

CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE IDOSOS COM ARTRITE REUMATÓIDE

Mariana de Assis Fulfaro¹
Simone Silva e Santos Zamper²
Maria Cândida de Miranda Luzo³
Maria Helena Morgani de Almeida⁴

resumo

Artrite reumatóide (AR) é uma das principais causas de incapacidades em idosos, pois suas deformidades geram dificuldades para as atividades cotidianas. Assim, fazem-se necessários estudos que avaliem em que medida ela interfere na capacidade funcional para a realização dessas atividades e como essa população mini-

1 Terapeuta ocupacional formada pela Universidade de São Paulo. Pós-graduada em geriatria e gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual. E-mail: mari.fulfaro@gmail.com

2 Terapeuta ocupacional. Fez especialização em Terapia da Mão na Universidade de São Paulo e aprimoramento em Terapia Ocupacional em Ortopedia e Traumatologia no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP. E-mail: simonesantos.usp@gmail.com

3 Terapeuta ocupacional coordenadora da Seção de terapia ocupacional do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas da FMUSP. Email: candidaluzo@hcnet.usp.br

4 Professora doutora do curso de terapia ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Responsável pela área de geriatria e gerontologia. Mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Email: hmorgani@usp.br

miza esses efeitos. Com esse propósito, foi conduzido estudo no Hospital Escola da Cidade de São Paulo, em 2008, para caracterização da capacidade funcional de idosos com AR. Participaram da pesquisa 12 pessoas com AR - após seleção por amostra de conveniência - com pelo menos 60 anos, que deambulavam, com comprometimento de mão e punho e em seguimento clínico com reumatologista. Utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental (FOLSTEIN *et al.*, 1975) para inclusão. Para caracterização sócio-demográfica e funcional, utilizaram-se os instrumentos: Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado (ALMEIDA, 2003), Escala Numérica Verbal (ANDRADE; PEREIRA e SOUZA, 2006), goniômetro e dinamômetro computadorizados. Os resultados apontam para o comprometimento da capacidade funcional e para a escassez de práticas de autocuidado. Os participantes apontaram dificuldades para em média 5,6 atividades, sendo que 100% possuía dificuldades físicas para duas, ou mais atividades. Em média, houve redução da força de preensão e pinça e da amplitude de movimento. Práticas de autocuidado foram adotadas para 36,7% do total das atividades diárias. Considerando-se a cronicidade da AR e o envelhecimento, a tendência é que esse quadro piore. Dessa forma, há necessidade de serviços de saúde com infraestrutura para manter, ou melhorar a capacidade funcional de idosos, visando sua independência e participação social.

palavras-chave

Idoso. Terapia Ocupacional. Artrite Reumatóide. Atividades Cotidianas. Autocuidado.

1 Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença sistêmica crônica progressiva, caracterizada pela inflamação da membrana sinovial e da bainha dos tendões (PHILIPS, 1995; SWANSON, 1995; BATTISTELLA *et al.*, 1996).

De acordo com Wyngaarden *et al.* (1990), à medida que o processo patológico da AR evolui, o indivíduo pode experimentar dificuldades cada vez maiores induzidas por dor, rigidez e pela deterioração na função articular. Além disso, com a destruição da cartilagem, dos ossos, dos tendões e ligamentos da articulação, a AR frequentemente resulta em deformidades nos

membros superiores e inferiores, o que contribui significativamente para o comprometimento da capacidade funcional (ARTHRITIS FOUNDATION, 2000).

Uma vez que a doença esteja estabelecida, a destruição da articulação avança de maneira inexorável (BATTISTELLA *et al.*, 1996). Newman (2002) aponta que a pessoa com dor e deformidades por AR desenvolve dificuldades nas atividades básicas de vida diária (ABVDs), com repercussões tanto para a sua independência quanto para a sua autoestima.

Diversos autores apontam que a AR é uma das principais doenças responsáveis pelo quadro de limitação nas atividades (LEBRÃO; LAURENTI, 2003; PEREIRA; FULLER, 2004; MANN; HURREN e TOMITA, 1995). Pereira e Fuller (2004) afirmam que a prevalência dessa doença aumenta progressivamente com a idade e que um terço das pessoas a adquire após os 60 anos de idade.

Em pesquisa realizada pelo Projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), em 2003, no município de São Paulo, com a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 19,2% dos idosos apresentavam dificuldades decorrentes da AR para realizar suas ABVDs.

A diminuição da mobilidade, muitas vezes resultante da AR, prejudica a realização de atividades físicas e produtivas. Considera-se ainda que as restrições sociais, habitualmente experimentadas por aqueles que envelhecem, possam também resultar da menor mobilidade.

Duarte (2003) afirma que as incapacidades são fato crítico para a saúde e o bem estar dos idosos, pois essas envolvem principalmente trocas sociais e realização de atividades do dia-a-dia.

Considera-se que para controlar os efeitos da doença e assegurar um bom desempenho funcional é necessário apresentar e capacitar as pessoas com AR para as práticas de autocuidado. Essas práticas visam otimizar sua capacidade funcional e garantir pelo maior tempo possível a realização das atividades cotidianas com independência e conforto.

De acordo com Orem (1991), autocuidado pode ser entendido como ações que uma pessoa realiza ao seu favor. Sendo essas dirigidas ao controle do comportamento e do ambiente, com o intuito de manter a vida, saúde e especialmente o bem estar.

A intervenção da Terapia Ocupacional em idosos com AR centra-se na análise de realização por parte desses de suas atividades cotidianas, uma vez que as técnicas adotadas para realização dessas atividades podem determinar o grau de dependência funcional.

Segundo Noordhoek e Loschiavo (2005), com base na análise do desempenho funcional e em aspectos culturais, emocionais, educacionais, cognitivos e ambientais, a Terapia Ocupacional compartilha informações sobre a doença, os medicamentos e presta orientações voltadas à proteção articular e à conservação de energia – medidas requeridas para realização de atividades com maior conforto e segurança. Dessa forma, valoriza os indivíduos como agentes responsáveis pelo seu autocuidado.

Outras práticas de autocuidado têm sido adotadas por terapeutas ocupacionais na atuação com idosos e têm como objetivo preservar, ou melhorar o desempenho em atividades cotidianas. Essas práticas visam facilitar a execução das atividades, minimizando o impacto biomecânico sobre as estruturas articulares e compreendem, basicamente, modificações ambientais e uso de tecnologia assistiva, como órteses e adaptadores para abrir latas, ler e usar talheres (NORBURN *et al.*, 1995; ALMEIDA, 1997; GILL *et al.*, 1999; GITLIN *et al.*, 2002).

Segundo Rogers e Holm (2002), cabe aos terapeutas ocupacionais avaliar e analisar condições comportamentais e ambientais que restrinjam ou facilitem as atividades cotidianas, auxiliando, dessa forma, o indivíduo a eleger e desenvolver atividades que tenham relação com seus interesses e potencialidades, e propor técnicas adaptadas, métodos apropriados e ajustes ambientais à situação.

O presente artigo tem como propósito caracterizar a capacidade funcional de um grupo de idosos com AR, a partir de dados de amplitude articular, força e dor nas mãos, presença e grau de prejuízo funcional e estratégias de enfrentamento para a realização de atividades cotidianas.

Considera-se essa caracterização fundamental à elaboração de um futuro programa de orientação voltado à independência e conforto desses idosos, podendo ainda, constituir-se como referência para a condução de novos estudos junto a essa população.

2 Caracterização de idosos com artrite reumatóide

A caracterização da capacidade funcional de idosos com AR foi realizada em 2008, com pacientes de um Hospital Escola da Cidade de São Paulo.

A população alvo foi composta por uma amostra de conveniência, formada exclusivamente por pessoas com as seguintes características: a) 60 anos ou mais; b) diagnóstico de AR e seguimento clínico com reumatologista do Hospital Escola; c) fora da fase de crise aguda; d) com comprometimento

de mãos e punhos; e) deambulando de forma independente; f) com interesse em participar do estudo; e g) com 24 pontos, ou mais no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN *et al.*, 1975).

A aplicação de um instrumento de rastreio das funções cognitivas – neste caso, o MEEM – com possibilidade de exclusão de idosos que obtivessem menos de 24 pontos na avaliação, buscou ampliar credibilidade aos resultados obtidos no estudo (FOLSTEIN *et al.*, 1975).

A partir da leitura de prontuários do Hospital Escola, foram selecionados, com base nos critérios definidos para a participação no estudo, 40 idosos. Desses, 20 não foram localizados, 6 não quiseram participar do estudo, um faleceu e um não obteve pontuação satisfatória no MEEM. Nesse caso, tal idoso foi encaminhado aos serviços de referência para avaliação e atenção às suas funções cognitivas. Dessa forma, participaram efetivamente do estudo 12 idosos.

Essa amostra de idosos com AR foi caracterizada de acordo com aspectos sócio-demográficos, grau de força, amplitude de movimento articular, dor nas mãos, graus de dificuldade para realização de atividades cotidianas e adoção de práticas de autocuidado como estratégias de enfrentamento.

O levantamento desses dados foi realizado por meio da aplicação individual do seguinte instrumental: 1) Instrumento para a Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado (ALMEIDA, 2003), 2) Escala Numérica Verbal (ANDRADE; PEREIRA e SOUZA, 2006), e 3) dinamômetro e goniômetro computadorizados da Biometrics®.

O Instrumento CICAc foi elaborado e validado por Almeida (1997, 2003) e Almeida *et al.* (2008). Esse Instrumento possibilita identificar atividades que compõem o universo ocupacional e informa sobre níveis de independência funcional para a realização dessas atividades. Tem ênfase nas práticas de autocuidado adotadas por idosos, para manter ou melhorar sua capacidade funcional para atividades cotidianas.

Quanto à dor nas mãos, os participantes foram avaliados por meio da Escala Numérica Verbal (ANDRADE; PEREIRA e SOUZA, 2006). Esse é um instrumento unidimensional para a avaliação de dor. Nele, a pedido do avaliador, o sujeito atribui verbalmente à sua dor uma pontuação numérica de “0” a “10”, sendo que “0” representa “nenhuma dor” e “10” “a pior dor imaginável”.

As medições de amplitude articular de movimentos de flexo-extensão nas seguintes articulações: metacarpofalangianas (MCF), interfalangianas proximais (IFP), interfalangianas distais (IFD) e punho, e as medições de força de preensão palmar e de pinça, foram realizadas, respectivamente, por

meio de goniômetros e dinamômetros computadorizados, fabricados pela Biometrics®, e do software E-Link. O ponto de referência adotado para a posição anatômica foi o de 0°.

A Biometrics® modificou os dinamômetros da Jamar® e goniômetros convencionais fazendo com que, através do software E-Link, os dados obtidos pelas medições fossem transferidos automaticamente para um banco de dados eletrônico. Esse sistema permite ao avaliador fazer medições precisas e análise estatística.

Após serem tabulados, analisamos a distribuição dos dados, utilizando medidas estatísticas de tendência central, tais como proporção e média. A partir dos resultados, foi possível verificar a presença e o grau de prejuízo funcional e a repercussão sobre as atividades cotidianas referida pelos participantes.

3 Resultados

Dentre os 12 idosos participantes, 11 (91,6%) eram mulheres. A faixa etária variou de 60 a 79 anos, sendo que 9 (75%) tinham entre 60 e 69 anos, e 3 (25%), entre 70 e 79.

Os entrevistados listaram em média 5,6 atividades cotidianas para as quais tinham dificuldades de diversas ordens, sendo que 100% deles possuíam dificuldades físicas para duas ou mais atividades cotidianas. As principais atividades referidas foram instrumentais, seguidas pelas atividades de lazer e básicas.

A investigação sobre as ABVDs, que segundo Almeida (2003), referem-se ao “cuidado de si mesmo”, apontou que todas essas atividades – banho, vestuário, uso do toalete, transferência postural, continência, alimentação, locomoção, cuidados com a pele, cabelos, unhas, dentes e face, e comunicação – fazem parte do universo ocupacional desses idosos. No entanto, os idosos referiram dificuldades físicas para realizar em média 5 dessas atividades, sendo que: 7 citaram dificuldades para cuidados com a pele, cabelos, unhas, dentes e face; 6, vestuário; 4, locomoção; 3, banho e 1, uso do toalete. As atividades de transferência postural, continência, alimentação e comunicação não foram mencionadas como sendo difíceis.

As atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que de acordo com Almeida (2003) são as “habilidades para viver em comunidade, cuidar de idosos e crianças e realizar tarefas de casa”, eram desempenhadas pela população analisada. Entretanto, esses idosos sentiam dificuldades de ordem

física para fazê-las. Das 9 atividades que fazem parte desse universo, 8 foram citadas como difíceis de serem realizadas; 7 pessoas mencionaram dificuldade para tarefas domésticas; 6, compras; 5, lavagem de roupas e uso de meios de transporte; e 2, preparo de comida, uso de telefone, comparecer às consultas, ou outros tratamentos, e receber pagamentos, pagar contas e controlar o orçamento. A única atividade não mencionada como de difícil realização foi tomar medicamentos conforme receitados.

Os idosos avaliados possuíam redução da força de preensão palmar quando comparados com dados obtidos da literatura para pessoas da mesma faixa etária. Em média tivemos como resultados 8,6 kg na mão esquerda e 8,7 kg na mão direita, sendo que Swanson e Matev (1970) apontam como padrão de normalidade para essa faixa etária uma força média de preensão palmar de 22 kg.

Os participantes também apresentaram força de pinça reduzida, conforme quadro 1, uma vez que Swanson e Matev (1970) apontam como padrão de normalidade para faixa etária uma força média de pinça de 4,9 kg em mulheres e 7,7 kg em homens.

Quadro 1 – Resultados médios de forças de pinça chave, três pontos e polpa-polpa.

Tipo de pinça	Lado esquerdo	Lado direito
Pinça chave	2,4 kg	2,9 kg
Pinça três pontos	2 kg	2,1 kg
Pinça polpa-polpa	1,75 kg	1,85 kg

Encontramos também redução na amplitude de movimento articular dos idosos. No Quadro 2 é possível visualizar as médias de amplitude articular de MCF, de dedos e dos punhos.

Quadro 2 – Resultado médio de amplitude de movimentação articular de metacarpofalanges (MCF), interfalangeanas proximais (IFP), interfalangeanas distais (IFD), interfalangeanas (IF), polegar e punho dos participantes.

Articulação		Lado esquerdo		Lado direito	
		Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
MCF	2º dedo	62,6°	(-)8,6°	62,2°	(-)11,7°
	3º dedo	69°	(-)13,5°	74°	(-)22,1°
	4º dedo	72,2°	(-)15,1	74,5°	(-)26,4°
	5º dedo	65°	(-)20,7°	78,2°	(-)49,5°
IFP	2º dedo	56,7°	(+)5,8°	60°	(+)2,3°
	3º dedo	71°	(+)4,2°	67,3°	(-)4,5°
	4º dedo	63,1°	(+)5,4°	68,5°	(-)7,1°
	5º dedo	74,5°	(-)1,7	65,4°	(-)10°4
IFD	2º dedo	57,5°	(-)12°	42,8°	(-)9,4°
	3º dedo	55°	(-)6,5°	56,9°	(-)25,9°
	4º dedo	46,7°	(-)10,8°	45,5°	(-)17,7°
	5º dedo	58,6°	(-)6,8°	53°	(-)21°
Polegar	MCF	54,4°	(-)42,5°	52°	(-)29°
	IF	45,5°	(+)21,8°	36,5°	(+)23,2°
Punho		40,41	33,25	33,08	22,41

Smith, Weiss e Lehmkuhl (1997) consideram como média normal de extensão de punho 70°; de MCF do polegar, 60°, e de hiperextensão de MCF de dedos, 20°. Já a amplitude articular média normal de flexão de punho, como 90°; de MCF de dedos, 90° e a de MCF do polegar, como 45°.

Com relação à investigação de dor, 7 (58,3%) dos idosos tinham dor em ambas as mãos, sendo que a intensidade na mão esquerda variou de 1 a 7 pontos, e na mão direita de 1 a 10 pontos.

Apesar da dor, perda de força e de movimentação nas mãos, fatores que interferem diretamente na realização das ABVDs e AIVDs, práticas de autocuidado foram adotadas, de forma isolada, ou combinada, para superar dificuldades em somente 36,7% do total das atividades cotidianas e 7 (58,3%)

dos idosos deixaram de realizar de duas a cinco atividades devido a dificuldades físicas.

4 Discussão

Nesta caracterização foram reunidos dados que apontam o comprometimento da capacidade funcional das pessoas estudadas. Esse comprometimento se confirma, de um lado, pelas aferições objetivas referentes à força, amplitude e dor e, de outro lado, pela repercussão dessas limitações sobre o desempenho nas atividades cotidianas.

A menção ao fato de “não conseguir lavar roupa”, atividade dita como dificultosa pelos participantes, tem fundamentação física por meio das medições goniométricas, de força e de dor, ao mesmo tempo em que nos dá a real dimensão do impacto dessas limitações sobre o fazer cotidiano. Conforme Andrade, Pereira e Souza (2006), o prejuízo nessas medições são os principais fatores que contribuem negativamente para a qualidade de vida dos idosos, pois limitam a realização de atividades e levam ao isolamento social.

Destaca-se desta forma, que o comprometimento funcional dos idosos pesquisados indica, por um lado, que esses não correspondem aos padrões de normalidade com relação à amplitude de movimento articular e força, mas, fundamentalmente, que podem apresentar comprometimento em sua independência. A capacidade funcional é, portanto, condição requerida tanto para se conseguir mexer os dedos, quanto para a realização do autocuidado, das ABVDs, AIVDs e, principalmente, para o desempenho de papéis sociais. Nesse sentido, o prejuízo funcional ganha relevância especialmente nas dimensões sociais, econômicas e relativas à assistência em saúde.

De acordo com Litvak (1990), o envelhecimento populacional é acompanhado pelo aumento da suscetibilidade para enfermidades crônicas e incapacidades e, conseqüentemente, pelo aumento da demanda por serviços médicos, sociais e econômicos.

Os dados dessa pesquisa reafirmam a importância da capacidade funcional como indicador de saúde e bem estar, e a necessidade da criação de serviços que ofereçam atenção à capacidade funcional, num contexto de assistência integral aos idosos, ou seja, que compreenda a independência nas atividades cotidianas como valiosa condição para a manutenção, ou resgate, de sua participação social.

Por meio do estudo, os idosos foram levados ainda a imaginar algumas maneiras de compensar as dificuldades que possuíam para determinadas

atividades. Em resposta a isso, eles relataram que a maneira mais fácil de realizá-las era pedindo ajuda a alguém. Embora consideremos que pedir ajuda, ou mesmo delegar algumas tarefas a outros possa constituir-se como forma de vencer dificuldades, convém estimular outros tipos de enfrentamento que, ao serem integrados a esta, estimulam o exercício e preservação de capacidades, independência, autonomia, resgate ou manutenção de identidade e autoestima.

O processo evolutivo da AR é conhecido. Entretanto, devemos nos lembrar que os idosos acometidos são potenciais agentes de mudança de sua própria condição de saúde, desde que aspectos que interajam com essa sejam, em conjunto com eles, identificados e equacionados.

Compondo a família de classificações da OMS, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) considera que o histórico e estilo de vida das pessoas são representados pelo ambiente em que elas vivem, aliados às condições financeiras, assistenciais, relativas à rede de suporte social e por fatores pessoais, como sexo, idade, hábitos, educação e nível de instrução. A CIF admite que esses aspectos podem influenciar tanto de maneira positiva, quanto negativa no desempenho funcional e na participação social.

Fatores ambientais e pessoais podem, portanto, agravar ou atenuar os sintomas de uma doença, as funções e estruturas do corpo, interferindo diretamente no desempenho de qualquer atividade. Esses componentes interagem dinamicamente.

Nesse contexto, o apoio do Estado e da família é fundamental no processo de envelhecimento. As especificidades médicas e sociais são muitas e o apoio é um dos aspectos mais importantes da atenção à saúde da população idosa (PAPALÉO NETTO; YUASO e KITADAI, 2005).

O convívio com a AR representa uma condição desafiadora a ser enfrentada pelo idoso, familiares e pelos profissionais de saúde. As possibilidades de tratamentos capazes de postergar e retardar as sequelas provocadas pela doença devem ser oferecidas e utilizadas para promover uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Quando o indivíduo conhece a doença, suas formas de tratamento e sabe ainda como melhorar seu desempenho nas atividades do dia a dia, passa a atuar diretamente para a melhoria de sua qualidade de vida (NOORDHOEK; LOSCHIAVO, 2005).

Nesse sentido, considera-se a relevância de um programa de orientação de terapia ocupacional, com enfoque recuperativo e adaptativo, voltado a

potencializar a capacidade funcional desses idosos para o autocuidado, as ABVDs e as AIVDs.

Para o alcance dessa finalidade, o programa deve dar ênfase à orientação e acompanhamento de técnicas adaptadas para realização de atividades cotidianas, baseadas nos princípios de proteção articular e conservação de energia. Ao serem empregadas pelo próprio idoso, essas técnicas constituem-se forma de estimular, manter e ampliar ao máximo o uso dos recursos que ele ainda possui.

A proteção articular e a conservação de energia são maneiras de redistribuir as forças e tensões sobre as articulações envolvidas na realização das atividades, de forma que elas recebam apenas a quantidade de força e tensão que são capazes de absorver.

Para Yasuda (2002) e De Carlo *et al.* (2004), essas técnicas são dirigidas à utilização do corpo respeitando sua biomecânica, de maneira a não comprometer as estruturas articulares. Segundo os autores, elas reduzem a dor e as deformidades causadas pela AR a partir de alguns princípios, como balancear atividade e repouso, usar cada articulação em seu plano anatômico e funcional mais estável, evitar movimentos repetitivos, ou esforços prolongados, usar as articulações maiores e mais fortes, e poupar energia.

O programa de orientação deverá incluir, quando necessário, diminuição das demandas ambientais, uso de dispositivo auxiliar e/ou assistência (ALMEIDA, 2003), além de oferecer informações sobre a doença e promover reflexão, junto ao paciente, sobre a repercussão do problema em suas atividades diárias. Dessa forma, será possível analisar se e em quais atividades o paciente gasta muita energia em seu desempenho e se é necessário modificá-las.

Considera-se que esses conhecimentos e ações devam compor um programa de orientação em terapia ocupacional, configurando-se como práticas de autocuidado que, incorporadas ao dia a dia, tornam o indivíduo competente para o cotidiano.

Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005) defendem que para a preservação da capacidade funcional do idoso, é fundamental haver ações preventivas, assistenciais e de reabilitação. Afirmam ainda, que “[...] a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece significam a valorização da autonomia e da preservação da independência física e mental do idoso” (p. 606). No caso dos idosos avaliados, o fato de não apresentarem alterações cognitivas favorece a compreensão e retenção da informação sobre seu problema e o aprendizado das práticas de autocuidado para facilitação de suas atividades cotidianas

que, em conjunto, contribuem para o convívio com a AR e melhora de sua qualidade de vida.

5 Conclusão

Observamos que os participantes apresentam dor, diminuição do movimento articular e da força nas mãos – consequências da doença – e dificuldades para realização de parte de suas atividades cotidianas. Com base em dados da literatura, inferimos relação entre essas manifestações. Novos estudos que reúnam um maior número de participantes possibilitarão a condução de testes estatísticos para o estabelecimento de associação entre essas informações.

Considerando que a AR é uma doença crônica e progressiva, e que os pesquisados adotaram práticas de autocuidado insuficientes para superação de suas dificuldades, admite-se a relevância da criação de um programa de orientação em terapia ocupacional, com ênfase no controle das dificuldades e promoção do autocuidado aos idosos participantes do estudo.

Apesar das limitações do estudo, como restrito número de participantes e participação predominante de idosos do sexo feminino (91,6%), este reuniu importantes dados com relação à capacidade funcional de idosos com AR, fornecendo subsídios para o desenvolvimento do referido programa, constituindo-se, ainda, em referência para novos estudos e abordagens à idosos com AR.

FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF ELDERLY WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is one of the major causes of incapacity among elderly people because its deformities makes daily activities more difficult. Studies to evaluate how much this pathology interferes in functional capacity and elderly deal with it are necessary. For this purpose, a study was taken in a School Hospital in São Paulo, in 2008, to characterize functionally elderly of this problem. Twelve people with RA joined the survey, they were 60 years old or older, walkers, with impairment in hand and wrist and following with rheumatologist. The Mini-Mental Test (FOLSTEIN et al., 1975) was

applied as inclusion criteria. The evaluation protocols used for functional, demographic and social issues were: Elderly Classification of capacity for self care (ALMEIDA, 2003), Verbal numerical scale (ANDRADE; PEREIRA e SOUZA, 2006), computerized goniometer and dynamometer. The results show functional capacity impairments and lack of answers to overcome this condition. The participants named difficulty in average for 5,6 activities, being that 100% showed physical incapacity during performing 2 or more activities. In average, there were reduction of pinch and grip strength, and range of motion of the hands. Self care strategies were related to only 36,7% of the total daily activities. Once RA is a chronic disease and aging is a continuous process, the tendency is that the difficulties during daily activities will increase among the years. So, health care providers need to have framework to keep or improve functional capacity of elderly, to enhance they're independency and social participation.

keywords

Aged. Occupational Therapy. Arthritis Rheumatoid. Activities of Daily Living. Self Care.

referências

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de. *C.I.C.Ac: Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1997. 197 p. Dissertação, Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de. *Validação do Instrumento C.I.C.Ac: Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003. 215 p. Tese, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; SPINOLA, Aracy Witt de Pinho; IWAMIZU, Paula Stefanoni; OKURA, Roberta Irie Sumi; BARROSO, Lúcia Pereira; LIMA, Antonio Carlos Pedroso de. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 317-323, abr. 2008.

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276. 2006.

ARTHRITIS FOUNDATION. What is Rheumatoid Arthritis? [on-line]. *Arthritis Foundation*, 2011. Disponível em: <<http://www.arthritis.org/types-what-is-rheumatoid-arthritis.php>>. Acesso em 24 set 2011.

BATTISTELLA, Linamara Rizzo; COSSERMELLI, Wilson; SOUZA, Silvia Maria Jorge; LIANZA, Sergio. Artrite reumatóide. In: LIANZA, Sergio. (Org.). *Medicina e Reabilitação*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996. p. 242-251.

BIOMETRICS. E-Link Evaluation Overview [on-line]. *Biometrics Ltd*, 2011. Disponível em: <<http://www.biometricsltd.com/EVALUATION.htm>>. Acesso em 24 de set. de 2011.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; REYNALDO, Ana Carolina; OTANI, M.; EUSTACHIO, Renata; BEIN, Setuko Fukushima; SILVA, Silmara Nicolau Pedro da. Terapia Ocupacional em reumatologia: princípios e perspectivas. In: DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; LUZO, Maria Cândida de Miranda. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p.153-181.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.183-200.

FOLSTEIN, Marshal F; FOLSTEIN, Susan E; MCHUGH, Paul Rodney. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, n. 12, p. 189-198. 1975.

GILL, Thomas Michael; ROBISON, Julie T.; WILLIAMS, Christianna S.; TINETTI, Mary Elizabeth. Mismatches between the home environment and physical capabilities among community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, n. 47, p. 88-92. 1999.

GITLIN, Laura N.; WINTER, Laraine; DENNIS, Marie P.; CORCORAN, Mary; SCHIN-FELD, Sandy; HAUCK, Walter W. Strategies used by families to simplify tasks for individuals with alzheimer's disease and related disorders: Psychometric Analysis of Task Management Strategy Index/TMSI. *Gerontologist*, n. 42, p. 61-90. 2002.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Condições de saúde. In: LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.73-92.

LITVAK, Jorge. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n. 109, p. 2-5. 1990.

MANN, William C.; HURREN, Dianne; TOMITA, Machiko. Assistive devices used by home-based elderly persons with arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 49, n. 8, p. 810-820, 1995.

NEWMAN, Elizabeth. Disfunção ortopédica e músculo-esquelética em adultos. In: NEISTADT, Maureen E.; CREPEAU, Elizabeth Blessedeu. *Terapia Ocupacional de Willard e Spackman*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 636-647.

NOORDHOEK, Johanna; LOSCHIAVO, Fabricia Quintão. Intervenção da terapia ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 45, n. 4, ago 2005.

NORBURN, Jeane E. Kincade; BERNARD, Shumalit L.; KONRAD, Thomas R.; WOO-MENT, Alison; DEFRIESE, Gordon H.; KALSBECK, William D.; KOCH, Gary G.; ORY, Marcia G. Self-care and assistance from others in coping with functional status limitations among a national sample of older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social*, n. 50, p. 101-109. 1995.

OREM, Dorothea Elizabeth. *Nursing: concepts of practice*. 4a ed. Saint Louis: Mosby Year Book, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução: Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PAPALÉO NETTO, Matheus; YUASO, Denise Rodrigues; KITADAI, Fabio Takashi. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 594-607, out./dez. 2005.

PEREIRA, Rosa Maria Rodrigues; FULLER, Ricardo. Doenças osteoarticulares. In: LITVOC, Julio; BRITO, Francisco Carlos de. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 93-107.

PHILIPS, Cynthia A. Therapist's management of patients with rheumatoid arthritis. In: HUNTER, James M.; MACKIN, Evelyn J.; CALLAHAN, Anne D. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 4a ed. Missouri: Mosby, 1995, v. 2. p. 1345-1350.

SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO/SABE. LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SMITH, Laura; WEISS, Elizabeth Lawrence; LEHMKUHL, Don. *Cinesiologia Clínica de Brunnstrom*. 5a ed. São Paulo: Manole, 1997.

SWANSON, Alfred B; MATEV, Ivan B. The Strength of the Hand. *Bulletin of Prosthetics Research*, Michigan, v. 10, p. 145-153. 1970.

SWANSON, Alfred B. Pathogenesis of arthritis lesions. In: HUNTER, James M.; MACKIN, Evelyn J.; CALLAHAN, Anne D. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 4a ed. Missouri: Mosby, 1995, v. 2, p. 1307-1313.

ROGERS, Joan C.; HOLM, Margo B. Avaliação das áreas de desempenho ocupacional. In: NEISTADT, Maureen E.; CREPEAU, Elizabeth Blesedell. *Terapia Ocupacional de Willard e Spackmann*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.167-189.

YASUDA, Lynn Y. Rheumatoid arthritis and osteoarthritis. In: TROMBLY, Catherine Anne; RADOMSKI, Mary Vining. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 5a ed. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 1001-1024.

WYNGAARDEN, James B.; SMITH, Lloyd H.; BENNETT, Claude J. *Cecil: Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

Recebido: 09/05/2011
1ª Revisão: 27/07/2011
2ª Revisão: 23/09/2011
3ª Revisão: 13/05/2012
4ª Revisão: 21/08/2012
Aceite Final: 21/09/2012