

Estudo Descritivo dos Pacientes Atendidos no Projeto de Extensão Programa de Orientação aos Indivíduos Acometidos por Doenças Reumáticas

Área Temática de Saúde

Resumo

Artrite reumatóide (AR) é uma doença sistêmica progressiva que afeta diretamente a funcionalidade da pessoa portadora. Centrado na melhoria dos aspectos psicofísicos e da qualidade de vida dos indivíduos com doenças reumáticas, dentre elas a artrite, encontra-se o “Programa de Orientação aos Indivíduos Acometidos por Doenças Reumáticas”. O objetivo do presente artigo foi caracterizar o perfil físico sócio-econômico e cultural dos participantes deste projeto. Metodologia: utilizou-se uma análise descritiva para a síntese numérica dos dados. Resultados: participaram do estudo 15 indivíduos com AR. 53,33% dos pacientes têm mais de 60 anos, 93,33% são mulheres, 46,66% tem hipertensão arterial como patologia associada, 53,33% apontam a dor como queixa principal, e 100% conhecem a proteção articular (uma das metodologias do projeto) ao ingressarem no programa, aplicam as suas orientações, e apontaram ganhos positivos após a participação no mesmo. Conclusão: mesmo através de uma avaliação subjetiva, todos os participantes apontaram benefícios com o projeto. Assim, é importante ressaltar que as perspectivas, a curto prazo, do programa incluem a interface com a pesquisa, através da realização de um estudo que vise quantificar o impacto das atividades realizadas no projeto de extensão na qualidade de vida dos participantes, utilizando escalas já validadas e confiáveis.

Autores

Johanna Noordhoek (Terapeuta Ocupacional, Profa. Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional, Coordenadora do Projeto)

Fátima Goulart (Fisioterapeuta, Ph.D)

Fabricia Quintão Loschiavo (bolsista do Projeto de Extensão e acadêmica de Terapia Ocupacional).

Instituição

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Palavras-chave: artrite reumatóide; terapia ocupacional; proteção articular

Introdução e objetivo

A prevalência e a incidência de doenças crônicas na população em geral têm aumentado progressivamente, devido a fatores demográficos, econômicos e tecnológicos; neste contexto é de se esperar que os profissionais de saúde, deparem-se, cada vez mais com pacientes com doenças crônicas, com incapacidades, limitações, que requerem auxílio e suporte para o desempenho de suas atividades (Medeiros; Ferraz; Quaresma, 1998).

De acordo com Meenan (1981, apud Medeiros; Ferraz; Quaresma, 1998), nos EUA, mais de 30 milhões de adultos sofrem de uma ou mais condições crônicas que limitam suas atividades, sendo as artrites e as doenças músculo-esqueléticas as mais comuns.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), citado por Seidl; Zannon (2004), a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. E ainda como ressaltado pela OMS, fazem

parte da natureza multidimensional deste construto, quatro dimensões ou fatores; a física – percepção do indivíduo sobre sua condição física-, a psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva-, o relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida-, e o ambiente – percepção do indivíduo sobre os aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Segundo Medeiros et al (1998), as doenças crônicas geram importantes repercussões tanto econômicas, como sociais, físicas, familiares, como resultado de seus efeitos biológicos, afetando, assim, a qualidade de vida do paciente como um todo.

A artrite reumatóide (AR) é uma doença sistêmica progressiva, caracterizada por remissões e exacerbações de inflamação destrutiva do tecido conjuntivo, principalmente na membrana sinovial das articulações, que resulta em sinovite crônica simétrica, dor, perda de movimento, deformidades e déficits funcionais associados (Spencer, 2002).

O diagnóstico baseia-se principalmente na evolução clínica, mais que na histopatologia, pois não existe qualquer achado específico para AR. Desta maneira, um paciente é considerado portador de AR se apresenta, pelo menos, quatro dos sete critérios a seguir: rigidez matinal com duração mínima de sessenta minutos; artrite de pelo menos três ou mais articulações; artrite de mãos (articulações metacarpofalangeanas ou interfalangeanas proximais) e punhos; artrite simétrica; nódulos reumatóides subcutâneos, presença de fator reumatóide, alterações radiográficas nas articulações de mãos e punhos com incidência em AP (antero posterior).

As articulações mais frequentemente envolvidas na AR são: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsfalangeanas, ombros e joelhos. Com a evolução outras articulações são afetadas, como: tornozelos, coxofemorais, cotovelos, interfalangeanas distais das mãos, dos pés, coluna cervical, esternoclaviculares e ossículos do ouvido (Carvalho; Moreira 1996). Sua etiologia tem uma conotação multifatorial, que parece relacionar fatores comportamentais, fatores ambientais (vírus, bactérias, micoplasmas, etc), o patrimônio genético, em especial HL-DR4 (talvez DR1 em algumas populações); desequilíbrio imunológico e alterações neuro-endócrinas (Carvalho; Moreira 1996).

Quanto à prevalência, esta é uma doença freqüente, ocorrendo em cerca de 1% da população geral (Carvalho; Moreira 1996). O curso da AR pode ser variável, desde acometimento leve e intermitente, até a forma mais grave e progressiva. Assim, devido a este quadro clínico, a pessoa com AR poderá apresentar graus variados de dificuldades na execução de suas atividades de vida diária (AVD's), trabalho e lazer, resultando em limitações de seu desempenho (Nordenskiöld, et al, 1994) e baixa de auto-estima, como ressaltado por Spencer (2002).

“A Terapia Ocupacional é uma profissão de saúde que auxilia o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades que são importantes para sua independência funcional, saúde, segurança e integração social” (American Occupational Therapy Association, 1999).

Desta maneira, visando o alcance de todos os objetivos propostos anteriormente pela American Occupational Therapy Association, as áreas de abrangência da intervenção terapêutica ocupacional, encontram-se centradas nas AVD's, trabalho e lazer, que são potencialmente prejudicadas em decorrência de processos que interfiram na funcionalidade dos indivíduos. Assim, considerando-se os pacientes acometidos pelas doenças reumáticas, como sendo pessoas que apresentam comprometimentos potenciais nas suas funções do cotidiano, seria indicado o tratamento terapêutico ocupacional, tanto em acompanhamento individual, como em grupo, sendo também de relevância, o acompanhamento médico para a administração de drogas e esteróides, assim como dos demais profissionais da área da saúde.

Segundo Nordenskiöld, et al (1994), o método de intervenção grupal é adequado para pacientes com doenças crônicas. De acordo com Helliwell et al (1999), o conhecimento sobre a doença, medicamentos, orientações sobre proteção articular e sobre a própria postura do

indivíduo, proporcionados no trabalho em grupo com os pacientes com doenças reumáticas, fazem com que os indivíduos assumam um papel mais ativo diante do processo de adoecer, na medida em que mobiliza a participação e controle diante dos sintomas da doença, atuando assim, diretamente, no incremento da qualidade de vida.

Dentro desta perspectiva de intervenção, encontra-se o “Programa de Orientação aos Indivíduos acometidos por Doenças Reumáticas”, que é desenvolvido, desde 1996, no Ambulatório Borges da Costa, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Este projeto centra-se na melhoria dos aspectos psicofísicos e da qualidade de vida dos indivíduos com doenças reumáticas, e nos esclarecimentos relativos a essas enfermidades, ao tratamento médico e às contra-indicações e efeitos colaterais inerentes ao uso de medicamentos.

Permeando todos estes aspectos, consideram-se ainda, as características peculiares do “estar em grupo” e do apoio mútuo, a partir do contato com outros indivíduos com patologias e quadros clínicos semelhantes.

O projeto acontece semanalmente, através de reuniões em grupo, com duração de duas horas. São metodologias utilizadas neste programa: realização de palestras interativas, nas quais os pacientes recebem as orientações de proteção articular, que são centradas em medidas que objetivam a redução de estresse nas articulações (Nordenskiöld, et al, 1994); exposições e dinâmicas realizadas por outros profissionais da área da saúde, como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, ressaltando-se assim a importância do trabalho interdisciplinar, visando a educação e esclarecimento dos pacientes quanto a patologias e como conviver com elas, uso de medicamentos, dietas e alimentação; e a realização de atividades de relaxamento, musicoterapia, socialização e lazer, descentrando assim, o foco da doença / incapacidade, para saúde / potencialidade.

Desta forma, a fim de conhecer de maneira mais sistemática o grupo que participa do “Programa de Orientação aos Indivíduos acometidos por Doenças Reumáticas”, é que, através do presente trabalho objetivou-se caracterizar o perfil físico sócio-econômico e cultural dos participantes do projeto. Além disso, visou-se também conhecer a percepção que o paciente com doença reumática tem em relação ao programa do qual faz parte.

Metodologia

Os pacientes incluídos neste estudo fazem parte do “Programa de Orientação aos Indivíduos acometidos por Doenças Reumáticas”. Os dados coletados para a caracterização dos pacientes foram obtidos a partir de uma entrevista estruturada utilizando a ficha de avaliação 1 (em anexo). Para a síntese numérica dos dados foi utilizada uma análise descritiva em porcentagem.

Resultados e discussão

Participaram deste estudo 15 indivíduos com AR, com idade variando entre 26 e 72 anos, sendo a média de 56,46 anos e desvio padrão de 13,92. A Tabela 1 mostra a síntese dos dados referentes às características demográficas dos participantes. A maioria dos pacientes é de mulheres, têm mais de 60 anos, não são casados, tem primeiro grau incompleto, atualmente são profissionalmente inativos e ganham até um salário mínimo.

Tabela 1: Características Demográficas dos Participantes

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PERCENTUAL (%)
Idade	Acima de 60 anos	53,33
	Entre 46 e 55 anos	33,33
	Entre 26 e 32 anos	13,33
Sexo	Feminino	93,33

	Masculino	6,66
Estado Civil	Não casados	60,0
	casados	40,0
Profissionalmente ativo / inativo	Não realiza nenhum trabalho	73,33
	Realiza trabalhos informais	26,66
Profissão	Exerceram atividades do lar / doméstica	46,66
	Exerceram atividades de costureira	20,0
	Exerceram outras atividades (comerciante, cozinheiro, cabeleireira)	33,33
Nível Sócio Econômico	Recebem até 1 salário mínimo	59,99
	Recebem até 2 salários mínimos	20,0
	Recebem mais de 2 salários mínimos	20,0
Escolaridade	Primeiro grau incompleto	66,66
	Primeiro grau completo	13,33
	Segundo grau completo	20,0

A Tabela 2 refere-se à patologia e aos aspectos relacionados a ela. A maioria dos pacientes citou a hipertensão arterial como a única doença associada à artrite reumatóide, a dor como queixa principal, e, a maior parte dos entrevistados tem de 10 a 20 anos de evolução da doença.

Tabela 2: Características Relacionadas à Patologia

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PERCENTUAL (%)
Patologias Associadas *	Hipertensão Arterial	46,66
	Diabetes, Hipertensão Arterial, Artrose e outras patologias	33,33
	Nenhuma patologia associada	13,33
	Depressão e doenças cardíacas	6,66
Tempo de evolução da Artrite	Até 10 anos	33,33
	De 10 a 20 anos	46,66
	Mais de 20 anos	20,0
Queixa principal	Dor	53,33
	Dor e limitação de movimentos	40,0
	Limitação de movimentos e perda da função	6,66

* O mesmo indivíduo pode estar em mais de uma categoria.

A Tabela 3 refere-se à avaliação dos pacientes quanto à sua percepção de participação no programa. Todos os pacientes só tiveram acesso às orientações sobre proteção articular quando ingressaram no grupo, e apontaram ganhos positivos após a participação no projeto.

Tabela 3: Impressão dos Participantes do Grupo após sua Inserção no Programa

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PERCENTUAL (%)
Conhecimento das orientações	Assim que ingressaram	100,0

sobre proteção articular	no programa	
Frequência de aplicação das orientações de proteção articular	Sempre	73,33
	Freqüentemente	26,66
Avaliação sobre os efeitos da participação no Programa	Diminuição da dor e melhora no desempenho de atividades	53,33
	Melhora no desempenho de atividades	46,66

Resultados e discussão

O programa atende, em sua maioria, pessoas de baixa renda, que participam sem nenhum ônus. Durante a vigência deste projeto pôde ser evidenciado um aumento no número de encaminhamentos ao programa, o que vem contribuindo para o desenvolvimento de conhecimento, característica marcante da pesquisa acadêmica.

Como pôde ser observado, a maioria dos pacientes atendidos é de mulheres, sendo que tal fato encontra-se de acordo com a literatura, que aponta um predomínio de AR no sexo feminino na proporção de 2-4:1, segundo Carvalho e Moreira (1996). Quanto à idade de acometimento é freqüente na faixa dos 30-50 anos, sendo que estimativas mais recentes têm mostrado um aumento da prevalência da AR se estendendo até à sétima década de vida (Carvalho; Moreira, 1996).

Realizando um paralelo com os resultados deste trabalho, encontra-se uma similaridade com os dados da literatura, uma vez que a maioria dos pacientes tem idade acima de sessenta anos. Como ressaltado por Trombly (1989), a AR evolui com sintomas articulares como dores intensas, deformidades, atrofia e rigidez em múltiplas articulações, diminuição da força, além dos sinais flogísticos locais e da limitação do movimento articular.

Da mesma maneira, através do levantamento de dados realizados, os pacientes apontaram, como queixa principal, a dor e a limitação de movimentos. Segundo Nordenskiöld et al (1994), a abordagem terapêutica da proteção articular surgiu em 1965, a partir de terapeutas ocupacionais e cirurgiões de mão, e foi desenvolvida com o objetivo de minimizar as conseqüências da AR.

Em 1970, esta abordagem foi disseminada, e começou a ser empregada em grupos de orientação para pacientes. Os princípios das orientações de proteção articular são: balancear os períodos de atividade com descanso; evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades; respeitar a dor; usar as articulações mais fortes, sempre que possível; evitar utilizar a mão para a realização de preensão de força; realizar um programa de exercícios regular para manutenção da força muscular e amplitude de movimento; realizar um planejamento prévio de tarefas a serem feitas no dia, evitando a fadiga e evitar permanecer em uma posição estática durante muito tempo. Desta maneira, com a implementação destas orientações, objetiva-se a manutenção da integridade articular, redução da dor e da fadiga (Palmer; Simons, 1991).

Assim, em conformidade com estes aspectos teóricos, ao avaliarem sua participação no programa, todos os pacientes responderam que aplicam as orientações de proteção articular, e apontaram ganhos positivos e benefícios após a participação no projeto e emprego de suas metodologias, citando, como resultados, a diminuição da dor e a melhora no desempenho de suas atividades.

Como ressaltado por Hahn (1995), de acordo com a OMS, promoção de saúde é o processo de capacitação do indivíduo para que ele venha a ter o controle geral e melhora sobre o seu estado de saúde global. Visando este estado de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupos de indivíduos necessitam ter a capacidade para identificar e perceber suas aspirações, satisfazer suas necessidades, mudar e/ou lidar com o seu meio (Hahn, 1995).

Ainda segundo Hahn (1995), esta é uma estratégia mediadora entre o ser humano e o seu contexto, que pode ser sintetizada em uma escolha pessoal e uma responsabilidade social em relação à saúde. Desta maneira, tendo em vista a metodologia de trabalho desenvolvida neste projeto de extensão, a intervenção terapêutica ocupacional centra-se no nível primário de atenção à saúde, ou seja, na sua promoção, na medida em que os indivíduos, mesmo já com deformidades instaladas, apreendem novas e corretas formas de lidar com o seu meio (prevenindo assim, a instalação de outras deformidades), e tornam-se aptos a assumirem um papel ativo e responsável diante do seu processo de cura, resgatando assim, o seu potencial de saúde, tendo isto, uma influência direta no incremento dos aspectos relacionados à qualidade de vida dos participantes.

Este constructo, conforme definição da OMS citada anteriormente, atualmente, de acordo com Seidl; Zannon (2004), encontra-se em processo de consolidação como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Esta consolidação é de extrema relevância, uma vez que poderá resultar em significativas mudanças nas práticas assistenciais e na solidificação de novos paradigmas do processo saúde – doença, o que pode ser de extrema valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais; aspectos estes, extremamente essenciais e importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Seidl; Zannon 2004).

Conclusões

Como pode ser observado mesmo através de uma avaliação subjetiva, todos os participantes apontaram ganhos positivos com o projeto. Desta maneira, é importante ressaltar que as perspectivas, a curto prazo, do programa incluem a interface com a pesquisa, através da realização de um estudo que vise avaliar o impacto das atividades realizadas no projeto de extensão na qualidade de vida dos indivíduos com AR, utilizando para isto, escalas já validadas e confiáveis.

Referências bibliográficas:

- American Occupational Therapy Association -AOTA-. Disponível em: <<http://www.aota.org>>. Acesso em: 20 maio 2004.
- CARVALHO, M. A. P.; MOREIRA, C. **Noções Práticas de Reumatologia**. v.1. Belo Horizonte: Livraria e Editora saúde Ltda (Health), 1996.
- HAHN, M.S. Promoção de Saúde e Terapia Ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.1, n.1, p. 10-13, 1995.
- HELLIWELL, P.S., et al. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. **Rheumatology**, Oxford, v. 38, n.4, p. 303-308, apr. 1999. Disponível em: <<http://rheumatology.oupjournals.org/cgi/reprint/38/4/303>>. Acesso em: 15 maio 2004.
- MEDEIROS, M.M.C. et al. Cuidadores: as “vítimas ocultas” das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.38, n.4, p. 189-192, jul./ago. 1998.
- NORDENSKIÖLD, et al. **Joint Protection – for Activing GUIDE**. Stockholm: The Swedish Rheumatism Association, 1994.
- PALMER, P.; SIMONS, J. Joint Protection: A Critical Review. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v. 54, n. 12, p. 453-458, dec. 1991.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 junho 2004.

SPENCER, E.A. Disfunção Ortopédica e Músculo- esquelética em Adultos. In: NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. **Terapia Ocupacional**, 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 636-647.

TROMBLY, C. A. **Terapia Ocupacional para Disfunção Física**. São Paulo: Editora Santos,1989.

Anexo- Ficha de Avaliação 1

Projeto de Extensão: Programa de Orientação aos Indivíduos acometidos por Doenças Reumáticas

Ficha de Identificação

Data: _____

1 – Dados Pessoais

Nome: _____

Prontuário: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Nível de Escolaridade:

Primeiro grau incompleto Primeiro grau completo Segundo grau incompleto Segundo grau completo

2- Vive com: Cônjuge Filhos Sozinho (a) Outros

3- Profissão que exerce ou que exerceu: _____

4- Atualmente realiza algum trabalho? _____ Qual? _____

5 - Nível Sócio Econômico (Renda Mensal da Família)

Nenhuma renda

Recebe um salário mínimo

Recebe até dois salários mínimos

Recebe mais de dois salários mínimos

6 – Patologias Associadas:

diabetes mellitus hipertensão arterial artrose osteoporose depressão

doenças cardíacas outras nenhuma

7- Medicações em uso (nome, dosagem):

8 – Há quanto tempo tem a Artrite Reumatóide? _____

9 – Qual a sua queixa principal?

Dor Limitação de Movimentos Perda de Função Não há queixas.

10 - Antes de fazer parte do Grupo você conhecia as orientações sobre a Proteção Articular?

Sim Não

11- Caso responda positivamente, o quanto você as aplicava em suas atividades diárias?

nunca raramente freqüentemente sempre

12 - E depois de fazer parte do grupo, que você já recebeu e recebe as orientações sobre a Proteção Articular, o quanto você as aplica em suas atividades diárias?

nunca raramente freqüentemente sempre

13 - Qual o resultado da participação no grupo em sua vida?

Diminuiu a dor Aumentou a dor Melhorou o seu desempenho nas suas atividades diárias

Não melhorou o seu desempenho nas suas atividades diárias Não houve mudanças