos participantes

GRUPOS DIMENSÕES	EMPREGADO	DESEMPREGADO	REFORMADO	X ²	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	28,72	37,93	46,44	12,368	0,002
Levantar-se	32,03	44,43	40,59	5,072	0,079
Comer	26,62	46,57	44,56	17,371	0,000
Caminhar	27,79	35,75	48,23	17,221	0,000
Higiene	27,69	40,00	46,47	15,162	0,001
Alcançar	29,81	37,64	45,58	9,485	0,009
Apreensão	28,53	35,00	47,89	16,729	0,000
Actividades	25,83	39,07	48,56	19,729	0,000
Funcionalidade Total	26,57	41,32	46,91	18,175	0,000

H5 – Existe associação entre escolaridade e a funcionalidade dos doentes com AR

A análise da associação entre escolaridade e a funcionalidade dos inquiridos foi efetuada através do *Teste Kruskal-Wallis*. Ao observar a tabela 19, **verificamos que só encontramos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas vestir-se (p=0,009), higiene (p=0,009) e funcionalidade global (p=0,006), sendo os participantes com maiores habilitações os mais funcionais.**

Face aos resultados somos levados a **aceitar parcialmente** a hipótese formulada para as **dimensões referidas e rejeitá-la para as restantes.**

Tabela 19- Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e funcionalidade dos participantes

GRUPOS DIMENSÕES	1º CICLO	2º / 3º CICLO	SEC/SUP	X ²	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	45,26	34,27	30,08	9,381	0,009
Levantar-se	38,66	40,20	35,76	0,592	0,744
Comer	42,71	37,00	32,00	4,772	0,092
Caminhar	42,03	34,57	34,42	2,847	0,241
Higiene	45,11	33,07	31,00	9,380	0,009
Alcançar	42,47	35,73	33,10	3,451	0,178
Apreensão	40,39	36,50	35,56	1,063	0,588
Actividades	42,54	35,47	33,16	3,514	0,173
Funcionalidade Total	45,41	33,20	30,50	10,036	0,006

H6 – A funcionalidade dos doentes com AR depende dos rendimentos mensais

Para entendermos a influência da variável “rendimento mensal”, na funcionalidade dos doentes, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. Esta variável foi recodificada em duas dimensões (<500€; e ≥500€). Os valores ordenados das médias mostram que são os indivíduos que auferem **rendimentos superiores a 500€ os que possuem maior funcionalidade com diferenças estatisticamente significativas nas subescalas vestir-se (p=0,004), comer (p=0,001), caminhar (p=0,005), higiene (p=0,007), alcançar (p=0,008), atividades (p=0,009) e funcionalidade global (p=0,001).**

Face aos resultados somos levados a **aceitar parcialmente** a hipótese formulada para as **dimensões referidas e rejeitá-la para as restantes.**

Tabela 20- Teste U de Mann-Whitney entre rendimento mensal e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ GRUPOS	<500	>500	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	42,26	29,02	406,500	0,004
Levantar-se	39,22	33,64	540,500	0,207
Comer	43,02	27,86	373,000	0,001
Caminhar	42,01	29,40	417,500	0,005
Higiene	41,73	29,83	430,000	0,007
Alcançar	41,91	29,55	422,000	0,008
Apreensão	39,59	33,07	524,000	0,139
Actividades	41,83	29,67	425,500	0,009
Funcionalidade Total	42,75	28,28	385,000	0,001

H7 – Existe associação entre tempo de diagnóstico (anos de evolução da doença) e a funcionalidade dos doentes com AR

Para testar esta hipótese recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 21) que nos indica (pelos valores da média) que são os **participantes que souberam do diagnóstico há menos de dez anos** os que apresentam médias mais baixas (M= 20,93), ou seja, **maior funcionalidade**. Contudo, só **existem diferenças estatisticamente significativas nas atividades vestir-se (p=0,010), comer (p=0,029), caminhar (p=0,007), higiene (p=0,002), atividades (p=0,019) e funcionalidade global (p=0,013)**.

Deste modo somos levados a **aceitar** a hipótese formulada (**para as dimensões referidas**) afirmando que **os participantes, com menor tempo de diagnóstico, são mais funcionais havendo relação entre estas duas variáveis**.

Tabela 21- Teste U de Mann-Whitney entre tempo de diagnóstico e funcionalidade dos Participantes

DIMENSÕES \ GRUPOS	<10 anos	>10 anos	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	33,11	44,94	467,000	0,010
Levantar-se	34,43	43,06	525,000	0,052
Comer	34,02	43,65	507,000	0,029
Caminhar	32,98	45,13	461,000	0,007
Higiene	32,18	46,26	426,000	0,002
Alcançar	34,42	43,08	524,500	0,064
Apreensão	34,78	42,56	540,500	0,080
Actividades	33,45	44,45	482,000	0,019
Funcionalidade Total	33,43	44,48	481,000	0,013

H8 – Existe associação entre acompanhamento da reumatologia e a funcionalidade dos doentes com AR

Existem vários autores que defendem o acompanhamento da reumatologia como um critério para a melhoria da funcionalidade das pessoas com AR. Com base neste pressuposto quisemos verificar se neste estudo se confirmava.

Para o efeito, utilizou-se mais uma vez o Teste *U de Mann-Whitney* (c.f. tabela 22), no entanto, as diferenças estatísticas significativas só se verificam na dimensão vestir-se ($p = 0,010$), uma vez que nas restantes alternativas os valores de p são superiores a 0,05.

Deste modo, **rejeitamos** a hipótese formulada afirmando que o **ser acompanhado na reumatologia não interfere na funcionalidade** destes participantes.

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre acompanhamento da reumatologia e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ RESPOSTAS	Sim	Não	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	37,93	36,35	467,000	0,010
Levantar-se	47,43	35,32	151,000	0,095
Comer	38,43	36,29	214,000	0,767
Caminhar	39,21	36,21	208,500	0,684
Higiene	35,43	36,62	220,000	0,870
Alcançar	39,57	36,17	206,000	0,665
Apreensão	40,50	36,07	199,500	0,539
Actividades	42,50	35,85	185,500	0,385
Funcionalidade Total	33,50	36,82	206,500	0,646

H9 – Existe associação entre estado de ânimo e a funcionalidade dos pacientes com AR

Para testar a hipótese 9 utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*.

A tabela 23 mostra que só **há diferenças estatisticamente significativas na dimensão levantar-se ($p = 0,004$)** sendo os **participantes não deprimidos os mais funcionais**. Para as restantes dimensões e funcionalidade global as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ($p > 0,05$), razão pela qual **rejeitamos** a hipótese formulada.

Tabela 23- Teste de Kruskal-Wallis entre ânimo e funcionalidade dos participantes

GRUPOS DIMENSÕES	DEPRIMIDO	LIGEIR. DEPRIM	NADA DEPRIM.	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	35,13	38,87	38,43	0,406	0,816
Levantar-se	52,53	35,08	33,05	11,157	0,004
Comer	37,00	38,90	37,05	0,185	0,912
Caminhar	41,67	39,05	33,43	1,827	0,401
Higiene	35,33	38,49	39,00	0,382	0,826
Alcançar	45,13	36,90	34,95	2,521	0,284
Apreensão	38,57	38,55	36,57	0,166	0,920
Actividades	39,67	39,38	34,24	1,035	0,596
Funcionalidade Total	39,10	39,96	33,57	1,626	0,443

H10 – Existe associação entre qualidade do sono e a funcionalidade dos doentes com AR

Para testar esta hipótese recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney (c.f. tabela 24) que nos indica (pelos valores da média) que são os **participantes que têm um sono com qualidade os que apresentam maior funcionalidade**. Contudo, só **existem diferenças estatisticamente significativas nas atividades levantar-se ($p=0,030$) e caminhar ($p=0,034$)**.

Deste modo somos levados a **aceitar** a hipótese formulada (**para as dimensões referidas**) e a **rejeitá-la para as restantes**.

Tabela 24- Teste U de Mann-Whitney entre qualidade do sono e a funcionalidade dos participantes

QUALIDADE DO SONO DIMENSÕES	Boa	Má	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	25,50	38,70	92,000	0,191
Levantar-se	18,00	39,13	62,000	0,030
Comer	23,00	38,85	82,000	0,102
Caminhar	18,00	39,13	62,000	0,034
Higiene	23,00	38,85	82,000	0,103
Alcançar	23,50	38,82	84,0000	0,136
Apreensão	31,25	38,38	115,000	0,464
Actividades	25,00	38,73	90,000	0,181
Funcionalidade Total	23,00	38,85	82,000	0,103

H11 – Existe associação entre tipo de dor e a funcionalidade dos doentes com AR

Para testar esta hipótese recorreremos ao Teste *Kruskal-Wallis* (c.f. tabela 25) que nos indica (pelos valores da média) que são os **participantes sem dor** os que apresentam médias mais baixas, ou seja, **maior funcionalidade**. No entanto, só **existem diferenças estatísticas significativas nas atividades vestir-se ($p=0,027$), levantar-se ($p=0,001$), caminhar ($p=0,004$), higiene ($p=0,016$), alcançar ($p=0,001$), atividades ($p=0,005$) e funcionalidade global ($p=0,007$).**

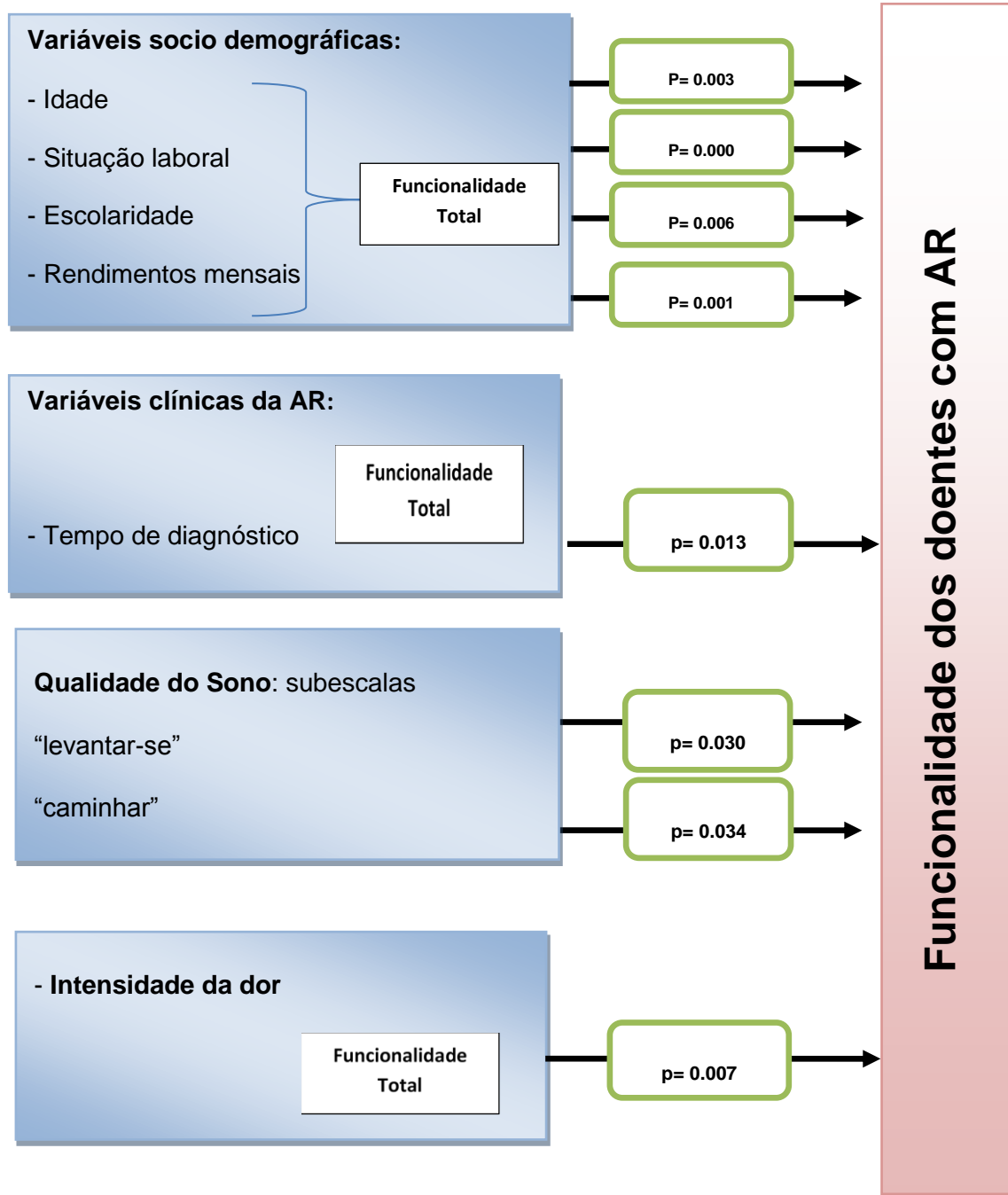
Assim somos levados a **aceitar** a hipótese formulada (para as dimensões referidas) afirmando que os **participantes sem dor são os mais funcionais, havendo relação entre estas duas variáveis**.

Tabela 25- Teste de Kruskal-Wallis entre tipo de dor e funcionalidade dos participantes

DIMENSÕES \ DOR	SEM DOR	LIGEIRA/MODER.	INTENSA/GRAVE	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Vestir-se	23,80	34,22	44,09	7,290	0,027
Levantar-se	18,00	33,42	45,79	13,394	0,001
Comer	30,00	36,06	41,24	2,289	0,318
Caminhar	18,00	34,33	44,82	10,869	0,004
Higiene	23,00	34,22	44,21	8,227	0,016
Alcançar	9,50	35,28	45,07	15,111	0,001
Apreensão	22,50	37,94	40,34	3,862	0,145
Actividades	17,00	34,44	44,85	10,654	0,005
Funcionalidade Total	23,00	33,42	45,06	10,025	0,007

Em síntese: Das variáveis sócio demográficas, a idade, a situação laboral, a escolaridade e os rendimentos mensais influenciam a funcionalidade das pessoas com AR. Das variáveis clínicas, apenas o tempo de diagnóstico da doença influi sobre a funcionalidade. A qualidade do sono (subescalas “levantar-se” e “caminhar”) e a intensidade da dor também se relacionam com a funcionalidade dos participantes. (c.f. fig.2)

Figura 2 – Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou se relacionam com a Funcionalidade das pessoas com AR



4. Discussão dos resultados

Precedentemente apresentámos e analisámos a informação fornecida pelos participantes no estudo e cabe-nos agora proceder à discussão destes resultados. Pretendemos neste capítulo, sempre que possível, confrontar os resultados obtidos com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, com os objetivos e as questões enunciadas e ainda com resultados de outros estudos já publicados sobre a problemática em discussão, no contexto nacional e internacional, salientando as implicações teórico-práticas que se revelaram mais pertinentes.

Pretendemos ainda com este estudo demonstrar, que a pessoa com AR poderá beneficiar da intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação, mas para isso torna-se fundamental perceber e analisar o impacto que as variáveis sócio demográficas, as características clínicas da doença, a qualidade do sono e a dor possam ter sobre a capacidade funcional dos indivíduos ao longo do percurso evolutivo.

Nesta perspetiva consideramos que a discussão das diferentes variáveis merece uma reflexão cuidadosa na procura emergente de novos conhecimentos.

Assim, relativamente ao género e à idade destacamos a distribuição desigual na nossa amostra em que 80% dos doentes pertencem ao género feminino, com uma média de idades de 54,75 anos enquanto apenas 20% pertencem ao género masculino com uma média de idades de 62,07 anos.

A idade, na nossa amostra, oscilou entre 22 e 85 anos, o que vai ao encontro do descrito por vários autores ao referirem que a AR pode ocorrer em todas as idades. O grupo etário predominante foi o que corresponde ao intervalo dos 51 aos 65 anos com 41,3% dos indivíduos.

Resultados semelhantes têm sido divulgados recentemente, de que é exemplo o Brasil, onde, uma pesquisa conduzida por Oliveira et al. (2015, p.64), avaliou as alterações na capacidade funcional em doentes com AR num período de 3 anos, verificando-se o predomínio do género feminino com 29 mulheres para 3 homens, e uma média de idades de 53,8 anos.

Também no Uruguai, Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), analisaram o impacto da AR sobre a capacidade funcional para o trabalho e a qualidade de vida relacionada com a saúde. No estudo desenvolvido também se verificou a predominância do género feminino com 88,7%, e uma média de idade de 51,9 anos.

Embora, no nosso estudo, a influência do género na funcionalidade não se ter revelado significativa, pela ordenação das médias, verificámos que são as mulheres que têm uma funcionalidade mais comprometida no dia-a-dia.

Já a idade apresentou uma relação estatisticamente significativa com a funcionalidade uma vez que os participantes com mais idade (66-85) são os que apresentam pior funcionalidade. Tal como foi descrito anteriormente não é apenas a doença, mas também o próprio envelhecimento, que conduz ao aparecimento de incapacidades com o avançar da idade.

Quanto ao estado civil destacam-se os indivíduos casados ou em união de fato (69,33%). Os níveis de escolaridade são predominantemente baixos, pois 42,7% dos indivíduos possuem apenas o 1º ciclo (4ª classe), seguido pelo grupo que possui ensino superior com 17,3% dos doentes. Também Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43) observaram que a maioria da amostra apresentava baixa escolaridade (24,5%). Os resultados do nosso estudo demonstram que os participantes com maiores habilitações são os mais funcionais em que se destaca associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a funcionalidade nas subescalas levantar, higiene e funcionalidade global.

Ao analisar a situação laboral e económica salienta-se o facto de 42,7% dos indivíduos se encontrarem já reformados existindo também um número significativo de indivíduos desempregados (18,7%) o que é compreensível à luz da situação político-social e ainda porque o decurso da doença e a perda funcional podem contribuir para a perda do emprego. Também Corbacho e Dapuetto (2010, p.30-43) verificam, na amostra estudada, que esta pertence maioritariamente à classe social economicamente baixa. O mesmo se verifica na nossa amostra em que 60,3% assume dispôr de um rendimento mensal inferior a 500€. Os resultados obtidos permitiram aferir que a situação laboral e o rendimento mensal influenciam de forma estatisticamente significativa a funcionalidade da pessoa com AR apresentando melhor nível de funcionalidade os que trabalham e os que auferem rendimentos superiores a 500€.

Ao caracterizar a situação clínica dos doentes com AR, verificamos que o diagnóstico da doença foi realizado por reumatologista em 40,0% dos casos, e em 37,3% pelo médico de família. Na análise desta variável, e contrariamente ao que refere Sokka cit. in Oliveira et al. (2015, p.66), não encontramos associação estatisticamente significativa entre o ser

seguido em consulta de reumatologia e a funcionalidade dos doentes. Assim, consideramos que o funcionamento da consulta de reumatologia poderá ser otimizado no sentido de desenvolver um atendimento diferenciado dos doentes com AR e que se possa traduzir também em melhoria da sua funcionalidade.

Quanto ao tempo de evolução da doença, observa-se que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentam maior funcionalidade. Isso pode justificar-se devido à grande evolução no tratamento farmacológico que ocorreu na última década, com o aparecimento de novos fármacos e a inclusão de drogas modificadoras da doença, entre as quais a medicação biológica. Oliveira et al. (2015, p.64) estudou doentes com uma média de 12,2 anos de duração da doença, não tendo verificado perda de funcionalidade associada a esta variável.

Por outro lado corroboramos a opinião de Jovanovic et al, (2015, p.24) ao demonstrar que, ter mais idade e maior tempo de doença, contribui significativamente para a perda da funcionalidade nos doentes com AR. Sabendo que esta é uma doença incapacitante, o tempo de evolução da mesma implica perda de funcionalidade justificando deste modo a observação de que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentem melhor funcionalidade.

Relativamente à medicação constatámos que, tal como no estudo de Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), a maioria dos nossos participantes utilizam no tratamento da doença os corticosteróides (76,0%), seguindo-se os AINES (64,0%) e as drogas modificadoras da doença (57,3%).

Apesar de não termos encontrado associação entre o estado de ânimo e a funcionalidade, pois só se verificam diferenças estatisticamente significativas na subescala “levantar-se” ($p=0,004$), observámos que 52,0% dos participantes se encontra ligeiramente deprimido e apenas 28,0% refere não se sentir deprimido, constatando que são os participantes não deprimidos os mais funcionais. Este facto leva-nos a corroborar da opinião de Luyster et al, (2011, p.53) uma vez que a incapacidade funcional resultante da AR pode ter impacto não apenas na realização das atividades de vida diárias, mas também na vida social e recreativa e consequentemente afetar o estado de ânimo destes doentes.

Referindo-nos à qualidade do sono, observámos que apenas quatro participantes no estudo, a que correspondem 5,3% da totalidade da amostra, apresentam uma boa qualidade de sono. A má qualidade de sono configura-se em 94,7% dos inquiridos e distribui-se de forma heterogénea por género (20,0% masculino e 74,7% feminino). Dados que são corroborados por Nicassio et al. (2014, p.1), cujo estudo apresentou apenas cinco pessoas sem qualquer distúrbio do sono.

Sariyildiz et al. (2014) conduziram um estudo caso-controle, onde participaram 94 doentes com diagnóstico de AR e 52 doentes como grupo controle, com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e suas variáveis nos doentes com AR. A maioria dos doentes era do gênero feminino (81,5%) com uma média de idade de 46,20 anos. Os distúrbios do sono foram observados em 64,1% dos doentes com AR e, entre estes doentes, 43,3% tinham sintomas de depressão. A média de duração da doença foi de 4,66 anos.

Neste estudo, verificou-se que os valores da PSQI indicaram má qualidade do sono nos doentes com AR em comparação com o grupo controle, considerando-se a atividade da doença e a depressão potenciadoras de má qualidade do sono.

Também Taylor-Gjevre et al. (2011, p.152) avaliaram os componentes da qualidade do sono e as causas auto-identificadas que contribuem para a sua fragmentação, através de um estudo observacional onde participaram 223 doentes, 145 com AR e 78 com osteoartrose (OA). A alteração mais comum relatada por ambos os grupos foi a fragmentação do sono. A causa mais frequente de distúrbios do sono era "levantar-se para ir à casa-de-banho" identificada por 51% dos doentes com AR e por 49% dos doentes com OA e a segunda mais comum, era a "dor", identificada como causa para o despertar por 33% dos doentes com AR e por 45% dos doentes com OA. O PSQI global superior a 5 indicou uma má qualidade do sono em 62,1% dos participantes com AR. Alguns doentes referiram ter perturbações do sono pré-existent (9,0%) enquanto 91,0% manifestou não conhecer ter perturbações do sono prévias.

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

Relativamente à capacidade funcional dos participantes, constatámos que as perturbações funcionais mais elevadas nos doentes com AR se encontram nas subescalas "alcançar" ($\bar{x}=2,01$), seguindo-se as "atividades" ($\bar{x}=1,70$), o "vestir-se" ($\bar{x}=1,65$) e o "caminhar" ($\bar{x}=1,58$). A subescala "apreensão" obteve um dos valores mais baixos ($\bar{x}=1,48$), o que nos surpreende uma vez que são as articulações das mãos, por norma, as primeiras a serem afetadas.

Aferimos que 60,0% dos participantes apresentam dificuldades leves no desempenho das suas atividades de vida diárias, enquanto 32,0% apresentam dificuldades moderadas a graves e apenas 8,0% surgem com incapacidade grave a muito grave.

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

Em relação aos utensílios mais utilizados, constatámos que os mais referidos pelos participantes foram os “auxiliares para se vestir” (12,0%), as “muletas” (8,0%) e com igual valor percentual, as “adaptações na casa” e as “adaptações com pegas longas para a higiene pessoal” (5,3%). Averiguámos também que 34,7% dos doentes necessitam de ajuda na “lida doméstica” e no “alcançar”, seguindo-se o “agarrar e abrir objetos” com 28,0%, e a “higiene pessoal” em terceiro lugar com 16,0%.

É importante referir que durante o preenchimento dos questionários, muitos dos participantes manifestaram desconhecer a existência de dispositivos de compensação. O que nos remete para a importância das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nesta área, pois capacita a pessoa com deficiência e limitação da atividade, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa. Para isso ensina técnicas específicas e realiza treinos de AVD's, nomeadamente sobre a utilização de produtos de apoio.

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

Observámos que 38,7% dos participantes apresenta dor intensa, seguindo-se 36,0% com dor moderada e 12,0% com dor ligeira. Embora o nosso estudo revele que a maioria dos participantes apresenta dor intensa, Luyster et al. (2011), observaram que em média 46,23 dos participantes referem ter dor intensa/grave. Já Corbacho e Dapuetto (2010, p. 33) verificaram que a dor intensa era referida por 60,0% dos doentes no seu estudo.

Considerando que um dos principais objectivos, no tratamento dos doentes com AR, é o alívio da dor, os dados obtidos levam-nos a pensar na necessidade de se alargar o

leque das medidas analgésicas a utilizar e a possibilidade do recurso a medidas não farmacológicas para o alívio da dor, também estas inseridas no âmbito das competências da enfermagem de reabilitação.

Aferimos ainda que são os participantes sem dor aqueles que apresentam maior funcionalidade, sendo as diferenças estatisticamente bastante significativas. A dor contínua da AR é fisicamente limitante e desmoralizante, conduzindo a desordens afetivas com conseqüente isolamento a nível social e pessoal, originando mudanças nos papéis ocupacionais e sociais de cada um. Sabemos que nas pessoas com patologia de dor crónica, como é o caso das pessoas com AR, os níveis de angústia e invalidez são acompanhados por incapacidade funcional e tendência ao isolamento e depressão.

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

Na revisão da literatura realizada por Vliet Vlieland e Pattison (2009, p.103) enumeram-se para além do reumatologista, enfermeiros especialistas, dietistas, assistentes sociais, podologistas, terapêutas ocupacionais e especialistas em reabilitação, entre outros, como elementos a incluir na equipa multidisciplinar que cuida dos doentes com AR. Estes autores salientam as recomendações da EULAR quanto à elaboração de programas de educação destinados aos doentes com AR que lhes permita aprenderem a lidar com a dor, a deficiência e a manutenção das capacidades para o trabalho como intervenções adjuntas, além da prática de intervenções não farmacológicas, como a realização de exercícios dinâmicos e hidroterapia.

Algumas revisões sistemáticas concluíram que o exercício dinâmico é eficaz no que diz respeito à melhoria da capacidade aeróbica e força muscular, sem efeitos prejudiciais sobre a atividade da doença, dor ou lesão articular radiológica (Vliet Vlieland & Pattison 2009, p.107).

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

Sendo a reabilitação uma valência multidisciplinar, visa ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as respetivas sequelas a maximizar o seu potencial

funcional e independência. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010, p.1),

concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

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

Perante a análise das diversas variáveis que se demonstrou influenciarem a funcionalidade dos doentes com AR somos da opinião, que a presença do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na consulta de reumatologia seria um marco de diferenciação, pois, no âmbito das suas competências, poderia implementar intervenções específicas com vista a manter e/ou melhorar a capacidade funcional destes doentes.

5. Conclusões

Os estudos desenvolvidos no âmbito da Artrite Reumatóide reforçam o paradigma de que se trata de uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida e cuja evolução leva ao aparecimento de deformidade articular, dor e perda da funcionalidade. Estima-se que em Portugal existam cerca de 40.000 doentes diagnosticados com AR, apresentando estas limitações variáveis nas atividades de vida diárias, tão simples como abrir uma porta, agarrar uma caneta ou calçar uns sapatos.

No decurso desta investigação, procurámos alargar os conhecimentos subjacentes a esta temática, quer no campo da bibliografia consultada, quer no contacto direto desenvolvido no terreno, no momento da concretização do estudo. Estamos convictos que compreendemos e avaliamos de forma mais objetiva a funcionalidade das pessoas portadoras de AR, conduzindo-nos este saber a uma melhor prestação de cuidados.

Constatamos que 60,0% dos inquiridos apresenta dificuldades/incapacidades leves no desempenho das atividades de vida diária, 32,0% apresenta já dificuldades moderadas e 8,0% incapacidade grave. Relembramos que o valor médio da funcionalidade global avaliado por meio do HAQ foi de 1,48, o que revela a existência de uma incapacidade moderada na nossa amostra.

Para além das conclusões decorrentes da leitura e análise da bibliografia consultada, devemos dar, neste momento, ênfase especial às conclusões a que a investigação nos levou. Deste modo, os parágrafos seguintes procuram sintetizar os resultados decorrentes da investigação no terreno.

A reflexão de índole prática leva-nos a concluir que a população estudada é maioritariamente do sexo feminino (80%), com uma média de idades de 54,75 anos, e doentes do sexo masculino (20%), com uma média de idades de 62,07 anos, sendo a idade média global de 56,21 anos. Do total da nossa amostra, 69,33% são casados ou vivem em união de fato, 42,7% encontram-se já reformados e 38,7% empregados. Em relação à escolaridade, verificamos que existe uma prevalência do 1º ciclo de estudos (4ª classe) com 42,7% seguido do ensino superior (17,3%). No que respeita à variável rendimento, 60,3% assume dispôr de menos de 500€ mensais enquanto 23,3% dos inquiridos refere auferir entre 500-1000€.

Realçamos o fato de um grande número de variáveis sócio demográficas, (à exceção do género e do estado civil), exercerem influência na capacidade funcional das pessoas com AR. Similarmente, o tempo de diagnóstico da doença também se correlaciona com a funcionalidade, sendo os participantes com um menor tempo de diagnóstico os mais funcionais.

Importa reçar a pouca valorização dada à frequência de medidas alternativas de tratamento, pois 90,5% dos inquiridos não frequentam programas de Reabilitação.

De forma generalizada, observámos que as maiores alterações do padrão do sono se encontram aos níveis da dimensão “perturbações do sono” com uma média de 1,95. As perturbações ao nível da latência também estão presentes, uma vez que 76,0% dos participantes referiram demorar entre 0-30 minutos a adormecer, dormindo em média 6 a 7 horas (53.3%) diárias. A má qualidade de sono configurou-se em 94.7% dos inquiridos no nosso estudo.

O impacto causado pela dor e a sua intensidade na funcionalidade dos nossos participantes, é uma realidade que não podemos escamotear. Constatámos que são os participantes sem dor os que apresentam maior funcionalidade, no entanto, a “dor intensa” é a tipologia que prevalece em maior percentagem (38,7%) seguindo-se a “dor moderada” num grupo significativo (36,0%) de pessoas.

Não podemos deixar de salientar que as limitações do presente estudo devem ser tidas em conta, pelo que a interpretação dos resultados deve ser prudente. A primeira limitação a considerar prende-se com o tamanho da amostra, que se pretende válida e representativa da população. A colheita de dados foi realizada nas consultas externas, porém verificámos que as pessoas frequentavam consultas distintas e que a população de doentes com AR se encontra dispersa pelos vários setores.

A diversidade de consultas acima referida veio criar algumas limitações também na aplicação do instrumento de colheita de dados obrigando a deslocações constantes, do investigador, entre os diferentes locais de consulta. Por outro lado, os doentes demonstraram, por vezes, pouca disponibilidade para acederem ao preenchimento dos questionários devido à falta de tempo e à sobreposição de consultas consecutivas.

Confirmámos estar perante uma problemática atual e pertinente, com impacto real tanto ao nível da qualidade de vida dos doentes como do próprio sistema de saúde, e por isso merece uma atenção particular por parte da comunidade científica. Se é verdade que este tema tem sido amplamente estudado em diferentes países do mundo, não é menos verdade que o número de estudos realizados em Portugal é ainda reduzido, incidindo

sobretudo na análise da qualidade do sono, relegando para um segundo plano a avaliação da funcionalidade no desempenho das atividades de vida diária.

Constatámos que a perda de funcionalidade está associada a múltiplos fatores, contudo reconhecemos o fato de nesta investigação não terem sido consideradas as comorbidades, muitas vezes associadas à AR, o que pode constituir uma limitação ao estudo.

Por último, a opção por um estudo transversal apresenta uma clara limitação na medida em que, apenas nos permitiu constatar a funcionalidade dos doentes com AR num dado momento atual e nas dimensões propostas, impossibilitando-nos de aferir a evolução dos sintomas de AR nos doentes, nem avaliar em que medida a evolução da funcionalidade acompanha a evolução dos sintomas de AR, tornando-se deste modo difícil estabelecer uma relação de causalidade.

Apesar dos constrangimentos referidos, assumimos que a realização desta investigação constitui uma oportunidade de grande aprendizagem. Sabíamos à partida que se tratava de um tema não fácil de abordar, pois o fato de ser ainda pouco explorado em Portugal torna difícil tanto a pesquisa como a comparação de resultados.

Deste modo, e tendo em conta que este estudo fornece informação para investigações futuras, propomos o desenvolvimento de pesquisas utilizando amostras maiores e mais representativas da população de doentes com AR, de modo a explorar as relações entre as variáveis e proporcionar maior abrangência na generalização dos resultados.

Entendemos que outros estudos de avaliação do impacto da AR na funcionalidade das pessoas envolvam a formação e a investigação contribuindo para que estas se afirmem como um binómio unificador na construção profissional.

O sistema de saúde, que pressupõe os cuidados centrados no doente, deve promover a elaboração de programas de intervenção e educação aos doentes, incluindo a prática de exercício físico, medidas não farmacológicas para o alívio da dor, medidas promotoras de boa higiene do sono, técnicas específicas de auto-cuidado, utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação.

Neste contexto, pesquisas futuras fornecerão aos profissionais, que prestam cuidados de saúde, conhecimentos que permitirão otimizar os cuidados a estes doentes contribuindo para manter ou melhorar a funcionalidade e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

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

Como perspectivas futuras, pretendemos divulgar os resultados desta investigação junto dos profissionais de saúde, não só ao nível da instituição, mas também ao nível da comunidade científica, proporcionando reflexão, compreensão e sensibilização para a importância dos melhores cuidados a prestar aos doentes.

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

6. Lista de Referências

- Azevedo, A. P. C. (2010). Eficácia da acupuntura no tratamento dos sintomas na fibromialgia: projeto de investigação (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26361/2/Tese%20Mestrado%20Ana%20P.pdf>.
- Branco, J.C., & Canhão, H. (2013). Epidemiologia das doenças reumáticas. In E.C. Fonseca, H. Canhão, & M.V. de Queiroz (Coords.), Reumatologia Fundamental (pp.1-4). Lisboa: Lidel.
- Buela-Casal, G., & Sanchez, A. I. (2002). Transtornos del sueño (pp.159). Madrid: Editorial Síntesis.
- Buratto, J. (2009). Sono e insônia. Bem de saúde. Acedido em http://www.bemdesaude.com/content/sono_e_insonia.html.
- Buysse, Daniel J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. Acedido em <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?ftype=doc&fileID=1296>.
- Carvalho, J. D. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência (Dissertação de doutoramento em Saúde Mental, Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/7/ndices.pdf>.
- Centro de eletroencefalografia e neurofisiologia clínica (2009). O que é o sono? Lisboa. Acedido em

http://centrodoSono.com/home/index.php?option=com_content&view=article&id=86:diagnostico-tratamento&catid=11:sono&Itemid=19.

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

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

Cunha-Miranda L., Costa L. & Ribeiro J. S. (2010). Near study: needs and expectations in rheumatoid arthritis – Do we know our patients needs? *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35, 314-323.

Duarte, J. C. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência (Dissertação de doutoramento em Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/7/ndices.pdf>.

Félix, J., Soares, M., Nero, P., Mourão, F., Araújo, D., Malcata, A., ... Branco, J. C. (2006). Custos e Utilização de Recursos na Artrite Reumatóide (CURAR). *Acta Reumatológica Portuguesa*, 31, 51-67 (supl.). Acedido em http://www.actareumatologica.com/article_download.php?id=168.

Fernandes, R. (2006). O sono normal. *Medicina Ribeirão Preto*, 39 (2), 157-168. Acedido em http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf. ISSN 2176-7262.

Ferrão, A. (2010) Higiene do sono. Lisboa. Acedido em <http://www.medicoassistente.com/saude-geral/higiene-do-sono>.

Fonseca, J.E.C. (2002). Artrite Reumatóide em Portugal. IN: M. V. Queirós (Ed.), *Reumatologia: fundamentos* (pp.19-21). Lisboa: Lidel.

- Fortin, M.- F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (pp. 595). Loures: Lusociência.
- Freitas, D.C.C.V, Mansano-Schlosser, T.C., Santos, A.A., Neri, A.L., & Ceolim, M.F. (2013). Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (4), 869-75.
- Freitas, E.V., & Miranda, R.D. (2011). Avaliação geriátrica ampla. In E.V. Freitas, & L. Py (Ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 970-978). Rio de Janeiro: Guanabara KooGan.
- Harrison, M. (2003). Challenges in Assessing Costs of Rheumatoid Arthritis, *CEU: Rheumatoid Arthritis*, 65-72.
- Jovanovic, J., Stojanovic, M., Jovanovic, V., Dimic, A., Božilov, S., Stamenkovic, B., & Milenkovic, S. (2015). Influence oh disease activity on functional capacity in patients with rheumatoid arthiritis. *Vojnosanit Pregl*, 72 (1), 21-25.
- Løppenthin, K., Esbensen, B. A., Jennum, P., Østergaard, M., Tolver, A., Thomsen, T., & Midtgaard, J. (2015). Sleep quality and correlates of poor sleep in patiens with rheumatoid arthiritis. *Clinical Rheumatology*.
- Lucas, R., & Monjardino M.T. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf.
- Luyster, F.S., Chasens, E.R., Wasko, M.C.M. & Dunbar-Jacob, J. (2011). Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Sleep Med*, 7 (1), 49-55.
- Marôco, J. (2010). Análise estatística com o PASW Statistic0: ex SPSS. Pêro Pinheiro: Report Number.

- Marques, W., V. (2014). Influência das comorbidades na capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide (Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Acedido em <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3439/5/Dissertacao%20Mestrado%20Final%20Wanessa%20Vieira%20Marques%20-%202014.pdf>
- Martins, R. M. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (Jun./Dez.), 153-162.
- Martins, S., C., S. (2012). Avaliação Clínica e Psicológica de uma amostra de doentes com Artrite Reumatoide e Fibromialgia (Dissertação de mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior. Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/11112/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Silvia%20Martins.pdf>.
- Miranda, L.C., Santos, H., Ferreira, J., Coelho, P., Silva, C., & Saraiva-Ribeiro, J. (2012). Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 37 (2), 134-42.
- Navalho, M. (2013). Imagiologia das doenças reumáticas. In E.C. Fonseca, H. Canhão, & M.V. de Queiroz (Coords.), *Reumatologia Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Nicassio, P. M., Ormseth, S. R., Custodio, M. K., Olmstead, R., Weisman, M. H. & Irwin, M. R. (2014). Confirmatory Factor Analysis of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Rheumatoid Arthritis Patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 12 (1), 1-12.
- Oliveira, L.M., Natour, J., Roizenblatt, S., Poli de Araújo, P.M., & Ferraz, M.B. (2015). Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatóide por três anos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55 (1), 62-67.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: OE. Acedido em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoC ompetenciasReabilitacao_ aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Paiva, T. (2008). Bom sono, boa vida. (2ª ed.). Lisboa: Oficina do Livro.

Paiva, T., & Penzel, T. (2011). Centro de Medicina do sono Manual prático. Lisboa: Lidel.

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, E. M., & Martins, R. M. L. (2013) Regresso do doente ao domicílio: Importância do nível de dependência e do apoio familiar. *Servir*, 58 (1-2), 79-87.

Portugal, Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação nacional de profissões – Versão 1994. (2.ª ed.). Lisboa: IEFP. Acedido em www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2009). Inquérito nacional de saúde 2005/2006. Lisboa: INE. Acedido em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). Circular normativa nº09/DGCG 2003-06-14. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2005). Circular normativa nº 12/DGCG 02/07/04. Divisão de Doenças genéticas Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.

Queirós, M. V. (2003). Artrite Reumatóide. Lisboa: Andar.

- Ramos, F. (2013). Artrite Reumatóide. In E.C. Fonseca, H. Canhão, & M.V. de Queiroz (Coords.), *Reumatologia Fundamental* (pp. 45-51). Lisboa: Lidel.
- Reis, C.C.P. (2011). *Aspetos Parcelares da Epidemiologia da Artrite Reumatóide* (Dissertação de mestrado em Biologia Humana e Ambiente, Universidade de Lisboa).
Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4608>.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rosales, E., Egoavil, M., La Cruz, C., & Rey de Castro, J. (2007). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An. Fac. Med. Lima*, 68 (2), 150-158. Acedido em <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1225/1030>.
- Santos, R.A., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F.C., Rosa, C.M., & Queiroz, M.V. (1996). "Health assessment questionnaire" (versão curta): adaptação para língua Portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 21 (76), 15-20.
Acedido em http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/1996_Vol%20XXI_n%2076_Jan-Mar.pdf.
- Saraiva, C. B. (2014). *Depressão e Suicídio. Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Lidel.
- Sariyildiz, M. A., Batmaz, I., Bozkurt, M., Bez, Y., Cetincakmak, M. G., Yazmalar, L.,... Celepkolu, T. (2014). Sleep quality in rheumatoid arthritis: relationship between the disease severity, depression, functional status and the quality of life. *J. Clin Med Res and Elmer Press INC*, 6 (1), 44-52.

- Shah, A., & Clair, E.W. ST. (2013). Artrite reumatóide. In A. S. Fauci, E. Braunwald, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson & J. Loscalzo, *Medicina Interna de Harrison* (18ª ed). Porto Alegre: AMGH - Artmed.
- Tafner, M. A. (2001, Jan./Abr.). O sono, sua estrutura e monitoração. *Cérebro e Mente*.
Acedido em <http://www.cerebromente.org.br/n12/mente/sono.html>.
- Taylor-Gjevre, R.M., Gjevre, J.A., Nair, B., Skomro, R., & Lim, H.J. (2011). Components of sleep quality and sleep fragmentation in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Musculoskelet. Care*, 9 (3), 152-159.
- Vlieland, T.P.M. V., & Pattinson, D. (2009). Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 23 (1), 103-116.
- Wasserman, A.M. (2012). Diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Postgraduate Medicine*, 38 (5), 16-23.
- Wickrematilake, G.W.G., & Wijeratne, L. (2013). Assessing the impact of rheumatoid arthritis on quality of life in a group of patients attending a rheumatology clinic in Sri Lanka. *Indian Journal of Rheumatology*, 8, 14-18.

Elisabete Vaz Figueiredo

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados



Conselho de Administração

**Exmo Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua Maximiano Aragão
3504-501 Viseu**

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
960			05-01-2015

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, foi **autorizada**, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, cuja cópia se anexa, a recolha de dados para realização do estudo "Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide", a realizar por Elisabete Vaz Figueiredo, aluna do 4^o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

PCA/AB

Avenida R. D. Duarte 3504 509 VISEU

E-mail: sec.presidencia@hsviseu.min-saude.pt

Telef. 232 420 508 Fax 232 420 591



DELIBERAÇÃO

REFERÊNCIA	
Designação	Estudo "Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatoide."
Investigador	Elisabete Vaz Figueiredo
Coordenadora	Professora Rosa Maria Lopes Martins
Serviço	CHTV, EPE
Data do documento	02 de Outubro de 2014

Analisada a Proposta para a realização do Estudo "Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatoide.", pela Enfermeira Elisabete Vaz Figueiredo e, apesar de não estar bem esclarecida a forma de recolha de informação, presume esta CES, que se trata de um Procedimento voluntário de questionário pelos utentes. Afigura-se que o questionário garante a confidencialidade, uma vez que dele não consta identificação dos doentes, nestes termos, deliberou-se nada haver a opor à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde do CHTV



APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico – Enfermagem de Reabilitação

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatoide” e cujos objetivos principais são avaliar o estado funcional na pessoa com artrite reumatóide e analisar em que medida o estado funcional é uma variável mediadora na relação entre as variáveis independentes e a qualidade do sono. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___/___/_____

Nome

Assinatura do participante

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ___/___/_____

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador

APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UnicISE)

CURSO: 4º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

DOMINIO DE INVESTIGAÇÃO

Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide

Instruções de Preenchimento do Questionário

Caro utente,

Chamo-me Elisabete Vaz Figueiredo, sou aluna na Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, e estou a frequentar o 4º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Neste âmbito, encontro-me a desenvolver uma investigação sobre o “Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatoide”.

Assim, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário em anexo.

As respostas serão apenas para tratamento estatístico, não sendo fornecidas a terceiros, sendo garantidas a sua confidencialidade e anonimato.

No final, certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Muito Obrigada!



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UniCISE)

Área Científica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal (orientador): Professora Doutora Rosa Martins

Investigadores colaboradores: Elisabete Vaz Figueiredo

Curso: 4º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo: Estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide

QUESTIONÁRIO

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

Assinale com uma X a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal.

1. IDADE _____ (anos)
2. SEXO Masculino
Feminino
3. ESTADO CIVIL Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)
Solteiro(a) Viúvo(a) União de Facto
4. SITUAÇÃO LABORAL:
Empregado Profissão: _____
Desempregado
Baixa Médica
Reformado
5. ESCOLARIDADE
Não sabe ler nem escrever Sabe Ler e/ou Escrever
1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe) 2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)
3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) Secundário (12º ano)
Ensino Superior
6. RENDIMENTO:
Até 500€ 500€ a 1000€
1000€ a 1500€ 1500€ a 2000€
>2000€

SECÇÃO B – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA ARTRITE REUMATÓIDE

1- Quando lhe foi diagnosticado a Artrite Reumatóide? _____Anos_____Meses

2- Quem lhe diagnosticou a doença?

_____.

3- É seguido em Consulta de Reumatologia?

Sim Não

Se não, é acompanhado/a por outra especialidade?_____.

4- Que tipo de medicação utiliza no tratamento da sua doença?

Analgésicos

Anti-inflamatórios não-esteróides

Corticoesteróides

Anti-depressivos

Drogas modificadoras da doença

5- Frequenta algum “programa” de Reabilitação?

Sim Não

Se sim, é feito por:

Enfermeiro de Reabilitação

Fisioterapeuta

Outro

6- Relativamente ao seu estado de ânimo, sente-se:

Deprimido

Ligeiramente deprimido

Sempre deprimido

SECÇÃO C – INDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem reflectir fielmente o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- 2) As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

.....

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou, na maioria das vezes, à noite?

HORÁRIO DE DEITAR: ____:____

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou, na maioria das vezes, a adormecer?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA ADORMECER: _____

- 3) Durante o mês passado, a que horas, na maioria das vezes, acordou de manhã?

HORÁRIO DE ACORDAR: ____:____

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que ache mais correta.

Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

- a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nenhuma vez | <input type="checkbox"/> menos de uma vez por semana |
| <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por semana | <input type="checkbox"/> três vezes por semana ou mais |

- b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nenhuma vez | <input type="checkbox"/> menos de uma vez por semana |
| <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por semana | <input type="checkbox"/> três vezes por semana ou mais |

c) Levantar-se para ir á casa de banho

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou ressonar muito alto

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

h) Ter pesadelos

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

j) Outra (s) razão (ões) (por favor descreva) _____

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

- () Muito boa () má
 () Boa () muito má

SECÇÃO D – HEALT ASSESSEMENT QUESTIONARY (VERSÃO PORTUGUESA)

Estamos interessados em saber como é que a sua doença o afeta no seu dia-a-dia. Para cada questão numerada assinale uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

	Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz
<u>1. Vestir-se e arranjar-se</u>				
Vestir-se incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos?				
Lavar o cabelo?				
<u>2. Levantar-se</u>				
Erguer-se de uma cadeira?				
Deitar e levantar-se da cama?				
<u>3. Comer</u>				
Cortar a carne?				
Levar à boca um copo ou uma chávena cheia?				
Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?				
<u>4. Caminhar</u>				
Caminhar fora de casa em terreno plano?				
Subir 5 degraus?				
<u>5. Higiene</u>				
Lavar e limpar todo o corpo?				
Tomar banho?				
Sentar e levantar-se da sanita?				
<u>6. Alcançar</u>				
Alcançar e trazer até si um objeto de cerca de 2.5Kg colocado acima da sua cabeça?				
Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão?				
<u>7. Prensão</u>				
Abrir as portas do carro?				
Abrir as tampas de frascos que já tenham sido abertos?				
Abrir e fechar torneiras?				
<u>8. Atividades</u>				
Fazer compras e recados?				
Entrar e sair de um carro?				
Fazer a lida da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)?				

Assinale qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

Bengala	
Andarilho	
Muleta ou canadiana	
Cadeira de rodas	
Auxiliares para se vestir (calçadeira comprida, Fecho éclair especial, enfiador de botões, entre outros)	
Adaptações na casa ou nos seus utensílios	
Cadeiras especiais	
Sanita mais alta	
Banco para tomar banho	
Abre-boiões (para boiões que tenham sido já abertos)	
Pegas na banheira	
Pinças de preensão	
Adaptação com pegas longas para a higiene pessoal	
Outro (descrever)	

Assinale as atividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA

Vestir-se e arranjar-se	
Levantar-se	
Comer	
Caminhar	
Higiene Pessoal	
Agarrar e abrir objetos	
Alcançar objetos	
Lida doméstica e compras	

AVALIAÇÃO DA DOR PELO DOENTE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

Pior dor possível

(Por favor, peça ao doente para assinalar na linha, a gravidade da dor)

Terminou o seu questionário.

OBRIGADO (A)