

**Impacto da dor e da fadiga no desempenho ocupacional de clientes com artrite reumatoide na Atenção Básica no Rio de Janeiro**

**Impact of pain fatigue on occupational performance of clients with rheumatoid arthritis inserted in a SUS health care device in Rio de Janeiro**

**Impacto del dolor y de la fatiga en el desempeño ocupacional de los clientes con artritis reumatoide en la Atención Básica en Río de Janeiro**

Recebido: 05/05/2020 | Revisado: 06/05/2020 | Aceito: 18/05/2020 | Publicado: 28/05/2020

**Joyce Chaves de Souza Araújo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2832-2509>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [joycearaujo1992@gmail.com](mailto:joycearaujo1992@gmail.com)

**Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1917-2294>

Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [angela.silva@ifrj.edu.br](mailto:angela.silva@ifrj.edu.br)

**Nébia Maria Almeida de Figueiredo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0880-687X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [nebia43@gmail.com](mailto:nebia43@gmail.com)

**Cristiane de Oliveira Novaes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5272-3759>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [novaes.cristiane@gmail.com](mailto:novaes.cristiane@gmail.com)

**Resumo**

**Objetivo:** identificar o impacto da artrite reumatoide no desempenho ocupacional nas atividades da vida diária e instrumentais de vida diária e na qualidade de vida do seu portador, além de comprovar a sua percepção sobre as atividades que causam aumento de dor e fadiga quando as realiza. **Método:** optou-se pelo método cartográfico pela sua dimensão quanti-qualitativa. O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, na Rede Municipal de

Atenção Básica à Saúde e se utilizou-se para coleta de dados a Avaliação da Capacidade Funcional, o Questionário- Autoeficácia da Dor e o Questionário de Qualidade de Vida- SF-36A. **Resultados:** Participaram da pesquisa 10 portadores de artrite reumatoide e foi identificado que esta enfermidade possui grande impacto sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos clientes gerando múltiplos complicadores para o desempenho ocupacional das atividades rotineiras, de trabalho e lazer, que afeta a realização das Atividades da Vida diária vinculadas ao autocuidado, as Atividades Instrumentais da Vida diária, como fazer compras, usar telefone, cuidar da casa entre outras, além de diminuir sua capacidade laborativa ocasionando constantes afastamentos gerados pelas crises álgicas e pela fadiga. **Conclusão:** a abordagem terapêutica e educativa de Proteção Articular e Conservação de Energia corrobora para o maior controle dos sintomas da doença, previne os agravos como a instalação de deformidades nas articulações do punho, mãos e pés, auxiliando na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional.

**Palavras chave:** Artrite reumatoide; Terapia ocupacional; Conservação de energia.

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to identify the impact of rheumatoid arthritis on the occupational performance of activities of daily living and instrumental activities of daily living and on the quality of life of the patient. As well as, check the perception of the same, about the activities that potentially cause greater pain and fatigue when performed. **Method:** The cartographic method was chosen for its quanti-qualitative dimension. The study was carried out in the city of Rio de Janeiro, in the Municipal Primary Health Care Network, and the Functional Capacity Assessment, Pain Self-efficacy Questionnaire and Quality of Life Questionnaire- SF-36A were used to collect data. **Results:** 10 patients with rheumatoid arthritis participated in the study and it was identified that this disease has a great impact on the functional capacity and quality of life of clients generating multiple complications for the occupational performance of the activities routine, of work and leisure, which affects the performance of the Activities of Daily Life linked to self-care, the Instrumental Activities of Daily Life, such as shopping, using a telephone, taking care of the house among others, In addition to diminishing their work capacity causing constant absence caused by pain and fatigue. **Conclusion:** the therapeutic and educational approach of Joint Protection and Energy Conservation supports for greater control of the symptoms of the disease prevents diseases such as the installation of deformities in the wrist joints, hands and feet, helping to improve quality of life and functional capacity.

**Keywords:** Arthritis rheumatoid; Occupational therapy; Energy consumption.

## Resumen

**Objetivo:** Identificar el impacto de la artritis reumatoide en el desempeño ocupacional de las actividades de vida cotidiana e instrumentales de la vida diaria y en la calidad de vida de su portador. También, comprobar la percepción del mismo, sobre las actividades que potencialmente causan mayor dolor y fatiga cuando se realiza. **Método:** El estudio fue realizado en el municipio de Río de Janeiro, en la Red Municipal de Atención Básica a la Salud y se utilizó para colecta de datos la Evaluación de la Capacidad Funcional, el Cuestionario- Autoeficacia del Dolor y el Cuestionario de Calidad de Vida- SF-36A.

**Resultados:** Participaron de la investigación 10 portadores de artritis reumatoide y fue identificado que esta enfermedad tiene gran impacto sobre la capacidad funcional y la calidad de vida de los clientes generando múltiples complicaciones para el desempeño ocupacional de las actividades rutinarias, de trabajo y ocio, que afecta a la realización de las Actividades de la Vida diaria vinculadas al autocuidado, las Actividades Instrumentales de la Vida diaria, como hacer compras, usar teléfono, cuidar de la casa entre otras, además de disminuir su capacidad de trabajo ocasionando constantes alejamientos generados por las crisis de dolor y la fatiga.

**Conclusión:** el enfoque terapéutico y educativo de Protección Articular y Conservación de Energía corrobora para el mayor control de los síntomas de la enfermedad, previene los agravios como la instalación de deformidades en las articulaciones del puño, manos y pies, ayudando a mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional.

**Palabras clave:** Artritis reumatoide; Terapia ocupacional; Conservación de energía.

## 1. Introdução

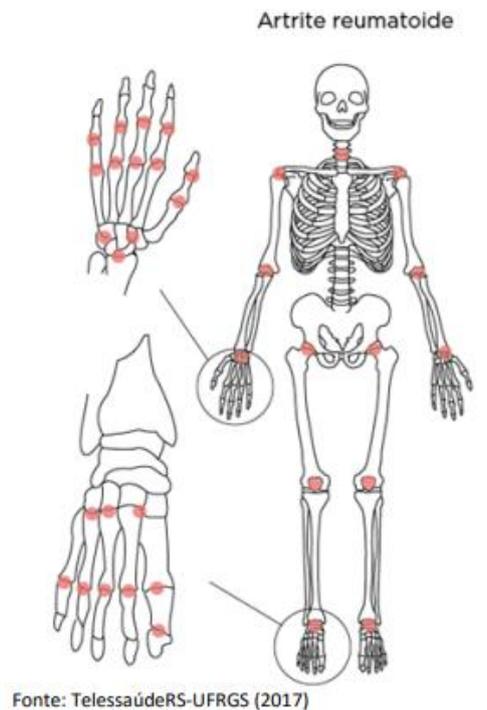
A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune sistêmica de etiologia desconhecida, que afeta grandes e pequenas articulações de maneira simétrica e envolve com maior frequência mãos e pés com significativo impacto sobre o viver do seu portador. Tem prevalência de 1% na população mundial, obedecendo a razão de 5 mulheres para cada 2 homens (Mota et al, 2011). A maior incidência é no gênero feminino na faixa etária entre 40-50 anos de idade, com pico na quinta década de vida, cujo comprometimento amplia de acordo com o avanço da idade atingindo cerca de 60% na população acima de 65 anos (Alamanos et al, 2006).

A incidência da Artrite Reumatoide varia de acordo com a população e a área geográfica estudada, com predominância em países em desenvolvimento. Estudos mostram que sua prevalência no Brasil é de 0,46% e que entorno de 2030, estima-se que aproximadamente 67 milhões de indivíduos (20% da população) serão afetados (Alamanos et al, 2006).

O diagnóstico da doença baseia-se principalmente na evolução clínica, pois não existe qualquer achado clínico específico. Segundo Carvalho et al (2006) são necessários, pelo menos, quatro dos sete critérios estabelecidos pelo *American College of Rheumatology* para ser diagnosticado, a saber: rigidez matinal com duração mínima de sessenta minutos; artrite de pelo menos três ou mais articulações; artrite de mãos e punhos; artrite simétrica; nódulos reumatoides subcutâneos, presença de fator reumatoide, alterações radiográficas nas articulações de mãos e punhos, sendo essas as que se constituem como uma das primeiras estruturas corporais a serem lesadas no cliente com Artrite Reumatoide (Nordhoek & Loschiavo , 2005).

A manifestação articular típica na AR é o acometimento poliarticular simétrico de pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), pés (metatarsofalangeanas) e/ou punhos. Embora menos frequente, as articulações maiores também podem ser acometidas, como: ombros, cotovelos, joelhos, quadris, tornozelos, temporomandibular e coluna cervical. Com a evolução da doença surgem deformidades articulares irreversíveis (Figura 1), como atrofia interóssea, desvio ulnar e dedos em pescoço de cisne (Telessaúde, 2017).

**Figura 1** – Distribuição das manifestações articulares típica da AR segundo Telessaúde 2017.



A Artrite Reumatoide é uma doença que causa diminuição da qualidade de vida e da funcionalidade de seu portador acarretando graves danos aos movimentos corporais, manifestações que podem causar limitações na realização de atividades diárias, pela atrofia muscular, diminuição da capacidade aeróbia, redução da força muscular e do equilíbrio. Em casos mais graves faz-se necessário a internação hospitalar para controle dos sintomas (Bombardier et al, 2012).

Segundo dados do DATASUS de 2012 sobre internações hospitalares foram registrados 19.249 casos de Artrite Reumatoide e outras poliartropatias inflamatórias, o que gerou para o Sistema Único de Saúde (SUS) gasto de R\$ 12.896.142,00, dos quais R\$ 11.367.555,00 foram referentes a serviços hospitalares e R\$ 1.514.195,00, referentes a serviços profissionais (Mota et al, 2010; Goeldner et al, 2011).

Alguns aspectos corroboram para o agravamento dos quadros clínicos desses clientes, como as alterações de múltiplos órgãos, comorbidades como doenças cardiovasculares e neoplasia. Ademais, devido à imunossupressão da doença de base ou da terapia imunossupressora são comuns as hospitalizações frequentes, maior prevalência de doenças infecciosas quando comparados com a população em geral (Luz et al, 2007). Tais fatores são responsáveis pela redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade (Rupp et al, 2004).

Dentro desta perspectiva o cuidado com as pessoas acometidas por doenças reumáticas centra-se não somente no gerenciamento do impacto econômico que a doença é capaz de trazer para seus portadores e para o sistema público de saúde, mais também no esforço para melhoria dos aspectos psicofísicos, na identificação das alterações sofridas no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de seus portadores (Mota et al, 2010). Essas e outras informações são de extrema importância para o estabelecimento do diagnóstico, para análise do grau de atividade da doença e observação da eficácia terapêutica dos tratamentos em andamento (Goeldner et al, 2011).

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que, tradicionalmente, atua no campo da reabilitação. No processo de reabilitação, o terapeuta ocupacional faz uso da ação humana, por meio das atividades da vida diária e instrumentais da vida diária. Nos programas de tratamento, as atividades terapêuticas propostas visam à recuperação e a readaptação do cliente, objetivando que o mesmo obtenha melhora da qualidade de vida e independência funcional para desempenhar suas atividades rotineiras (Moreira, 2017).

A Terapia Ocupacional é protagonista no processo de cuidado e adaptação, pois segundo a *American Occupational Therapy Association* (AOTA) a área de intervenção terapêutica ocupacional em clientes com Artrite Reumatoide, vincula-se as atividades de vida diária (AVD's), atividades instrumentais da vida diária (AIVD), laborais e de lazer, que são potencialmente prejudicadas em decorrência aos múltiplos processos que interferem na funcionalidade dos indivíduos (AOTA, 2008).

Os papéis ocupacionais capacitam os indivíduos para organizarem os comportamentos produtivos que estruturam sua participação ocupacional, conferindo sua identidade pessoal, expectativas sociais, o uso do tempo e inserindo-os na estrutura social. Indivíduos que são diagnosticados com doenças crônicas incorrem na possibilidade de interrupção ou de alterações de seus papéis ocupacionais (Cordeiro, 2005).

As ocupações segundo a AOTA (2008) podem ser definidas como ferramentas para o desenvolvimento social e comunitário, participação e engajamento, promoção e restauração da saúde, bem-estar e cidadania visando à inclusão, participação social e equidade em saúde. As mesmas englobam vários tipos de atividades cotidianas nas quais indivíduos, grupos ou populações se envolvem como as Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), Descanso e Sono, Educação, Trabalho, Brincar; Lazer e Participação Social (*ibid*).

O objetivo deste estudo foi identificar o impacto da Artrite Reumatoide no desempenho ocupacional das AVD's; AIVD's, na qualidade de vida e na percepção do seu

portador, sobre as atividades que potencialmente causam maior dor e fadiga quando desempenhadas.

## 2. Material e Método

O método assumido nesta investigação foi o cartográfico (Passos et al, 2009) em sua dimensão quanti- qualitativa. A opção em utilizar este método oportuniza sair do território de pesquisa a fim de buscar novos percursos e verbalizações dos participantes da pesquisa, nos fazendo compreender que existem alterações significativas, que afetam as AVD's, AIVD's e a qualidade de vida dos clientes com AR.

A inclusão paralela do método quanti-qualitativo ao cartográfico possibilitou aos cartógrafos atenção às questões mais particulares dentro das Ciências Sociais e da Saúde, com nível de realidade, possível de ser quantificado. Nesta perspectiva, o método qualitativo trabalhou com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondendo ao espaço das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2006), por outro lado o quantitativo trouxe as estatísticas, ou gráficos e as tabelas pela quantificação dos dados.

O método cartográfico tem por foco investigar o processo de produção de dados e envolve a pesquisa no campo da subjetividade e da objetividade. É uma busca não linear de construção, caso a caso impedindo de estabelecer pistas, as quais tinham que descrever; discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo em quatro vieses: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento (Kastrup, 2007).

O primeiro momento se caracteriza pelo rastreamento que surge como modo de acompanhar percursos, de implicar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e a construção de mapas permitindo a identificação de intensidade ao longo da extensão do fenômeno a ser pesquisado (Passos et al, 2009).

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, na Rede Municipal de Atenção Básica à Saúde, na unidade em questão ocorrem cerca de 300 atendimentos clientes/mês, dentre os públicos atendidos, estão os indivíduos com AR, residentes no município. A unidade possui 10 especialidades clínicas, a saber: Neurologia, Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Angiologia, Clínica médica, Fonoaudiologia, Psicologia, Infectologia e Cardiologia.

A segunda variável do método cartográfico foi o que possibilitou múltiplas entradas e não segue um único caminho para atingir um fim determinado, na busca para obtenção dos

dados. Para tal, foi realizado levantamento de escalas validadas academicamente que quantificassem a capacidade funcional do portador de Artrite Reumatoide. Observou-se que elas devem ser breves, simples e de fácil aplicação, para que atinjam o seu principal objetivo, que é servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoas de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde (Corbacho & Dapuetto, 2011).

Optou-se pelos instrumentos: Avaliação da Capacidade Funcional - *Assessment Questionnaire* (HAQ); Questionário- Autoeficácia da Dor (PSEQ) M.K. Nicholas (1989); Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36.

A Avaliação da Capacidade Funcional (HAQ) é um instrumento do tipo autorreferente sobre o estado funcional, que pode ser aplicada tanto na população adulta, quanto idosa, sendo comumente empregada em clientes com comprometimento motor. A mesma possui uma versão de 8 e 20 perguntas. O Índice de Deficiência (ID) proporcionado é avaliado por oito categorias: vestir-se e presença física, acordar, alimentar-se, andar, higiene, alcance, pegada e outras atividades do cotidiano. Para cada uma destas categorias, o cliente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas, são elas: sem dificuldade (0), com alguma dificuldade (1), com muita dificuldade (2) e incapaz de fazer (3). A fórmula da HAQ é calculada a partir dos maiores escores de cada componente (Ex. o maior escore do componente 1 + o maior escore do componente 2 e assim sucessivamente). A pontuação final da HAQ é a média das pontuações das oito categorias (Corbacho & Dapuetto, 2011).

O Questionário Autoeficácia da Dor (PSEQ) foi desenvolvido por Nicholas, em 1989, composto por 10 itens, que mensuram a força e a generalidade da crença do cliente sobre sua habilidade em realizar atividades, apesar da dor. Constitui-se em um inventário autoaplicável, onde os itens abrangem afirmações, como: “Eu posso realizar a maioria das tarefas de casa, apesar da dor”. Os autores acreditam que o conceito de autoeficácia pode ser muito útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor.

A avaliação deste aspecto, nos doentes que sofrem de dor crônica, pode direcionar a assistência a estes clientes e melhorar os resultados do tratamento (Salveti & Pimenta, 2005). A estratégia proposta para a cômputo do escore global da crença de autoeficácia é o somatório das respostas dadas por todos os participantes aos 10 itens do questionário. A partir do somatório têm-se o valor mínimo-máximo que considera todos os itens com o mesmo peso. Logo, os clientes que somaram escores mais altos, consecutivamente são aqueles que se sentem nada confiantes para o desempenho de tarefas e funções do cotidiano.

O teste de Qualidade de Vida- *Short Form Health Survey* 36 (SF-36) é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor (Ware et al, 2003), pela escala Likert, o SF-36 utiliza-se de uma ferramenta habitualmente empregada em questionários de resposta psicométrica.

Ao responderem as participantes assinalavam o seu nível de concordância com determinada afirmação, numa escala de 0 (zero) a 3 (três), onde 0 significa nenhuma dificuldade e 3 incapaz de fazer. O cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) é a soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente. O teste é realizado por autopreenchimento, levando de 5 a 10 minutos para ser concluído.

Tem níveis de confiabilidade e validade que excedem os padrões mínimos recomendados, torna-se instrumento atraente pela combinação com outros questionários em inquéritos populacionais (Laguardia et al, 2013).

O pouso que se caracteriza como o terceiro passo do método cartográfico que é a aproximação com as participantes, que se deu durante a aplicação dos testes e entrevistas. Este momento permite a formação do campo de observação e se reconfigura, a partir dos dados obtidos possibilitando coletivizar a experiência e a realização de conexões entre os gestos num movimento de ir e voltar a reconhecer e desconhecer o fenômeno estudado.

Neste instante, os dados foram coletados por meio de entrevistas, aplicação de testes academicamente validados, que se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe destacar que a presente investigação atendeu a todos os critérios da Resolução nº 466/2012 e 510/16, que regulamentam as pesquisas com seres humanos no Brasil sendo cumpridos todos os preceitos ético-legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilo dos participantes. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com CAEE: 26529819.6.0000.5268 e aprovado sob o número 3.785.859.

A população do estudo foi constituída por 10 portadores de Artrite Reumatoide, que preencheram e atenderam aos critérios de inclusão: ser diagnosticado com esta enfermidade,

com idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, e que aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE, o critério de exclusão adotado foi possuir outro tipo de doença reumática que não fosse Artrite Reumatoide.

A quarta e última fase de atenção do cartógrafo, o reconhecimento, que pode ser entendido como a forma de interseção entre a percepção e a memória. O reconhecimento se constituiu pela análise dos dados seguindo o referencial teórico-analítico de conteúdo disposto por Bardin (2011) e a análise qualitativa realizada pela matematização dos dados gerados pela aplicação dos testes.

A partir do reconhecimento é possível analisar questões que envolvem a funcionalidade dos participantes e identificar as áreas funcionais mais prejudicadas pela AR.

A partir destas descrições iniciou-se a coleta dos dados, a partir da compreensão de que o paciente com doença crônica e seus familiares se constituem como parte essencial do tratamento. A educação em saúde está intimamente relacionada à melhoria na compreensão da doença e aumento na adesão ao tratamento.

### **3. Resultados**

Os primeiros 12 meses do início da doença (AR inicial), especialmente as 12 primeiras semanas (AR muito inicial) podem ser consideradas a porta de conveniência terapêutica, pois se ocorrer o controle inadequado do processo inflamatório, o mesmo provocará danos irreversíveis nas articulações. Desta forma, a identificação inicial do quadro e o início do tratamento na atenção primária, poderá gerar redução de danos articulares e ampliar a remissão da enfermidade.

Fizeram parte deste estudo 10 mulheres com diagnóstico de AR, contabilizando 100% da amostra sendo do sexo feminino, todas residentes no município do Rio de Janeiro, com idade no momento do estudo variando entre 45 a 70 anos (Tabela 1).

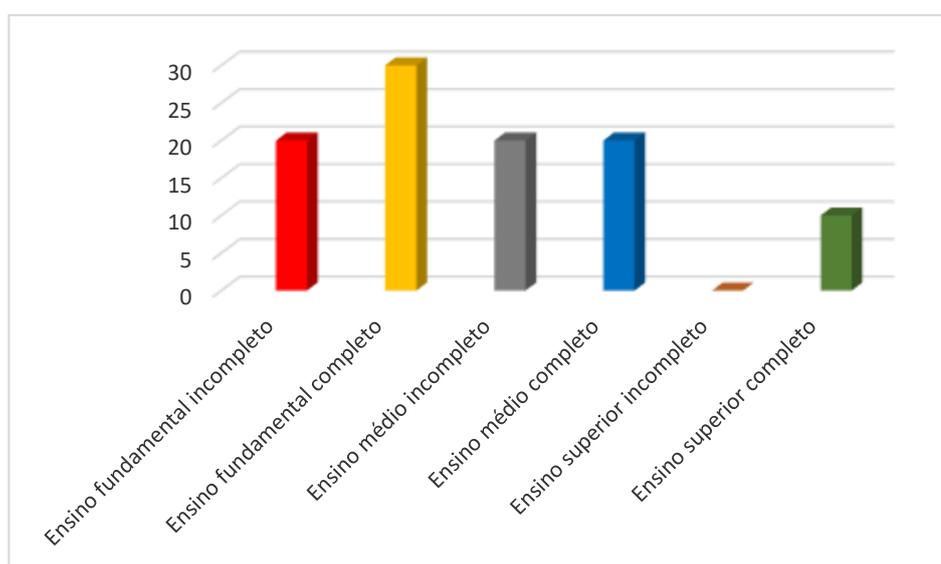
**Tabela 1** – Dados analisados pela matematização das idades.

| Idade        | N | %  |
|--------------|---|----|
| 45 – 50 anos | 1 | 10 |
| 51 a 55 anos | 1 | 10 |
| 56 a 60 anos | 3 | 30 |
| 61 a 65 anos | 2 | 20 |
| 66 a 70 anos | 3 | 30 |

Fonte: Autores.

Em relação à escolaridade (Gráfico1) identificou-se que elas variam de ensino fundamental incompleto a nível superior, sendo que a maior parcela possui até o ensino médio incompleto (70%), o que possibilita seguir as orientações médicas e educativas ministradas pelos profissionais de saúde, que acompanham o caso.

**Gráfico 1** – Distribuição dos dados em relação à escolaridade.



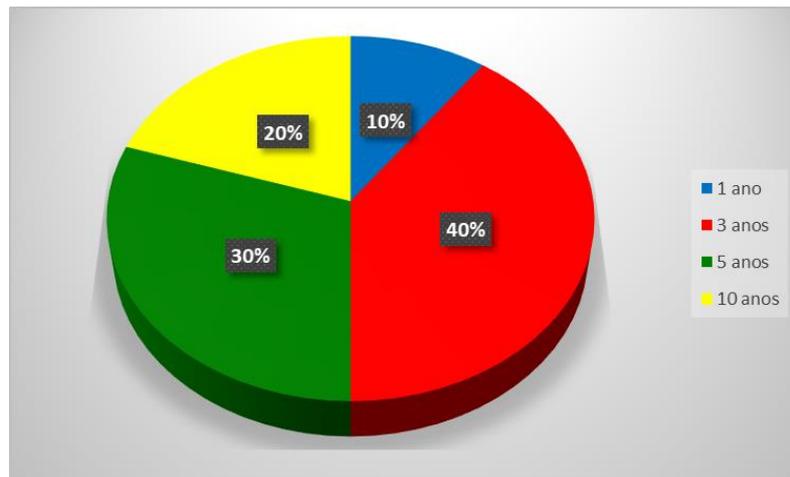
Fonte: Autores.

Sintomas como dor em articulações tipicamente comprometidas pela AR (articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e punhos), dificuldade em fechar as mãos pela manhã e rigidez matinal prolongada, são os sintomas referidos como os mais impactantes no viver do cliente com AR. Por isso, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado o mais precocemente, devendo ser estabelecido nas primeiras 12 semanas, após o diagnóstico

médico, uma vez que, o início precoce do uso das medicações modificadoras do curso da doença buscam prevenir danos estruturais (erosões), melhorando a capacidade funcional.

Desta forma, o tempo médio de tratamento após o surgimento dos sintomas, neste estudo foi de aproximadamente 4,8 anos de ingestão medicamentosa (Gráfico 2).

**Gráfico 2** – Distribuição do tempo de tratamento.



Fonte: Autores.

### ***Questionário de qualidade de vida***

Qualidade de vida tem conceito multidimensional incorporando todos os aspectos da vida humana: dimensão física, funcional, emocional, social e espiritual, para o domínio de Estado geral representado pela percepção das participantes em relação a todos esses aspectos, identifica-se que as respostas obtidas das portadoras de AR, demonstram haver perda do estado geral, caracterizado pelo agravamento dos sintomas ao acordar.

Na anamnese realizada com as 10 participantes gerou a seguinte estatística descritiva referente aos domínios comparáveis da SF-36, assim como a pontuação total no instrumento, encontra-se apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição da análise da Qualidade de Vida da amostra.

| Anamnese                    | P.1     | P.2       | P.3       | P.4    | P.5       | P.6       | P.7       | P.8       | P.9        | P.10      |
|-----------------------------|---------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Estado Geral                | 20      | 15        | 15        | 15     | 15        | 8         | 15        | 15        | 8          | 15        |
| Capacidade Funcional        | 0       | 25        | 0         | 20     | 5         | 25        | 0         | 0         | 55         | 0         |
| Limitações aspectos físicos | 0       | 0         | 0         | 0      | 0         | 0         | 0         | 0         | 50         | 0         |
| Aspectos emocionais         | 33,3    | 0         | 0         | 0      | 0         | 0         | 0         | 0         | 66,6       | 0         |
| Aspectos sociais            | 0<br>0  | 50<br>100 | 0<br>33,3 | 0<br>0 | 12,5<br>0 | 12,5<br>0 | 0<br>87,5 | 0<br>62,5 | 37,5<br>25 | 0<br>37,5 |
| Dor                         | 50<br>0 | 0<br>0    | 0<br>0    | 0<br>0 | 0<br>0    | 11<br>10  | 0<br>0    | 0<br>0    | 22<br>20   | 0<br>0    |
| Vitalidade                  | 35      | 10        | 10        | 0      | 5         | 10        | 45        | 5         | 55         | 15        |
| Saúde Mental                | 24      | 40        | 48        | 20     | 32        | 28        | 48        | 8         | 72         | 20        |

Fonte: Autores.

No que se refere ao estado geral de saúde (perguntas 1 e 11) foram apresentados dois valores distintos para o mesmo domínio, dado que os escores obtidos não devem ser somados a fim de gerarem uma média para o mesmo, pois os dados ao serem projetados na fórmula do domínio, identificou-se que as participantes se encontram dentro da média, somente uma que teve pontuação 0 (zero) que encontrava mais debilitada. O que evidencia a existência de comprometimentos, mas que elas sabem conviver com os sintomas e complicações da AR.

A capacidade funcional pode ser compreendida como o potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano (Corbacho & Dapuetto, 2010).

O Domínio Capacidade Funcional apresentou grande defasagem, pois mais de 50% das participantes do estudo somaram escores 0 (zero) ou inferior a 6 (seis), valor indicativo de sério comprometimento funcional, que pode ser expresso pela necessidade de auxílio para a realização de tarefas rotineiras, abrangendo dois tipos de atividades: Atividades da Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) ocasionando diminuição da autonomia e o início do processo de dependência (Barbosa et al, 2014).

No domínio Limitações por aspectos físicos 90 % das participantes do estudo, na escala de 0 a 100 a ser pontuada, elas somaram escores igual a 0 e apenas 10% e 50 pontos, o que demonstrou que este domínio apresenta comprometimento de mais de 75% de sua capacidade física, correspondentes aos sintomas e deformidades de alterações musculoesqueléticas, a dor e a fadiga oriundas dos processos inflamatórios que altera e agrava o desempenho ocupacional, envolvendo as atividades básicas, laborais e de lazer, o que pode levar os indivíduos à dependência funcional (Schnornberger et al, 2017) e desemprego.

Os dados vinculados as Limitações por aspectos emocionais, somente 20% das participantes do estudo, somaram escores diferente de 0, respectivamente 33,3 e 66,6 pontos, correspondendo que a AR coloca o seu portador em embate, consigo mesmo, enfrentando as manifestações clínicas do adoecimento e ao mesmo tempo lutando para manter sua qualidade de vida e suas aspirações futuras. Ocorre a interação entre o psiquismo e o corpo, uma vez que o ser humano é um ser simbólico e a artrite reumatoide é uma doença que a todo tempo se faz presente no viver de seu portador, por meio de algum sintoma ou deformidade.

As queixas relacionadas à dor e à inflamação afeta os clientes com AR acarretando problemas emocionais, como ansiedade e depressão. No entanto, faz-se necessário ressaltar que a artrite reumatoide é devastadora na vida de seus portadores, quer seja pelo impacto direto nas atividades cotidianas, profissionais, familiares e sociais, quer pelo impacto psicológico gerado pela incapacidade e frustração. Estudos apontam que com a evolução da artrite reumatoide ocorre aumento da angustia, do medo e do isolamento, com prevalência de 13% a 47% acarretando sentimentos de baixa autoestima, abolição dos sonhos, desejos, as deixando sem perspectivas futuras (Santag et al, 2017).

Na esfera social, teve-se no questionário duas questões a serem respondidas, logo foram transcritos os dos valores na Tabela 2. No que tange o Domínio Social, o mesmo apresentou os maiores valores de escores, com participantes alcançando a pontuação máxima, elas verbalizaram que apesar das dificuldades físicas elas procuram manter boas relações sociais com a família, amigos e vizinhos, para não se sentirem só e terem motivação para viver.

O domínio da Dor também foi avaliado por duas perguntas gerando defasagem de 70% das participantes, este fator é extremamente limitante e interfere no desempenho ocupacional em todas as atividades cotidianas dos indivíduos, em função da deterioração funcional e perda acentuada da qualidade de vida. Corbacho & Dapuetto (2010) referem em seus estudos que os portadores de AR sofreram rupturas abruptas nos sistemas sociais do qual estavam inseridos devido à carga sintomática de dor intensa e níveis elevados de atividade da

doença, como o afastamento das atividades laborais e o impedimento de realizar atividades prazerosas como fazer crochê.

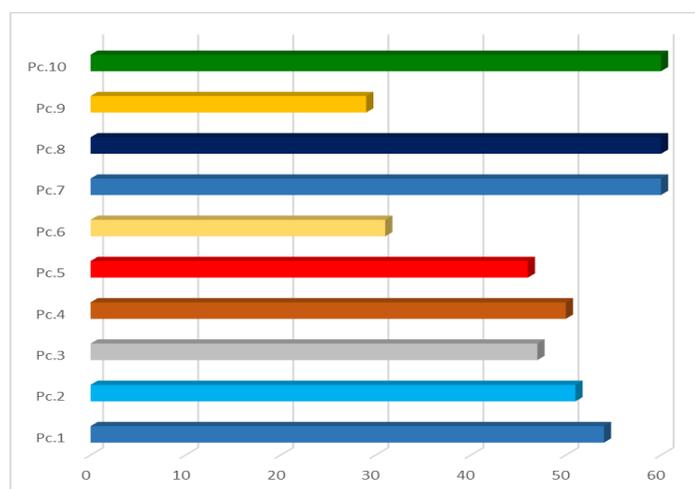
No domínio (Vitalidade) uma única participante somou a pontuação 0 no escore final, fator que indica que a mesma possui percepções negativas no que tange a vontade de viver, o vigor e sentimentos positivos relacionados ao futuro, dado que as perguntas relacionadas neste domínio se referem aos conteúdos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

O domínio - Saúde Mental- foi o que obteve os escores diferenciados e cada participante, cujo somatório dos índices foram os mais altos, o que significa melhor percepção sobre si mesma, somando até 72 pontos no escore final, representando um declínio de 28% da capacidade mental. Desta maneira, elas têm boa percepção de vida estão aprendendo a se preservar e a se cuidar, procurando valorizar em si o que tem de melhor.

### ***Questionário de Autoeficácia da Dor (PSEQ).***

Observou-se que as participantes somaram o escore final entre 29 e 31 pontos consecutivamente, representando que se sentem mais confiantes para realizar tarefas, atividades e funções do cotidiano. Este instrumento gerou escore final baixo representando que as intervenções geram autoconfiança para realizar suas atividades cotidianas, apesar do sintoma de dor.

**Gráfico 3** - Escore total por cliente Questionário de Autoeficácia da Dor (PSEQ).



Fonte: Autores.

A pontuação pode variar de 10 a 60 pontos no máximo, onde a portadoras de AR pode assinalar a cada questão (total de 10), com o mesmo valor mínimo de um (1), o que alterna é a possibilidade de assinalar maior grau de confiança ao item questionado. As participantes somaram escores entre o intervalo de 47 a 60 pontos no, demonstrando que o componente dor além de ser fator limitante fisicamente e funcionalmente, também atua sobre a integridade psicológica e cognitiva dos indivíduos (Gráfico 3) podendo alterar o seu viver.

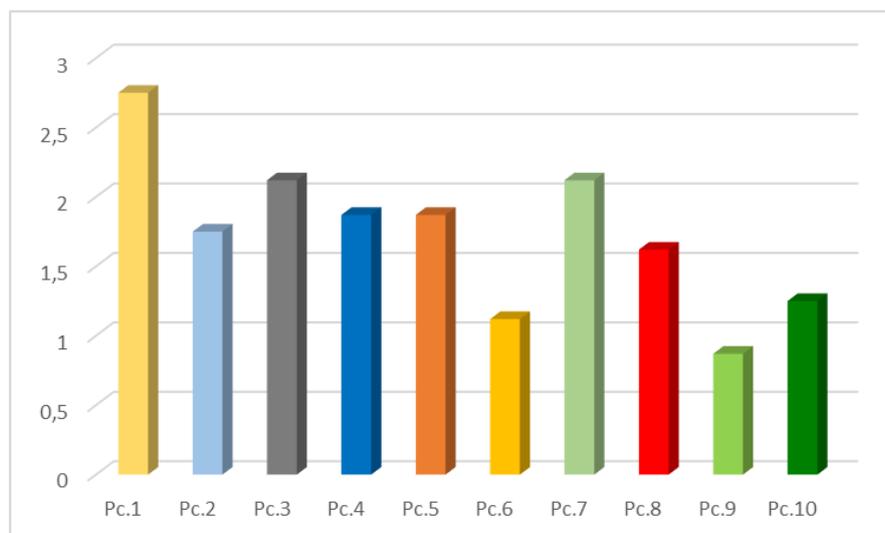
### ***Avaliação de Capacidade Funcional (HAQ).***

A Avaliação de Capacidade Funcional (*Health Assessment Questionnaire*) - HAQ, tendo como referência a última semana, a participante indicou o grau de dificuldade encontrado para realizar determinada tarefa, em uma escala Likert (escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião).

Ao responderem ao questionário baseado nesta escala, as participantes especificaram seu nível de concordância com determinada afirmação) de 0 a 3, onde (0) significa nenhuma dificuldade, (1) com alguma dificuldade, (2) com muita dificuldade e (3) incapaz de realizar. O resultado final é a média aritmética do maior escore de cada um dos oito domínios avaliados. O grau de deficiência classifica-se em: deficiência leve (HAQ de 0 a 1), deficiência moderada (HAQ > 1 a 2) e deficiência grave (HAQ >2 a 3)12.

Os resultados do teste (Gráfico 4) gerou vários valores oportunizando a categorização em três graus: 1 (uma) com deficiência leve, 6 (seis) encontram-se com grau de deficiência moderada e 3 (três) tem deficiência grave.

**Gráfico 4** - Escore Avaliação de Capacidade Funcional (HAQ).



Fonte: Autores.

Este estudo demonstra múltiplas limitações funcionais das suas participantes, fator que pode estar vinculado ao período de surto da doença, que gera intenso quadro algico, há também a possibilidade de omissão a cerca de outros fatores que possam ser enquadrados como agravantes das condições clínicas incapacitantes. Também não foram identificadas e nem avaliadas as comorbidades, fatores esses agravantes que podem acarretar hospitalizações e maior grau de dependência e incapacidade.

#### 4. Discussão

A amostra deste estudo foi composta em sua totalidade pelo sexo feminino, em idade produtiva (45 a 70 anos de idade), em sua maioria (30%) com ensino fundamental completo, achados esses que corroboram com inquéritos populacionais no que tange o maior acometimento em indivíduos do sexo feminino. Louzada-Junior et al (2007), destacam ainda que a faixa etária consagrada na literatura para ocorrência de pico de incidência da doença é após a quarta década de vida.

Segundo dados de *Norfolk Arthritis Register* a incidência para o gênero feminino é de 54/100.000 habitantes/ano e de 24,5/100.000 habitantes/ano para o gênero masculino, evidenciando cerca de duas vezes o maior acometimento no gênero feminino (Gabriel, 2001), assim a Artrite Reumatoide afeta 3 vezes mais mulheres do que homens. Diversos estudos têm relacionado o sexo feminino com o desenvolvimento de formas mais graves da doença,

maior prevalência no sexo feminino em período fértil pela associação ao efeito estrogênico (Goeldner et al, 2011).

Os indicadores de dor, estado geral do indivíduo, nível de atividade da doença, capacidade funcional e qualidade de vida foram úteis para quantificar a carga da Artrite Reumatoide no funcionamento e no bem-estar das participantes e identificar suas dificuldades para realizar atividades como cuidar de si, dos outros; fazer compras; utilizar o telefone; cozinhar, além de executar atividades prazerosas que oportunizam os laços sociais e familiares.

O entendimento de que a Artrite Reumatoide é multicausal e seu portador apresenta normalmente alterações emocionais vem gradualmente ganhando espaço, com a evolução da enfermidade é comum a presença de sentimentos como tristeza, angústia e ansiedade pelo maior grau de comprometimento funcional no desempenho das atividades rotineiras.

O sentimento de incapacidade repercute de forma negativa em suas vidas, principalmente para aquelas que possuem mais de 10 anos do diagnóstico médico, que comumente desenvolvem questões emocionais mais graves, com sofrimento psíquico importante, como: transtornos mentais graves (depressão e outros), isolamento, prejuízos na participação social e desdobramentos negativos na qualidade de vida.

Roma et al (2014) destaca que além de todas as dificuldades e dores relacionadas à doença, as pessoas também podem ser acometidas por problemas psiquiátricos como depressão e ansiedade. Costa et al (2008) por vez, refere que seu estudo objetivou avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com Artrite Reumatoide, referindo que eles surgiram, após a doença. Neste sentido, o bem-estar das mulheres é uma questão importante para a Terapia Ocupacional e o advento de novas ferramentas de medição tem levado a melhor compreensão dos aspectos mentais associados a esta doença crônica (Santag et al, 2017).

Pode-se identificar que nas participantes com alta atividade da doença, ocorreu maior dispersão dos dados nos escores mais baixos na maioria dos domínios, refletindo em grande alteração do humor (limitações emocionais e sociais). A maioria das participantes não relata presença de sentimentos negativos, depressão e tendência ao isolamento como queixas principais, no entanto, pode-se identificar a relação de atenção às suas necessidades, pelas mudanças na rotina, reestruturação na organização de tarefas cotidianas e carga de trabalho.

O uso do instrumento de mensuração da capacidade funcional identificou que a perda funcional das participantes encontra-se em sua maioria na realização dos serviços domésticos, como lavar roupas e cozinhar, também foram relatados limitações na realização da higiene

pessoal e para vestir/despir, demonstrando que o agravamento dos sintomas atua diretamente sobre a capacidade de desempenho das atividades rotineiras, seja pelas deformidades já instaladas, pelo intenso quadro álgico e/ou fadiga presentes. Desta forma, faz-se necessário a observação dos clientes com AR, com maior proximidade, considerando fatores como: idade, sexo, tempo de doença, comorbidades, medicações em uso e sinais e sintomas.

Diniz et al. (2017) refere que a perda de funcionalidade após 5 anos tem correlação com o sexo feminino, idade mais avançada no início da doença e presença de comorbidades, podendo acarretar múltiplas hospitalizações e até mesmo a morte.

O tratamento do indivíduo com Artrite Reumatoide precisa envolver mais do que medidas farmacológicas e de acompanhamento, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias que viabilizem a educação do mesmo. Segundo Noordhoek & Loschiavo (2005) o conhecimento sobre a doença e orientações de Proteção Articular e Conservação de Energia fazem com que os indivíduos assumam posturas mais ativas frente ao tratamento, o que corrobora para o maior controle dos sintomas da doença e auxilia na melhoria da qualidade de vida.

Fatores moderadores, como apoio social e estratégias de enfrentamento podem ser importantes ferramentas para a redução da depressão, ansiedade e medo, assim como a participação em grupos semanais de apoio podem gerar maior envolvimento social e possibilidade de desbloqueio dos conteúdos internos gerados pela alteração do viver provenientes dos sintomas da AR. Oportunizando desta maneira, melhoria da qualidade de vida e mudanças positivas no comportamento frente à enfermidade.

A Artrite Reumatoide acomete pessoas em idade produtiva e pode determinar importantes limitações na capacidade laboral, pelo comprometimento dos movimentos e articulações, pois comumente ocasiona dificuldade de preensão, redução da amplitude de movimento, fadiga precoce e dor durante a execução de alguns movimentos em específico. Essas limitações acarretam afastamentos constantes da atividade laboral e custos relacionados e incorporados aos gastos da saúde (Schoels et al, 2010).

As mulheres deste estudo possuem desejos, sonhos, são de grupos etários diferentes, com múltiplas culturas, níveis de escolaridade e inseridas em contextos socioeconômicos distintos, no entanto, identificam na Terapia Ocupacional uma profissão capaz de auxiliá-las na resignificação de seus cotidianos, por meio do desempenho ocupacional das múltiplas tarefas de novas formas. Fator que tem impactado consideravelmente na melhora da qualidade de vida das mesmas.

## 5. Conclusão

Por meio deste estudo, pode-se destacar que a Artrite Reumatoide possui grande impacto sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos clientes, gerando múltiplos complicadores para o desempenho ocupacional dos papéis sociais de seus portadores. Ademais, o diagnóstico precoce, o acompanhamento multiprofissional/ interdisciplinar e a educação em saúde são aliados na melhora do prognóstico vital e funcional dos portadores de AR.

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

Os achados da pesquisa constataram como a Artrite Reumatoide interfere na realização das Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária, no lazer, no trabalho e em sua qualidade de vida.

Observou-se que a Terapia Ocupacional ofereceu suporte importante, de acordo com as necessidades de cada mulher em seu contexto de viver e se relacionar. Espera-se que com este estudo, os trabalhadores e gestores de saúde estejam mais sensíveis no que tange as limitações cotidianas provenientes dos sintomas da Artrite Reumatoide e possibilitem diferentes desdobramentos sobre o cuidado deste público, levando em consideração a constante necessidade da melhora da qualidade de vida e independência.

## Referências

Alamanos Y, Voulgari PV & Drosos AA. (2006). Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 36(3):182-8.

Barbosa BR, Alemida JM, Barbosa MR & Barbosa LARR. (2014). Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Rev Ciênc saúde colet.* 2014 Ago; 19 (8): 3317- 3325.

Bardin L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bombardier C, Barbieri M, Parthan A, Zack DJ, Walker V, Smolen JS & Macarios D. (2012). The relationship between joint damage and functional disability in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 71(6):836-44

Carvalho, MGR; Noordhoek, J & Silva, MCO. (2006) Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 46,(2),134-136.

Corbacho MI & Dapuetto JJ. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 50 (1): 31-43

Cordeiro, JR. (2005). Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil [Validation of the Role Checklist for patients with chronic obstructive pulmonary disease]. Tese de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

Costa AF, Brasil MAA, Papi JÁ & Azevedo MNL. (2008). Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 48(1):7-11

Gabriel SE. (2001). The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 27:269–81.

Goeldner,I; Skare,TL; Reason, IT & Utiyama,SRR . (2011). Artrite Reumatoide: uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*.47(5).495-503.

Kastrup, Virgínia. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 15-22.

Laguardia, J., Campos, M.R., Travassos, C., Najar, A.L., Anjos, L.A. & Vasconcellos, M.M. (2013). Dados normativos brasileiros do questionário Short Form -36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol*. 16 (4): 889-97

Luz, KR; Souza, DCC & Ciconelli, RM. (2007). Vacinação em Pacientes Imunossuprimidos e com Doenças Reumatológicas Auto-Imunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*.47 (2) 106-113.

Minayo MCS. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec.

Moreira, AB. (2017). Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Vita et Sanitas*. 2(1)79-91.

Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, Freitas, V.C.; Silva, N.A.; Louzada-Junior, P.; Rina Giorgi D. N; Lima, R. A.C & Pinheiro. G.R.C (2011). Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 51(3):207-19

Mota, LMH; Laurindo, IMM; Neto, LL. (2010) Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(3)235-248.

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

Occupational Therapy Practice – AOTA - (2008). *Framework: Domain & Process*. 2nd. The American Journal of Occupational Therapy, 62(6)625-683.

Passos E, Kastrup V & Escóssia (2009). *L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.

Roma I, Almeida ML, Mansano NS, Viani GA, Assis MR & Barbosa PMK. (2014) Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 54(4):279–286.

Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ & Van den Bos G. (2004). Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis: effect on health-related quality of life. *J Rheumatol* 31:58-65

Salvetti M & Pimenta, C. (2005). Chronic Pain Self-Efficacy Scale portuguese validation. *Rev de Psiquia Clínica*. 32 (4): 202-210.

Santag I, Sousa D, Dario AB, Ribeiro GG, Domenech SC, Junior NGB & Gevaerd MS. (2017). Estado de humor na Artrite Reumatoide. *ConScientiae Saúde*.16 (3): 327-334.

Schnornberger CM, Jorge MSG & Wibeling LM. (2007). Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. *Relato de casos. Rev Dor*. 8 (8): 365-69.

Schoels M, Wong J, Scott DL, Zink A, Richards P, Landewé R, Smolen JS & Aletaha D (2010). Economic aspects of treatment options in rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 69:995-1003

Tele saúde. (2017). Orientação de Artrite Reumatoide. *TelessaúdeRS-UFRGS Porto Alegre* [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_artrite\\_reumatoide.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_artrite_reumatoide.pdf).

Ware JE, Kosinski M & Gandek B. (2003). *SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Joyce Chaves de Souza Araújo – 65%

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva – 10%

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – 10%

Cristiane de Oliveira Novaes – 15%