

Artrite Reumatóide: Implicações na Funcionalidade das Pessoas

Resumo

A Artrite Reumatoide (AR) é uma patologia com profundas implicações na funcionalidade (física, emocional, familiar social e económica) das Pessoas. Assim torna-se fundamental avaliar a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide e analisar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas e qualidade do sono.

Métodos: Estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e quantitativo. Utilizou uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 75 pessoas portuguesas com o diagnóstico de artrite reumatóide. Na colheita de dados foi utilizado um protocolo que integra questões de caracterização sociodemográfica e clínica, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh e o Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Resultados: Constatou-se que 60,0% dos participantes apresenta incapacidades leves no desempenho das atividades de vida diária, 32,0% dificuldades moderadas e 8,0% incapacidade grave. Das variáveis sócio demográficas, a idade ($p=0,003$), a situação laboral ($p=0,000$), a escolaridade ($p=0,006$) e os rendimentos mensais ($p=0,001$) correlacionam-se com a funcionalidade das pessoas com AR; do mesmo modo a intensidade da dor ($p=0,007$) e o tempo de diagnóstico ($p=0,013$) e a má qualidade do sono ($p=0,030$) agravam a funcionalidade.

Conclusão: As evidências mostram que a incapacidade está de facto presente nas pessoas com diagnóstico de AR, estando esta incapacidade associada a diversas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Assim 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 reumatoide, funcionalidade, qualidade do sono, dor, doentes.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, que pode ocorrer em todas as idades apresentando como manifestação major, o envolvimento repetido e habitualmente crónico, das estruturas articulares e periarticulares. De acordo com Reis (2011), a AR tem, muitas vezes, uma evolução progressiva, destrutiva e deformante, afetando cerca de 1% da população mundial e todas as etnias. As articulações periféricas são as primeiras a ser afetadas pela AR, particularmente as das mãos e dos pés, alterando a capacidade de mobilização e locomoção e atividades do dia-a-dia. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR, 2015) aponta para uma prevalência que varia de 0,5-1,5% da população nos países industrializados, contudo em Portugal estima-se que afete 0,8 a 1,5% da população. Segundo Branco (2013) a ocorrência global de AR é duas a quatro vezes maior em mulheres do que em homens, o pico de incidência nas mulheres dá-se após a menopausa, porém em todas as idades se pode desenvolver a doença, incluindo a adolescência.

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 (Martins e Mestre, 2014). Sabemos que as mudanças erosivas e progressivas que ocorrem na cartilagem e no osso das pessoas com AR, 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, apresentando perda de força muscular, de resistência, perda da amplitude de movimento das articulações e pior Qualidade de Vida. Paralelamente há um decréscimo na produtividade e nas atividades laborais/profissionais, o que leva a consequências económicas graves. Estes 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 até mesmo reformas antecipadas por incapacidade para o trabalho.

Freitas et al. (2013) afirmam que a dor e o desconforto provocados pela AR podem levar a graves consequências para os doentes, 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 sobretudo quando são idosos.

Um estudo desenvolvido por de Luyster, Chasens, Wasko e Dunbar-Jacob (2011), demonstrou que a má qualidade do sono está associada aos altos níveis de sintomas depressivos, maior intensidade da dor, aumento da fadiga e maior incapacidade funcional dos doentes com AR. A deficiência física resultante da

artrite reumatóide pode limitar a capacidade dos doentes em realizar algumas atividades de vida diárias como o andar, vestir e higiene, e realizar estas tarefas pode ser ainda mais difícil para quem sofre com fadiga, dor e depressão. É provável que a incapacidade funcional seja a causa da depressão, dor e fadiga, que por sua vez afetam a qualidade do sono. Não dormir bem à noite pode contribuir para aumentar a dor e a sensação de cansaço durante o dia, o que consequentemente pode limitar a capacidade do doente de realizar as atividades de vida diárias (Løppenthin et al., 2015). Assim, considerando a natureza crónica da AR, torna-se fundamental a avaliação funcional da incapacidade provocada por esta doença e a versão curta do HAQ-c desenvolvida por Fries na década de 80 é a mais utilizada internacionalmente, uma vez que foi concebido especificamente para avaliar doentes reumáticos. Para além da dor, avalia a capacidade funcional e a sua validade e fiabilidade já foram demonstradas.

Trata-se como já referimos, de uma doença crónica que não tem cura, mas se eficazmente tratada, poderá ter bom prognóstico vital e funcional. Na verdade nos últimos anos, houve uma melhoria substancial do tratamento desta doença não só devido à melhoria das estratégias de tratamento medicamentoso como também devido ao ressurgimento de medidas não farmacológicas (Jovanovic et al., 2015).

Problem Statement

É reconhecido o impacto que o estado funcional e a qualidade do sono podem ter no quotidiano das pessoas com AR. As causas que originam a degradação do estado funcional destes indivíduos podem ser múltiplas, desde a sua génese aos fatores sócio demográficos e clínicos, à duração da doença, presença de dor, qualidade do sono e outros. Neste sentido parece-nos fundamental proceder a uma correta avaliação das implicações da doença na qualidade de vida destes doentes no sentido de definir estratégias de melhoria.

Research Questions

Quais as implicações da AR na capacidade funcional dos Doentes, e em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e qualidade do sono se relacionam com essa (in)capacidade?

Purpose of the Study

Avaliar a capacidade funcional das pessoas com artrite reumatóide e analisar correlações existentes entre esta e as variáveis sócio demográficas, clínicas e qualidade do sono.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, não experimental, transversal e descritivo-correlacional. Utilizou uma amostra do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 75 pessoas com AR, seguidas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação de um Centro Hospitalar de Região Centro de Portugal. Os critérios de seleção estabelecidos foram: ter mais de 18 anos; diagnóstico de Artrite Reumatóide estabelecido, estar inscrito na Unidade da Dor. A colheita de dados decorreu entre

maio e Julho de 2015 e o instrumento de colheita de dados utilizado integrava variáveis sociodemográficas, variáveis de caracterização clínica e duas escalas: o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), traduzido e validado para o português por Alessandra Bertolazi, em 2008, e o Health Assessment Questionnaire (HAQ) validado para a população portuguesa por Santos et al (1996) Este instrumento avalia a percepção dos doentes com AR sobre a sua capacidade funcional através de 20 questões de auto-resposta, distribuídas 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). Valores mais elevados na escala correspondem a maior incapacidade funcional. Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte do Conselho de Administração do Hospital e respetivas Comissões de Ética, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico foi efectuado através do programa *Statistical Package Social Science* versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 75 participantes, sendo 60 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. A idade 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. 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.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos participantes

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	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

A maioria (69,33%) da amostra é casada ou vive em união de facto, profissionalmente distribuem-se entre empregados (38,7%) e reformados (42,7%), apresentam baixa escolaridade (58,2% ensino básico e secundário) e baixos rendimentos uma vez que 60,3% dispõem apenas de valores entre 500 e 1000 € mensais.

Em termos clínicos verificámos que os diagnósticos foram feitos em períodos temporais que oscilam entre os 3 e os 10 anos, essencialmente da responsabilidade dos reumatologistas (40%) e médicos de família (37,3%); os medicamentos mais usados são os corticosteroides (76,0%), os anti-inflamatórios (64,0%), os analgésicos (33,3%) e os antidepressivos (22,7%); apenas 9,5% frequenta programas de

reabilitação e o estado de ânimo avaliado mostra, que 52,0% dos nossos inquiridos se apresenta ligeiramente deprimido, 20,0% deprimido e apenas 28,0% sem depressão.

A qualidade global do sono dos participantes 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. As maiores alterações do sono encontram-se nas dimensões “perturbações do sono” ($\bar{x}=1,95$), “latência do sono” ($\bar{x}=1,87$), e “qualidade subjectiva do sono” ($\bar{x}=1,65$). Inversamente, as dimensões menos afetadas, são a “duração” ($\bar{x}=0,93$), o “uso da medicação para dormir” ($\bar{x}=1,13$) e a “disfunção diurna” ($\bar{x}=1,37$). De acordo com a classificação proposta pelos autores (<5 boa qualidade de sono e ≥ 5 má qualidade de sono), constatamos que a maioria dos nossos inquiridos apresenta má qualidade do sono (94,7%) e apenas (5,3%) possui sono com boa qualidade.

A capacidade funcional global apresentada por estes Doentes com AR é moderada, oscilando entre 1(min) e 3 (max) 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 perturbações funcionais mais elevadas, encontram-se aos níveis da subescala “alcançar” ($\bar{x}=2,01$), “atividades” ($\bar{x}=1,70$), “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” ($\bar{x}=1,49$) (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas descritivas da funcionalidade dos participantes

<i>Subescalas</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
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

Ainda de acordo com os níveis classificativos da escala, constatamos que 60,0% dos participantes apresenta dificuldades leves no desempenho das atividades de vida diária, (32,0%) apresenta dificuldades moderadas a graves e 8,0% incapacidade muito grave. Já no que se refere à dor observamos que apenas 6,7% não refere dor, 38,7% dos doentes apresenta dor intensa, 36,0% dor moderada, 12,0% dor ligeira e 6,7% dor máxima.

Na associação entre variáveis constatámos que existia pior funcionalidade (com significâncias estatísticas significativas) nos indivíduos com mais idade ($p=0,003$), reformados ($p=0,000$), com menor escolaridade ($p=0,006$) e com menores rendimentos mensais ($p=0,001$). Do mesmo modo, dor com maior intensidade ($p=0,007$) os diagnósticos feitos mais tardiamente ($p=0,013$) e a má qualidade do sono ($p=0,030$) agravam a funcionalidade dos Participantes.

CONCLUSÕES

O presente estudo reforça o paradigma de que a AR é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida e cuja evolução leva ao aparecimento de deformidade articular, dor e perda da funcionalidade. 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. O impacto causado pela dor e a sua intensidade na funcionalidade dos nossos participantes, é uma realidade que não podemos escamotear. 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. Importa destacar a pouca valorização dada à frequência de medidas alternativas de tratamento, pois 90,5% dos inquiridos não frequentam programas de Reabilitação.

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. Esperamos que este estudo tenha sido um alerta sobre a importância de investigar os diversos fatores inerentes à perda de funcionalidade nos doentes com AR, constituindo-se como 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.

Neste sentido propomos cuidados centrados no doente, através de programas de intervenção e educação que incluam 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- 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.
- 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 arthritis. *Vojnosanit Pregl*, 72 (1), 21-25.
- Løppenthin, K., Esbensen, B. A., Jennum, P., Østergaard, M., Tolver, A., Thomsen, T., & Midtgaard, J. (2015). Sleep quality and correlates of poor sleep in patiens with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.
- 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.
- Martins, R. M. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (Jun./Dez.), 153-162.
- 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>.
- 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>.
- 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.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia,(SPR). (2015) "Informações sobre Artrite Reumatóide" Acedido em <http://www.spreumatologia.pt/doencas/artrite-reumatoide>