



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Doença de Dupuytren e alcoolismo: um estudo de prevalência**

**Ana Rita Peixoto Silva Peixoto**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos Integrado)

Orientadora: Doutora Cláudia Manuela Silva Santos Lopes

Co-orientadora: Doutora Maria Eugénia Santos Calvário

Co-orientadora: Prof. Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

**Covilhã, Maio de 2014**

Por decisão da autora, esta dissertação não foi redigida ao abrigo do novo acordo ortográfico.

# Dedicatória

À minha avó, a minha estrelinha mais brilhante.

Aos meus pais e ao meu irmão.

“Este amor que vos tenho,  
limpo e puro,  
Do pensamento vil nunca tocado,  
Em minha tenra idade começado,  
Tê-lo dentro nesta alma só procuro.”  
LUÍS DE CAMÕES  
(Séc. XVI)

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à Dra. Cláudia Santos, por ter aceite colaborar e orientar este trabalho, pela confiança, pela ajuda, pelas palavras de ânimo e motivação nos momentos em que o objectivo parecia distante. Pelo contributo para o meu enriquecimento científico e profissional e pelo suporte basilar na elaboração deste trabalho.

Agradeço à Dra. Eugénia Calvário, que se disponibilizou prontamente a colaborar neste projecto, pela transmissão de conhecimentos, experiência e ajuda ao longo da recolha de dados.

Um enorme agradecimento à doutora Sara Nunes, doutorada em estatística aplicada, pela prontidão, por toda a paciência, disponibilidade e cooperação indispensável na elaboração da minha tese.

Agradeço à Dra. Marciomira Silva que não estando directamente envolvida na elaboração deste trabalho, foi uma importante ajuda na recolha de dados e me foi transmitindo confiança e conhecimentos ao longo da elaboração deste projecto.

Agradeço aos meus pais, ao meu irmão e cunhada, os meus maiores pilares, pelo apoio e incentivo constantes, e por me ajudarem diariamente a crescer como pessoa e profissional. Ao meu avô, que apesar dos seus 91 anos, continua a ensinar-me que cada dia é uma dádiva e nunca devemos desistir dos nossos sonhos. Agradeço aos meus padrinhos e aos restantes familiares e amigos pelo apoio, amizade e carinho.

Um sincero agradecimento à minha colega de curso e amiga, Nathalie Madeira, pelo contributo, pela troca de ideias, cooperação e entreaajuda para a elaboração da minha tese.

A todos os colegas mas em especial à Ângela, Daniela e Rita, companheiras nesta viagem, agradeço a amizade, companheirismo, paciência e lições de perseverança e optimismo. Esta etapa será encerrada mas a amizade continuará.

Agradeço a todos os funcionários do Centro de Saúde da Covilhã que se tornaram um importante contributo na fase de recolha de dados.

Por fim, mas não menos importante, um sincero agradecimento a toda a Universidade da Beira Interior, em especial à Faculdade de Ciências da Saúde, enquanto instituição, que me apoiou e me deu o conhecimento e a formação necessárias para a concretização do meu Mestrado Integrado em Medicina.

## Resumo

**Introdução:** A Doença de Dupuytren é uma doença fibroproliferativa de causa ainda desconhecida. Inicialmente traduz-se por um espessamento ao nível da fáscia palmar, contudo poderá conduzir ao surgimento de contractura em flexão dos dedos, com conseqüente compromisso funcional da mão afectada. Estudos apontam para a influência de possíveis factores de risco em doentes geneticamente susceptíveis, nomeadamente: hábitos etílicos e tabágicos, condições médicas como *diabetes mellitus* e epilepsia ou trabalho manual. Segundo alguns autores, a prevalência relatada de Doença de Dupuytren nos doentes alcoólicos, está estimada em 28%. Em Portugal, não existem estudos publicados que revelem a prevalência desta doença na população alcoólica.

**Objectivos:** Determinar a prevalência da Doença de Dupuytren nos doentes alcoólicos, comparar com outros estudos nacionais e internacionais e relacionar a gravidade clínica desta doença com o alcoolismo.

**Material e métodos:** Foram observados 160 indivíduos seguidos em consulta de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã. Esta observação decorreu em momento previamente agendado pelo médico de alcoologia deste Centro de Saúde, entre Dezembro de 2013 e Fevereiro de 2014. A esta amostra foi aplicado um questionário, fez-se observação das mãos, que foi realizada apenas por um observador, e recolha de dados do processo clínico. Este projecto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde.

**Resultados:** Foram entrevistados 160 indivíduos, 88,1% eram do género masculino e 11,9% eram do género feminino, a média de idades registada foi de 54,71 anos (DP=8,554). A prevalência da Doença de Dupuytren nos doentes alcoólicos da Covilhã foi de 30,6% [IC 95%:23,46-37,74]. Dos 49 indivíduos com a doença, 93,9% eram do género masculino e apresentavam uma média de idades de 58,96 anos (DP=10,909). Destes, 73,5% apresentavam trabalho manual ao longo da vida e 95,9% referiram complicações potencialmente relacionadas com o consumo abusivo de álcool. A percentagem de doentes com Doença de Dupuytren que apresentavam história familiar positiva foi de 20,4%. A doença atingiu maioritariamente a mão direita e os raios mais afectados foram o 4º, seguido do 3º. A progressão da doença nesta amostra evidenciou apenas em casos esporádicos a presença de contractura mais severa.

**Discussão/Conclusão:** A prevalência da Doença de Dupuytren encontrada neste grupo de doentes foi elevada e semelhante à referenciada na literatura para amostras de doentes alcoólicos. Verificou-se que os doentes com esta patologia apresentaram maiores consumos diários de bebidas alcoólicas e durante mais anos. Também se relacionou a presença de Doença de Dupuytren com trabalho manual ao longo da vida, idade e história familiar

positiva. Não foi possível estabelecer relação estatisticamente significativa entre esta patologia e hábitos tabágicos, *diabetes mellitus*, epilepsia e artrite reumatoide.

## Palavras-chave

Contractura de Dupuytren; Alcoolismo; Prevalência; Causalidade; Epidemiologia.

## Abstract

**Introduction:** Dupuytren's disease is a fibroproliferative disease with unknown cause. Initially reflected by a thickening of the palmar fascia, it can lead to the arising of a contracture in flexion of the fingers, with consequent functional impairment of the affected hand. Studies point to the influence of possible risk factors in genetically susceptible patients, including: ethyl and smoking habits, medical conditions such as *diabetes mellitus* and epilepsy or manual labor. According to some authors, the reported prevalence of Dupuytren's disease in alcoholic patients is estimated at 28%. In Portugal, there are no published studies that reveal the prevalence of this disease in the alcoholic population.

**Objectives:** To determine the prevalence of Dupuytren's disease in alcoholic patients, comparing with other national and international studies and list the clinical severity of the disease with alcoholism.

**Material and Methods:** Our sample consisted of 160 individuals followed in the alcoholology consultation in the Health Center of Covilhã. This observation took place in previously scheduled time by the alcoholology physician in this Health Center, between December 2013 and February 2014. To this sample, a questionnaire was applied, hands were seen by one observer and data was collected from the clinical process. This project was submitted to the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences.

**Results:** 160 individuals were interviewed, 88.1% were male and 11.9% were female, mean age recorded was 54.71 years (SD = 8,554). The prevalence of Dupuytren's disease in alcoholic patients of Covilhã was 30.6% [95% IC: 23,46-37, 74]. Of the 49 individuals with the disease, 93.9% were male and had a mean age of 58.96 years (SD = 10,909). Of these, 73.5% had manual work and 95.9% reported potentially related complications of alcohol abuse. The percentage of patients with Dupuytren's disease who had a positive family history was 20.4%. The disease mostly hit the right hand and the most affected rays were 4th, followed by the 3rd. Disease progression in this sample showed only in sporadic cases the presence of more severe contracture.

**Conclusions:** The prevalence of Dupuytren's disease found in this group of patients was high and similar to those referenced in the literature for samples of alcoholic patients. It has been found that patients with this disease had higher daily intake of alcoholic beverages and for more years. Also related to the presence of Dupuytren's disease was manual labor, age and family history. It wasn't possible to establish statistically significant relationship between this disease and smoking habits, *diabetes mellitus*, epilepsy and rheumatoid arthritis.

## Keywords

Dupuytren's contracture; Alcoholism; Prevalence; Causality; Epidemiology.

# Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Palavras-chave	vi
Abstract	vii
Keywords	viii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xii
Lista de Acrónimos	xiv
1. Introdução	1
2. Objectivos	3
2.1.Objectivos Primários	3
2.2.Objectivos Secundários	3
3. Material e Métodos	4
3.1. Tipo de Estudo	4
3.2. População	4
3.3. Critérios de inclusão	4
3.4. Critérios de exclusão	4
3.5. Selecção da amostra	4
3.6. Descrição das variáveis e sua operacionalização	5
3.7. Procedimento da recolha de dados	6
3.8. Análise estatística	6
4. Resultados	7
4.1. Características da amostra	7

4.2. Características dos doentes com Doença de Dupuytren	10
4.3. Resultados em função da presença de Doença de Dupuytren	16
4.4. Resultados em função da presença de Défice de Extensão Passiva Total	21
4.5. Resultados em função das respostas ao questionário DASH	23
5. Discussão	24
5.1. Resultados	24
5.2. Limitações do estudo	26
5.3. Pontos fortes do estudo	26
6. Conclusão	27
7. Referências bibliográficas	28
Anexos	31

# Lista de Figuras

Figura 1 - Presença de <i>Diabetes Mellitus</i> , Epilepsia, Artrite Reumatoide e Dislipidemia nesta amostra	9
Figura 2 - Diagrama do processo de selecção dos participantes do estudo	10
Figura 3 - Distribuição dos doentes com DD por faixa etária	11
Figura 4 - Tratamento farmacológico para o alcoolismo realizado pelos doentes com DD	12
Figura 5 - Comparação dos anos de consumos abusivos de álcool (em média) entre doentes com DD e doentes sem DD	18

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra por faixa etária	7
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo habilitações literárias	8
Tabela 3 - Trabalho manual ao longo da vida	8
Tabela 4 - Exposição ao tabaco, carga tabágica e anos de consumo tabágico	9
Tabela 5 - Presença de DD na amostra estudada	10
Tabela 6 - Trabalho manual nos doentes com DD	11
Tabela 7 - Hábitos tabágicos dos doentes com DD	12
Tabela 8 - Alterações laboratoriais nos doentes com DD	12
Tabela 9 - Mão afectada pela DD	13
Tabela 10 - Na presença de doença bilateral, tempo decorrido até ao aparecimento de doença na mão contralateral	13
Tabela 11 - Raios afectados	14
Tabela 12 - Graus de DEPT	14
Tabela 13 - Comparação de médias de DEPT entre as duas mãos	14
Tabela 14- Relação entre trabalho manual, história familiar positiva, presença de complicações e de alterações laboratoriais com presença de DD	16
Tabela 15- Relação entre simetria e presença de DD	17
Tabela 16- Comparação e relação entre idade e presença de DD	17
Tabela 17- Relação entre grau de ingestão de álcool e presença de DD	17
Tabela 18- Comparação entre doses de ingestão diária e sua relação com presença de DD	18
Tabela 19- Comparação de anos de consumo abusivo de álcool e sua relação com presença de DD	18
Tabela 20- Relação entre Dislipidemia e DM com presença de DD	19
Tabela 21- Relação ente hábitos tabágicos, carga e anos de tabagismo com presença de DD	19

Tabela 22- Relação entre doses diárias e anos de consumo abusivo de álcool com raios afectados	20
Tabela 23 - Valores de DEPT, considerando o grau mais grave presente	21
Tabela 24- Relação entre trabalho manual, história familiar positiva, presença de complicações e alterações laboratoriais com presença de DEPT	21
Tabela 25- Relação entre simetria e presença de DEPT	22
Tabela 26- Relação entre grau de ingestão de bebidas alcoólicas, doses de consumo diário e anos de consumo abusivo de álcool com DEPT	22
Tabela 27 - Pontuação questionário DASH	23
Tabela 28- Relação entre anos de consumo e presença de DEPT com alterações funcionais (DASH)	23

## Lista de acrónimos

AR - Artrite Reumatoide

DASH -Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand

DD - Doença de Dupuytren

DEPT - Défice Extensão Passiva Total

DGS - Direcção Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DP - Desvio Padrão

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

# 1. Introdução

A Doença de Dupuytren (DD) descrita em 1934 por Guillaume Dupuytren, continua a ser alvo de actualizações e investigações constantes.

No que respeita à fisiopatologia apesar de ainda bastante incompreendida, estudos têm verificado que a DD apresenta um aumento na deposição de colagénio tipo III relativamente ao colagénio tipo I (componente principal da fásia palmar sem doença) [1][2][3].

A doença pode apresentar-se em três formas: proliferativa, involutiva ou residual. A fase proliferativa caracteriza-se pela proliferação de fibroblastos, com conseqüente formação de nódulos. Durante a fase seguinte, involutiva, ocorre um rearranjo das células ao longo das linhas longitudinais de tensão, os miofibroblastos substituem os fibroblastos e inicia-se a formação de cordas. Na fase residual os nódulos regridem, as cordas tornam-se visíveis e a contractura progride [1].

Trata-se de um doença fibroproliferativa que afecta a fásia palmar e seus prolongamentos digitais. Caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos e cordas nas linhas de tensão longitudinal, nas fásias palmar e digital e mais tarde por uma contractura dos dedos. É uma patologia potencialmente progressiva e incapacitante [4].

Extremamente rara nas populações asiática e africana, é mais frequente em caucasianos descendentes do Norte da Europa, afectando mais comumente adultos com idades compreendidas entre 40 e 60 anos. Possui uma prevalência estimada entre 2 a 42%, dependendo da localização geográfica, raça, idade, população estudada e autores. Possui uma probabilidade nove vezes superior de ocorrer em homens [4][5][6][7][8].

Estudos sugerem a existência de uma base genética, de herança autossómica dominante de penetrância variável [9]. Em pacientes com predisposição genética foi demonstrado papel importante de vários factores na patogénese desta doença nomeadamente factores imunológicos, bioquímicos e ambientais. No que concerne aos factores ambientais é de salientar: alcoolismo, tabagismo e *diabetes mellitus* (DM). Embora de forma menos consistente, alguns estudos relatam também associação com epilepsia/ medicação epiléptica e trabalho manual [4][10][11][12][13][14][16].

O abuso de álcool é um problema complexo que assola milhares de pessoas no nosso país, de todas as faixas etárias, sendo Portugal um dos países da União Europeia com os maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool. Tratando-se de um conceito tão vasto e de descrição tão subjectiva, transcrevo a definição de alcoolismo segundo a OMS “ Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e

causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”[15].

Alguns estudos indicam que há uma associação entre o desenvolvimento da DD com alcoolismo relatando uma prevalência de 28% desta doença em doentes alcoólicos [23][24][25][26].

Com este trabalho pretende-se calcular a prevalência de DD neste tipo de doentes da Covilhã.

## 2. Objectivos

### 2.1. Objectivos Primários

1. Determinar a prevalência da Doença de Dupuytren nos doentes seguidos na consulta de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã.
2. Relacionar a Doença de Dupuytren (gravidade da contractura, utilizando o Défice de Extensão Passiva Total, DEPT, e avaliação funcional, através do questionário Disabilities of the Arm Shoulder and Hand, DASH) com hábitos etílicos: anos de consumo, doses de consumo, alterações da função hepática e presença de complicações.
3. Comparar com outros estudos nacionais e internacionais.

### 2.2. Objectivos Secundários

1. Determinar a prevalência de Doença de Dupuytren nos doentes alcoólicos por sexo e por classes etárias.
2. Relacionar a Doença de Dupuytren com ocupação manual, hábitos tabágicos, epilepsia, *diabetes mellitus*, história familiar positiva, comorbilidades, anos e doses de consumo de álcool, alterações da função hepática e mão dominante.
3. Nos casos diagnosticados, registar o grau de gravidade, segundo a idade de apresentação da doença, grau de contracção dos dedos (DEPT) e lesões ectópicas e relacionar com as alterações clínicas do alcoolismo.
4. Registar casos corrigidos cirurgicamente, recidivas e/ou extensão.
5. Estudar quais os raios afetados, lateralidade e simetria e anotar a presença de outras alterações da mão.

## 3. Material e métodos

### 3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico observacional transversal.

### 3.2. População

No âmbito da tese de mestrado foram entrevistados e observados 160 doentes inscritos na consulta de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã, que se deslocavam para a consulta previamente agendada pelo médico de alcoologia. À chegada ao Centro de Saúde os utentes aguardavam na sala de espera e eram chamados individualmente para um gabinete, onde eram informados acerca do projecto em curso e decidiam se pretendiam participar no mesmo, assinando o consentimento informado. Os utentes que participaram não receberam qualquer benefício pela sua participação no projecto.

### 3.3. Critérios de inclusão

1. Doente seguido em consulta de alcoologia no Centro de Saúde da Covilhã.
2. Residência oficial em Portugal continental.

### 3.4. Critérios de exclusão

1. Naturalidade não portuguesa.

### 3.5. Selecção da amostra

A amostra foi seleccionada de modo não probabilístico.

Tamanho total da população:

Em 6 meses são seguidos 155 pacientes, logo num ano:  $155 \times 2 = 310$  pacientes.

A fórmula utilizada para calcular o tamanho da amostra necessária foi a seguinte:

$$n = \frac{z^2 p (1 - p)}{d^2} \quad (1)$$

onde,

n: tamanho da amostra,

z: quantil de distribuição normal,

p: proporção de indivíduos que apresenta a característica a estudar,

d: margem de erro.

Neste estudo adoptou-se uma margem de erro de 5%, uma confiança a 95% (que implica ter um  $z = 1,96$ ) e uma prevalência da DD em doentes alcoólicos de 28%, que resulta em  $n = 310$ . Como a população em estudo é de 310 indivíduos (número de utentes que passa pelo Centro de Saúde da Covilhã num período de 1 ano) fez-se uma correcção do tamanho da amostra para esta dimensão populacional, obtendo-se assim o tamanho mínimo da amostra para os objectivos propostos. Neste caso, a fórmula utilizada foi:

$$n_f = \frac{nN}{N + n - 1} \quad (2)$$

onde,

$n_f$  - tamanho final da amostra corrigido quando a população em estudo é inferior a 10000;

$n$  - tamanho da amostra obtido pela fórmula anterior;

$N$  - tamanho da população de onde é obtida a amostra, neste caso 310.

Consequentemente, o tamanho mínimo da amostra a considerar para este estudo é de 155 indivíduos.

A amostra final foi de 160.

### 3.6. Descrição das variáveis e sua operacionalização

As variáveis estudadas foram: idade, género, naturalidade e grau de escolaridade; relativamente a factores que poderiam aumentar a susceptibilidade à DD: ocupação manual, hábitos tabágicos, DM, epilepsia, história familiar positiva; foram também inquiridos acerca da presença de Artrite Reumatoide (AR), condição descrita em alguns estudos como tendo uma menor prevalência de DD; no que concerne aos hábitos alcoólicos: nº de anos de consumo abusivo, doseamento de consumos diários, presença de alterações orgânicas potencialmente relacionados com estes consumos abusivos, nomeadamente dislipidemia, cirrose, hepatite, úlceras pépticas, HTA, arritmias, telangiectasias, eritema palmar, face pletórica, alterações da memória, obesidade e anemia; em relação à DD: idade de apresentação, gravidade, lateralidade, simetria, grau de contracção dos dedos afectados, outras doenças da mão e lesões ectópicas e no que refere a antecedentes cirúrgicos registar o número de cirurgias realizadas, bem como recidivas ou extensão da doença.

É de referir que relativamente ao consumo abusivo de álcool, neste estudo consideraram-se os critérios de Pekka Koskinen et al., segundo os quais, o consumo ligeiro é inferior a 30

gramas diários, o moderado de 30 a 75 gramas e o excessivo é superior a 75 gramas e considerou-se um copo de vinho e uma cerveja igual a 10 gramas e uma dose de bebidas brancas igual a 25 gramas [15][17].

### 3.7. Procedimento de recolha de dados

Este projecto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde em Outubro de 2013. Foi posteriormente aprovado pelo Coordenador da USCP da Covilhã e pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, no dia 20 de Dezembro de 2013 (parecer da Comissão de Ética em anexo).

O questionário, a observação das mãos e a recolha de dados do processo clínico foram realizados no dia da consulta de cessação alcoólica, previamente agendada, pelo médico de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã.

Os dados foram colhidos por apenas um observador, primeiro autor do trabalho, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, após treino prévio para o diagnóstico das lesões da DD, por um ortopedista experiente no diagnóstico e tratamento da doença.

Nos casos em que foi detectada a DD, informações adicionais sobre a mesma foram obtidas e o paciente respondeu ao questionário DASH, validado para português. Este questionário consiste em duas componentes, a primeira, dividida em 30 itens pontuados de 1 a 5 acerca da capacidade para desempenhar tarefas da vida diária e sintomas apresentados pelos doentes e a segunda corresponde a dois módulos opcionais, cada um com 4 itens pontuados de 1 a 5. Estes módulos opcionais permitiram identificar dificuldades que os doentes tinham ao realizar tarefas específicas não discriminadas na primeira parte do questionário, nomeadamente no respeitante ao trabalho e desporto/música.

Para se obter uma pontuação relativa à primeira parte, pelo menos 27 itens tinham que ser preenchidos. Quanto maior o resultado obtido, maior a incapacidade.

Quando se constatou a existência de contractura, foi feita a medição do grau de défice de extensão passiva total (DEPT) com recurso a um goniómetro.

### 3.8. Análise estatística

O tratamento de dados foi realizado no programa informático SPSS 21.0 “*Statistical Package for the Social Sciences*”, usando-se os seguintes testes: teste de Qui-Quadrado, teste de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Pearson. Consideraram-se os resultados significativos para  $p < 0,05$ .

## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

Dos 160 doentes considerados para a amostra, 141 eram do género masculino e 19 do género feminino, representando 88,1% e 11,9% respectivamente.

Esta amostra é caracterizada por uma grande heterogeneidade etária, sendo o mínimo de idades 25 e o máximo 90 anos, apresentando uma média de 54,70 anos (DP 11,509).

Os indivíduos foram agrupados em intervalos de faixas etárias: [25-29], [30-34], [35-39], [40-44], [45-49], [50-54], [55-59], [60-64], [65-69], [70-74] e  $\geq 75$ , podendo-se concluir que a faixa etária com maior número de indivíduos é a correspondente a [50-54] (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra por faixa etária.

Faixa etária	População da Covilhã segundo censos 2011	Entrevistados (N)
[25-29] (N=2)	2817	2
[30-34] (N=9)	3345	9
[35-39] (N=6)	3586	6
[40-44] (N=8)	3448	8
[45-49] (N=21)	3659	21
[50-54] (N=32)	3801	32
[55-59] (N=28)	3858	28
[60-64] (N=27)	3652	27
[65-69] (N=14)	3176	14
[70-74] (N=5)	2879	5
$\geq 75$ (N=8)	6194	8
Total	40415	160

Quanto ao grau de habilitações literárias, 5,6% (N=9) afirmaram nunca ter frequentado a escola, 58,8% (N=94) frequentaram o 1º Ciclo do Ensino Básico, 21,9% (N=35) frequentaram os 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, 10,6% (N=17) o Ensino Secundário e apenas 3,1% (N=5) o Ensino Superior. Podemos portanto concluir que nesta amostra, a maioria dos indivíduos possuía como habilitações Literárias o 1º Ciclo do Ensino Básico (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo habilitações literárias.

Habilitações literárias	N	%
Analfabetos	9	5,6
<b>1º Ciclo Ensino Básico</b>	<b>94</b>	<b>58,8</b>
2º e 3º Ciclos de Ensino Básico	35	21,9
Ensino Secundário	17	10,6
Ensino Superior	5	3,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

A maioria dos indivíduos pertencentes a esta amostra era natural do distrito de Castelo Branco numa percentagem de 91,2%, contudo também foram entrevistados indivíduos naturais dos distritos de Beja (0,6%), Coimbra (0,6%), Évora (0,6%), Guarda (2,5%), Lisboa (1,3%), Porto (1,3%), Viana do Castelo (1,3%) e Vila Real (0,6%).

No que concerne ao trabalho manual ao longo da vida, 61,9% (N=99) referiu ter tido trabalho manual, sendo que se consideraram como ocupações manuais as seguintes profissões: trabalhador da construção civil, carpinteiro, serralheiro, mecânico, operário fabril, mineiro, agricultor, pescador, talhante, padeiro, pedreiro, sapateiro (Tabela 3).

Tabela 3: Trabalho manual ao longo da vida.

Trabalho manual	N	Percentagem (%)
Sem trabalho manual	61	38,1
<b>Com trabalho manual</b>	<b>99</b>	<b>61,9</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

Em relação à exposição ao tabaco, 28,7% referiram nunca ter fumado, 31,9% mencionaram serem ex-fumadores mas grande parte desta amostra admitiu ser fumador, numa percentagem de 39,4%. No que concerne à carga tabágica, entre ex-fumadores e fumadores, esta amostra possuía em média uma carga de 22,96 Unidades Maço Ano (UMA) (DP=14,429). Estes mesmos indivíduos tinham em média 27,75 anos de hábitos tabágicos (DP=11,371) (Tabela 4).

Tabela 4: Exposição ao tabaco, carga tabágica e anos de consumo tabágico.

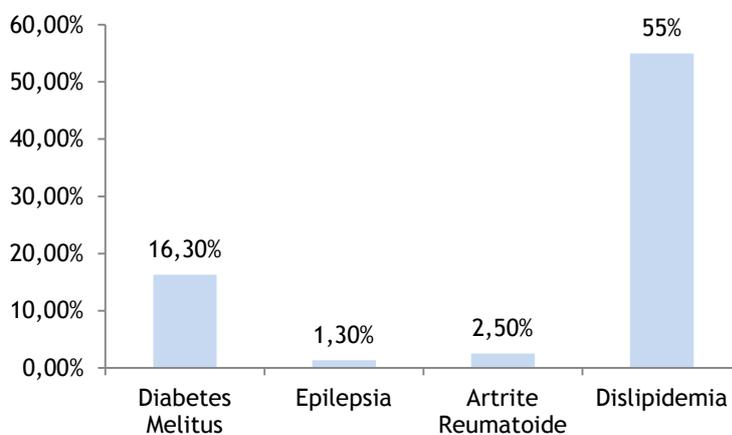
Exposição ao tabaco	Frequência	Porcentagem
Não fumador	46	28,7
Ex-fumador	51	31,9
Fumador	63	39,4
Total	160	100,0

	N (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
UMA	114(71,3)	1	63	22,96	14,429
Anos fumador	114 (71,3)	1	60	27,75	11,371

No que diz respeito à presença de outras patologias que possam estar relacionadas com o aparecimento de DD, as percentagens foram as seguintes: 16,30% (N=26) tinham DM, 1,3% (N=2) tinham epilepsia e 55% (N=88) tinham dislipidemia (Figura 1).

Nesta amostra, 2,5%, ou seja apenas 4 doentes tinham AR, que é a única condição clínica referida em alguns estudos como estando associada a uma incidência mais baixa de DD. [12] Contudo é de referir que neste estudo dos 4 doentes com AR, apenas 1 tinha DD.

Figura 1: Presença de *Diabetes Mellitus*, Epilepsia, Artrite Reumatoide e Dislipidemia nesta amostra.

Quanto à mão dominante, a maioria, 96,9% (N=155) referiu a mão direita como mão dominante e 3,1% (N=5) referiu a mão esquerda como mão dominante.

Face à presença de história familiar de DD, 90% (N=144) negaram a existência de familiares com a doença e 10% (N=16), referiram história familiar positiva. Destes, a distribuição por graus de parentesco foi a seguinte: 1º grau: 7,5% (N=12), 2º grau: 1,9% (N=3) e 3º grau 0,6% (N=1).

## 4.2. Caracterização dos doentes com Doença de Dupuytren

Após a aplicação do questionário e observação das mãos de cada paciente, foi possível verificar que a prevalência de Doença de Dupuytren nos doentes inscritos na consulta de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã foi de 30,6% (IC 95%: 23,46%-37,74%) (Tabela 5), com aparecimento da doença em média por volta dos 53,71 anos (DP=8,554).

Tabela 5: Presença de DD na amostra estudada.

DD	Frequência	Percentagem (%)
Sem DD	111	69,4
Com DD	49	30,6
Total	160	100,0

Dos 160 doentes entrevistados e observados, 49 tinham DD. Destes, 46 eram do género masculino, o que corresponde a uma percentagem de 93,9% e 3 eram do género feminino, em percentagem 6,1%, que permite concluir que nesta amostra, a DD é mais prevalente no género masculino tal como é descrito noutros estudos (Figura 2).

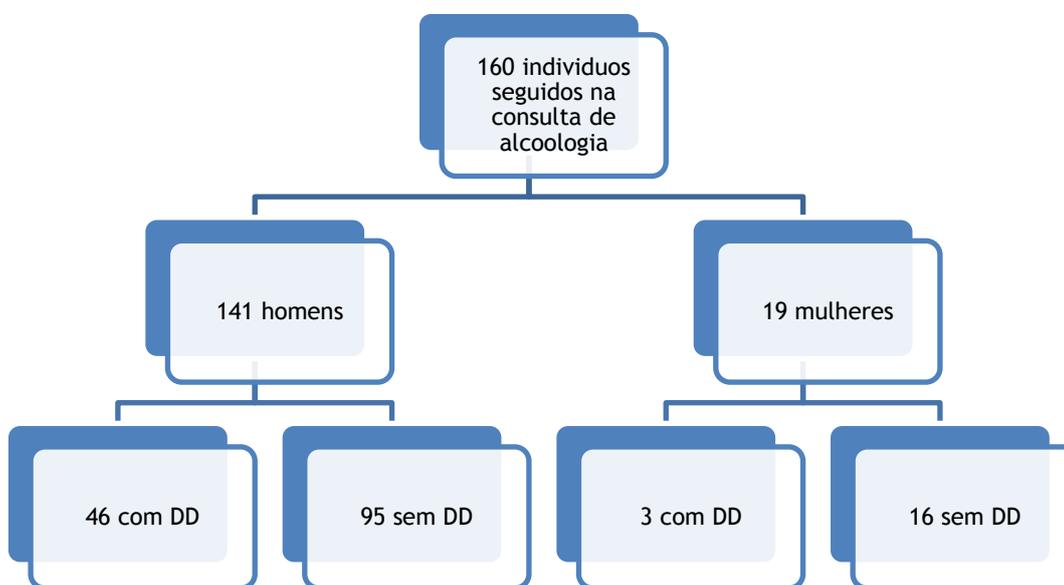


Figura 2: Diagrama do processo de selecção dos participantes do estudo.

Distribuiu-se esta amostra pelas faixas etárias apresentadas na tabela 1, e pôde-se concluir que, dos pacientes que apresentavam DD, a faixa etária com maior número de indivíduos é a correspondente a [50-54], que coincide também com a faixa etária com maior número de indivíduos entrevistados (Figura 3).

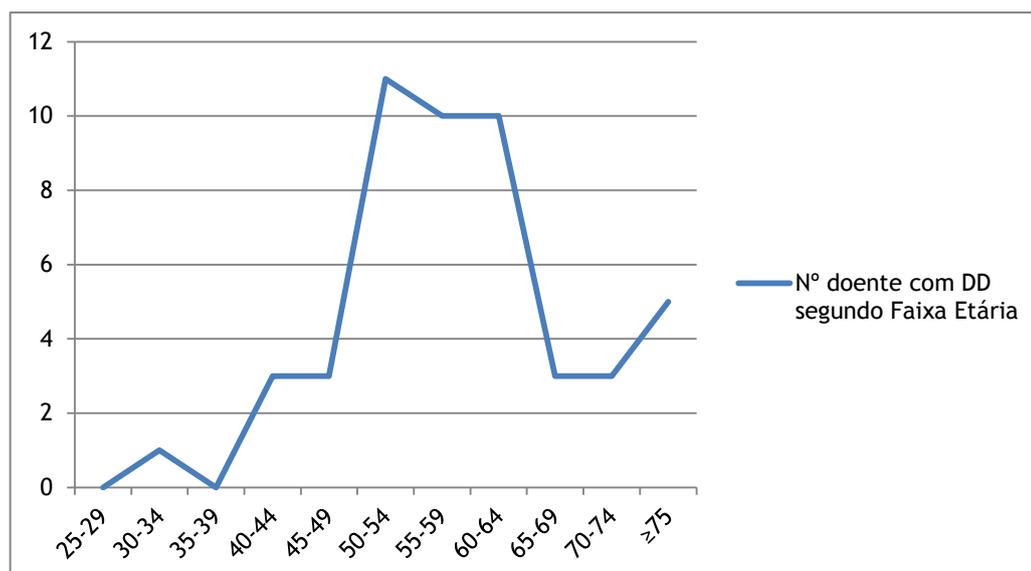


Figura 3: Distribuição dos doentes com DD por faixa etária.

No grupo de indivíduos, que possuía DD, a maioria afirmou ter tido trabalho manual ao longo da vida, o que representa uma percentagem de 73,5% (N=36) (Tabela 6).

Tabela 6: Trabalho manual dos doentes com DD.

Trabalho manual	N	Percentagem
Sem trabalho manual	13	26,5
Com trabalho manual	36	73,5
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

No referente à exposição ao tabaco, a maioria teve exposição a este composto em algum momento da sua vida, sendo que dos 49 doentes com DD, 42,9% (N=21) afirmaram ser ex-fumadores e 36,7% (N=18) actuais fumadores (Tabela 7). Em média com uma carga tabágica de 23,56 UMA (DP=14,429) e uma média de consumo de 30,13 anos (DP=11,797).

Tabela 7: Hábitos tabágicos dos doentes com DD.

Exposição ao tabaco	Frequência	Percentagem (%)
Não fumador	10	20,4
Ex-fumador	21	42,9
Fumador	18	36,7
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

No que concerne a alterações laboratoriais, verificou-se através da consulta dos processos clínicos dos 49 doentes com DD que destes: 75,5% (N=37) tinham gama glutamil transpeptidase (GGT) aumentada, 67,3% (N=33) apresentaram transaminase glutâmica oxalacética (TGO) e transaminase glutâmica pirúvica (TGP) aumentadas e 73,5% (N=36) volume globular médio (VGM) acima dos valores de referência para a idade e sexo de cada doente (Tabela 8).

Tabela 8: Alterações laboratoriais dos doentes com DD.

Alterações laboratoriais	Frequência	Percentagem (%)
GGT aumentada	37	75,5
TGO aumentada	33	67,3
TGP aumentada	33	67,3
VGM aumentada	36	73,5

De entre os doentes com DD, 37 estavam a realizar tratamento farmacológico, e apesar dos esquemas terapêuticos individualizados as distribuições no uso dos diferentes fármacos foram as representadas na Figura 4.

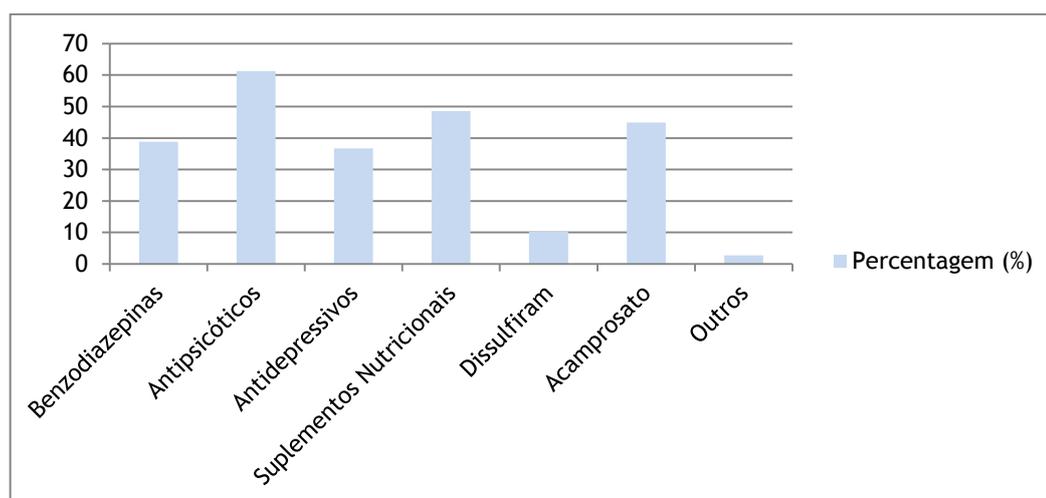


Figura 4: Tratamento farmacológico para o alcoolismo realizado pelos doentes com DD.

Face à presença de complicações potencialmente relacionadas com o consumo abusivo de álcool, 47 dos pacientes com DD referiram complicações, sendo que as mais enunciadas/observadas foram face pletórica e alterações da memória.

Quando inquiridos, 95,9% afirmaram nunca ter dado importância ao aparecimento de nódulos/cordas na palma das mãos e portanto nunca terem referenciado aquele problema a nenhum médico. Quando indagados todos negaram história cirúrgica prévia ou outros tratamentos realizados para a DD.

Dos doentes com DD, apenas 10 apresentavam história familiar positiva para DD, sendo que 8 tinham parentes de 1º grau, 1 tinha parentes de 2º grau e 1 tinha parentes de 3º grau com a doença.

Relativamente à presença de DD, 49,0% (N=24) possuíam a mão direita afectada, 22,4% (N=11) a mão esquerda e 28,6% (N=14) apresentavam doença bilateral (Tabela 9). Destes últimos, é importante referir que todos tinham atingimento da mão dominante em primeiro lugar.

Tabela 9: Mão afectada pela DD.

Mão afectada	Frequência	Percentagem (%)
Direita	24	49,0
Esquerda	11	22,4
Bilateral	14	28,6
Total	49	100

No que refere ao tempo decorrido entre o início de doença numa mão até ao aparecimento de doença na mão contralateral, grande parte refere terem-se passado 5 anos (Tabela 10).

Tabela 10: Na presença de doença bilateral, tempo decorrido até aparecimento da doença na mão contralateral.

Tempo decorrido (em anos)	Frequência (N)	Percentagem (%)
1	3	6,1
2	1	2,0
3	4	8,2
5	6	12,3
Total	14	28,6

Pode-se concluir que, nesta amostra, quer na mão direita, quer na mão esquerda o raio afectado mais frequentemente é o 4º, seguido do 3º raio. É importante referir que apenas um doente apresentou atingimento de dois raios na mesma mão (Tabela 11).

Tabela 11: Raios afectados.

Raio afectado	Mão Direita		Mão Esquerda	
	Frequência (N)	Percentagem (%)	Frequência (N)	Percentagem (%)
3°	2	4,1	6	12,2
4°	34	69,4	18	36,7
5°	1	2,0	1	2,0
3° e 4°	1	2,0	-	-

Nesta amostra, a maioria dos doentes não possuía défice de extensão passiva total (DEPT) e nos que foi verificada a existência do mesmo, é de destacar um défice de 5° em 10,2% na mão direita e 8,2% na mão esquerda, contudo 18,2% apresentava um DEPT  $\geq 10^\circ$  na mão direita (Tabela 12).

Tabela 12: Graus de DEPT.

DEPT (°)	Mão direita (%)	Mão esquerda (%)
0	69,4%	83,7%
4	-	2,0%
5	10,2%	8,2%
6	2,0%	-
7	-	2,0%
10	12,2%	4,1%
12	2,0%	-
15	2,0%	-
20	2,0%	-

Salienta-se que neste estudo, o máximo de DEPT encontrado foi 20° na mão direita, e que nessa mão a média de DEPT (3,29°) foi superior à média de DEPT encontrada na mão esquerda (1,39°), o que permite concluir que nesta amostra a DD apresentou-se de forma mais grave na mão direita (Tabela 13).

Tabela 13: Comparação de médias de DEPT entre as duas mãos.

		Mínimo	Máximo	Média	DP
DEPT	Mão Direita	0	20	3,29	4,971
	Mão Esquerda	0	10	1,39	2,714

Quanto à presença de lesões ectópicas, apenas 1 doente apresentou lesões no dorso da mão e nenhum referiu lesões ectópicas na planta dos pés nem no pénis.

No referente a outras doenças da mão, apenas 6,1% (N=3) referiram ter Tenossinovite dos Flexores e 2% (N=1) Síndrome do Túnel Cárpico.

### 4.3. Resultados em função da presença de Doença de Dupuytren (DD)

Recorreu-se ao Teste do Qui-Quadrado e aos testes não paramétricos para averiguar a existência de associação entre DD e algumas variáveis. Considerou-se resultado estatisticamente significativo quando  $p < 0,05$ . Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre DD e as seguintes variáveis: grau de ingestão de bebidas alcoólicas ( $p=0,013$ ), doses e anos de consumo abusivo de álcool ( $p=0,005$  e  $p < 0,001$ , respectivamente), idade ( $p=0,005$ ), trabalho manual ao longo da vida ( $p=0,045$ ), história familiar positiva ( $p=0,004$ ), presença de complicações potencialmente derivadas do consumo abusivo de álcool ( $p=0,002$ ), de entre estas destacam-se cirrose ( $p=0,001$ ), telangiectasias ( $p=0,007$ ), eritema palmar ( $p < 0,001$ ), face pletórica ( $p=0,035$ ), anemia ( $p=0,042$ ) e outras complicações, das quais as mais referidas foram colecistite aguda e pancreatite, e também quanto à presença de simetria ( $p < 0,001$ ).

Também foi notado que a presença de alterações laboratoriais está relacionada com o aparecimento de DD: aumento da GGT, TGO e TGP, bem como elevação do VGM, todos com  $p < 0,001$  (Tabela 14).

Tabela 14: Relação entre trabalho manual, história familiar positiva, presença de complicações e alterações laboratoriais com presença de DD.

	Sem DD	Com DD	Total	p-value	Teste
Com Trabalho Manual	63	36	99	0,045	Teste do Qui Quadrado
Com História Familiar	6	10	16	0,004	
Com	83	47	130	0,002	
Complicações					
Cirrose	18	23	41	0,001	
Telangiectasias	23	24	47	0,007	
Eritema palmar	6	15	21	0,001	
Face pletórica	51	37	88	0,035	
Anemia	5	8	13	0,042	
Outras	6	9	15	0,038	
Alterações laboratoriais					
GGT	36	37	73	<0,001	
TGO	27	33	60		
TGP	24	33	57		
VGM	29	36	65		

No que refere à simetria, isto é, na presença de doença bilateral existir atingimento dos mesmos raios, também se estabeleceu relação estatisticamente significativa entre esta variável e presença de DD ( $p < 0,001$ ) (Tabela 15).

Tabela 15: Relação entre simetria e presença de DD.

Simetria	N	p-value	Teste utilizado
Não simétrico	39	<0,001	Teste do Qui Quadrado
Simétrico	10		

Relativamente à variável idade foi encontrada a seguinte distribuição: nos doentes sem DD a média de idade foi 52,82 anos (DP=11,308) em comparação com os doentes com DD, que a média de idades apresentada foi 58,96 anos (DP=10,909), apresentando  $p = 0,005$ , e portanto relação estatisticamente significativa entre idade e DD (Tabela 16).

Tabela 16: Comparação e relação entre idade e presença de DD.

	N (%)	Mínimo	Máximo.	Média (DP)	Mediana	p-value	Teste
Idade	Sem DD	111(69,4)	25	76	52,82 (11,308)	0,005	Teste de Mann- Whitney
	Com DD	49 (30,6)	31	90	58,96 (10,909)		

Identificou-se relação estatisticamente significativa entre DD e o grau de ingestão de bebidas alcoólicas, que é apresentada na tabela 17.

Tabela 17: Relação entre grau de ingestão de álcool e presença de DD.

Grau de ingestão	Sem DD	Com DD	Total	p-value	Teste
Ligeiro	1	1	2	0,013	Teste do Qui Quadrado
Moderado	17	0	17		
Excessivo	93	48	141		

Foi também possível estabelecer significância estatística entre as doses diárias ingeridas (em gramas) com a DD. Doentes que não apresentavam DD referiram em média consumir 186,89 g/dia (DP=128,308) em comparação com os doentes com DD que referiram ingerir em média mais 31g diariamente que o grupo dos que não apresentava DD, isto é 218,57 g/dia (DP=119,159),  $p = 0,037$  (Figura 5 e tabela 18).

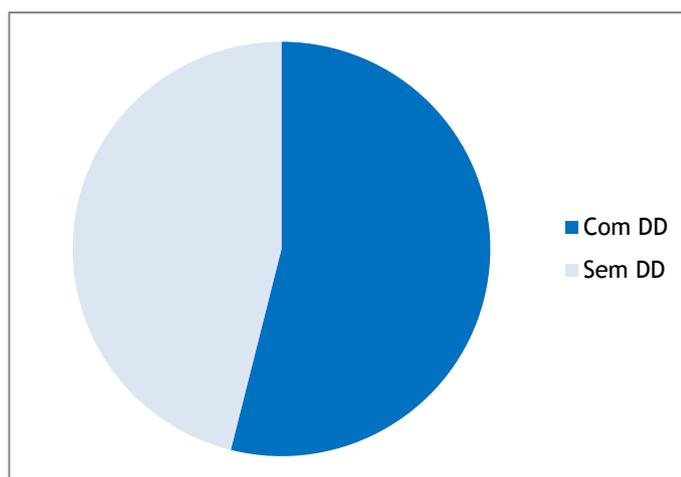


Figura 5: Comparação dos anos de consumo abusivo de álcool (em média) entre doentes com DD e doentes sem DD.

Tabela 18: Comparação entre doses de ingestão diária e sua relação com presença de DD.

		N (%)	Mínimo	Máximo	Média(DP)	Mediana	p-value	Teste
Doses	Sem DD	111(69,4)	20	700	186,89 (129,308)	150,00	0,005	Teste de Mann-Whitney
	Com DD	49 (30,6)	20	580	218,57 (119,159)	190,00		

Face aos anos de consumo alcoólico, o grupo sem DD apresentou em média 24,06 anos (DP=12,935) de consumo enquanto os doentes com DD apresentaram em média um consumo durante 33,69 anos (DP=14,479), relação também estatisticamente significativa, com  $p < 0,001$  (Tabela 19).

Tabela 19: Comparação dos anos de consumo abusivo de álcool e sua relação com presença de DD.

		N (%)	Mínimo	Máximo	Média(DP)	Mediana	p-value	Teste
Anos consumo álcool	Sem DD	111(69,4)	2	55	24,06 (12,935)	23,00	<0,001	Teste de Mann-Whitney
	Com DD	49 (30,6)	2	70	33,69 (14,479)	35,00		

É de referir que apesar de não se ter encontrado significado estatístico na variável presença de dislipidemia ( $p=0,082$ ), dos 49 doentes com DD, 32 (65,3%) apresentavam essa patologia (Tabela 20).

Não foi possível estabelecer relação entre DD com a presença de DM ( $p=0,343$ ), epilepsia e AR neste estudo, provavelmente devido ao reduzido número de doentes com estas patologias e DD (apenas 10 tinham DM, apenas 1 doente com AR e 1 doente com epilepsia).

Tabela 20: Relação entre dislipidemia e DM com presença de DD.

	Sem DD	Com DD	Total	p-value	Teste utilizado
Com Dislipidemia	56	32	88	0,082	Teste do Qui Quadrado
Com DM	16	10	26	0,343	

No que refere à exposição ao tabaco, outro factor referido em alguns estudos como sendo potencialmente importante para o aparecimento de DD, nesta amostra não foi estabelecido significado estatístico com a exposição a este composto ( $p=0,105$ ), nem com a carga tabágica ( $p=0,872$ ) ou anos de tabagismo (0,065), contudo é de referir que dos 49 pacientes com DD, 42,9% eram ex-fumadores e 36,7% actuais fumadores (Tabela 21).

Tabela 21: Relação entre hábitos tabágicos, carga e anos de tabagismo com presença de DD.

Hábitos tabágicos	Sem DD	Com DD	Total	p-value	Teste
Não fumador	36	10	46	0,105	Teste do Qui Quadrado
Ex-fumador	30	21	51		
Fumador	45	18	63		

		Mínimo	Máximo	Média(DP)	Mediana	p-value	Teste
UMA	Sem DD	4	63	22,64 (13,480)	20,00	0,872	Teste de Mann-Whitney
	Com DD	1	60	23,56 (16,269)	15,00		
Anos tabagismo	Sem DD	8	55	26,51 (11,020)	25,00	0,065	Teste de Mann-Whitney
	Com DD	1	60	30,13 (11,797)	30,00		

Não se estabeleceu relação entre DD e mão dominante ( $p=0,131$ ).

Da mesma forma não foi possível obter significância estatística com a realização de medicação para o alcoolismo apesar de 75,5% dos pacientes com DD realizarem tratamento farmacológico para esta dependência ( $p=0,220$ ).

Considerando o raio afectado com maior gravidade em função dos consumos abusivos de álcool, não se estabeleceu relação estatisticamente significativa entre raios afectados e doses e anos de consumo (Tabela 22).

Tabela 22: Relação entre doses diárias e anos de consumo abusivo de álcool com raios afectados.

	Mínimo	Máximo	Média(DP)	Mediana	p-value	Teste	
Doses diárias	3º raio	100	580	369 (179,736)	410	0,075	Teste de Kruskal- Wallis
	4º raio	20	440	194,52 (91,936)	180,00		
Anos de consumo álcool	3º raio	7	40	31,00 (13,748)	38,00	0,324	Teste de Kruskal- Wallis
	4º raio	2	70	34,48 (14,757)	35,00		

#### 4.4. Resultados em função da presença de Défice de Extensão Passiva Total

Para avaliar a gravidade da contractura foi medido o défice de extensão passiva total, se presente.

Dos 49 doentes com DD, apenas 21 (42,9%), apresentaram DEPT, e considerando o grau mais grave presente, apresentam-se na tabela 23 os valores registados.

Tabela 23: Valores de DEPT, considerando o grau mais grave presente.

	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mediana
DEPT	0	20	3,63 (4,932)	0,00

Perante este estudo não foi possível relacionar o grau de gravidade da lesão com nenhuma das variáveis cruzadas: grau de ingestão de bebidas alcoólicas ( $p=0,382$ ), doses diárias de consumo de bebidas alcoólicas ( $p=0,336$ ), anos de consumo abusivo de bebidas alcoólicas ( $p=0,205$ ), trabalho manual ( $p=0,093$ ), história familiar ( $P=0,838$ ), presença de complicações potencialmente relacionadas com o alcoolismo ( $p=0,835$ ), alterações laboratoriais possivelmente provocadas por esta dependência, tais como: aumento da GGT ( $p=0,443$ ), aumento da TGO ( $p=0,598$ ), aumento da TGP ( $p=0,930$ ) e aumento do VGM ( $p=0,709$ ), simetria e raios afectados ( $p=0,052$  e  $p=0,656$  respectivamente) (Tabela 24).

Tabela 24: Relação entre trabalho manual, história familiar positiva, presença de complicações e alterações laboratoriais com presença de DEPT.

	Sem DEPT	Com DEPT	Total	p-value	Teste
Com Trabalho Manual	18	18	36	0,093	Teste do Qui Quadrado
Com história Familiar	6	4	10	0,838	
Com Complicações	27	20	10	0,835	
Alterações laboratoriais					
GGT	20	17	37	0,443	
TGO	18	15	33	0,598	
TGP	19	14	33	0,930	
VGM	20	16	36	0,709	

Não se estabeleceu relação entre a gravidade da contractura e doença simétrica ( $p=0,052$ ) (Tabela 25).

Tabela 25: Relação entre simetria e presença de DEPT.

	Sem DEPT	Com DEPT	Total	P-value	Teste utilizado
Simetria	Não Simétrico	25	14	0,052	Teste do Qui Quadrado
	Simétrico	3	7		

No que concerne às variáveis grau de ingestão ( $p=0,382$ ), doses de consumo diário de álcool ( $p=0,336$ ) e anos de consumo ( $p=0,205$ ), verificou-se que não apresentaram relação estatisticamente significativa com presença de DEPT (Tabela 26).

Tabela 26: Relação entre grau de ingestão de bebidas alcoólicas, doses de consumo diário e anos de consumo abusivo de álcool com presença de DEPT.

Grau de ingestão	Sem DEPT	Com DEPT	Total	p-value	Teste
Ligeiro	1	0	1	0,382	Teste do Qui Quadrado
Moderado	0	0	0		
Excessivo	27	21	48		

	N (%)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mediana	p-value	Teste
Doses	Sem DEPT	28()	20	580	215,00 (142,283)	0,336	Teste de Mann-Whitney
	Com DEPT	21()	130	410	223,33 (81,889)		
Anos consumo álcool	Sem DEPT	28()	7	70	31,75 (12,501)	0,205	Teste de Mann-Whitney
	Com DEPT	21()	2	61	36,29 (16,728)		

Também não se estabeleceu relação entre DEPT e presença de lesões ectópicas pelo facto de apenas um doente apresentar DD e lesões ectópicas no dorso da mão simultaneamente.

## 4.5. Resultados em função das respostas ao questionário DASH

Relativamente à avaliação funcional de cada doente afectado pela DD, foi aplicado o questionário DASH validado para português (em anexo).

Dos 49 questionários DASH preenchidos, concluiu-se que a média das pontuações obtidas foi 6,77 (DP=10,244), o mínimo 0 e o máximo 42. (Tabela 27)

Tabela 27: Pontuação questionário DASH.

	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mediana
Pontuação questionário DASH	0	42	6,77 (10,244)	3,33

Neste sentido, utilizando a correlação de Pearson, foi possível relacionar alterações na funcionalidade, de acordo com a pontuação obtida neste questionário com as seguintes variáveis: anos de consumo abusivo de álcool com  $p=0,004$ , e presença de DEPT,  $p<0,001$  (Tabela 28).

Tabela 28: Relação entre anos de consumo e presença de DEPT com alterações funcionais (DASH).

	p-value	Teste utilizado	Correlação de Pearson
Anos de consumo de álcool	0,004	Correlação de Pearson	0,4 - correlação moderada
Presença de DEPT	<0,001	Teste de Mann - Whitney	

Estabeleceu-se relação estatisticamente significativa entre a presença de alterações na função com a presença de doença bilateral  $p= 0,001$ .

Não foi possível neste estudo, estabelecer significado estatístico entre doses diárias de consumo de álcool ( $p=0,861$ ) e suas possíveis complicações com alterações funcionais provocadas pela doença ( $p=0,187$ ).

De igual modo não se estabeleceu relação estatisticamente significativa entre história familiar positiva e alterações funcionais no questionário DASH ( $p=0,533$ ).

## 5. Discussão

### 5.1 Resultados

Sendo uma área do meu interesse, e sendo um tema tão fascinante que apesar das investigações continua a ser controverso devido aos diferentes resultados apresentados por diversos estudos, achei conveniente debruçar-me sobre ele, e deste modo tentar colmatar a lacuna existente devido à falta de estudos elaborados a nível nacional que revelem a prevalência desta doença em alcoólicos.

Relativamente a este trabalho, é de referir que a amostra utilizada possuía características muito peculiares, no sentido em que tratando-se de uma dependência, mostrou-se uma amostra muito vulnerável, e desta forma emocionalmente frágil.

No presente estudo verificou-se que a prevalência de DD nos doentes seguidos na consulta de alcoologia do CS da Covilhã é de 30,6% (IC 95%:23,46-37,74). Este valor situa-se na gama de resultados observados em outros estudos internacionais de prevalência da Doença de Dupuytren e alcoolismo. Não se fez comparação com estudos nacionais devido à sua inexistência.

No estudo de Atalli et al., 432 doentes hospitalizados foram examinados em busca de evidências que indicassem a presença de DD. Estes indivíduos foram divididos em 5 grupos: doentes com cirrose alcoólica, doentes com doença hepática alcoólica não cirrótica, alcoolismo crónico sem doença hepática, doença hepática crónica não alcoólica e grupo controlo. Foi referida uma prevalência de 32,5%, 22%, 28%, 6% e 12% respectivamente [24].

Noble et al., referiu uma prevalência de 28% no Reino Unido nos pacientes com abuso crónico do álcool [26].

No estudo de Godtfresen na Dinamarca em 2004, foi relatada uma prevalência de 11% em pacientes expostos a consumos elevados de álcool e tabaco [18].

Discriminada em função do género, neste estudo, dos 141 indivíduos do género masculino que participaram no estudo, 46 tinham DD e dos 19 indivíduos do género feminino, 3 tinham DD, o que corresponde a 32,6% dos homens e 15,8% das mulheres que participaram no estudo. Tendo-se verificado portanto uma maior prevalência de DD em homens, resultado que é consistente com outros estudos realizados. Contudo, é importante salientar que uma das limitações deste estudo é o facto de 85,6% dos indivíduos entrevistados serem do género masculino, devido ao maior número de indivíduos deste género que possuem consumos abusivos de bebidas alcoólicas no nosso país. Noutros estudos realizados a distribuição da DD em função do género é referida: Gordon em 1954 no Canadá, observou que dos 2705

indivíduos entrevistados, foram identificados com DD, 26% dos homens e 33% das mulheres. No estudo de Hueston em 1960 na Austrália, foram observados 3700 indivíduos, em que 23% dos homens e 22% das mulheres tinham a doença, sendo que o critério de diagnóstico utilizado foi a presença de nódulos ou de contractura em flexão. Early em 1962, apresentou no seu estudo, uma prevalência de 4,2% nos homens e 1,4% nas mulheres, contudo a prevalência nos homens quadruplicou se tivessem mais de 75 anos. Lennox em 1993 na Escócia, publicou um estudo realizado com base na observação de 200 pacientes geriátricos e verificou que 39% dos homens e 21% das mulheres com mais de 60 anos apresentavam a doença [4].

Apesar destes estudos não serem realizados em amostras de indivíduos alcoólicos permitem ter uma visão geral acerca das diferentes prevalências observadas consoante a distribuição geográfica, o género e exposição a diferentes agentes potencialmente causadores de DD.

Nesta amostra foi observado que a faixa etária com maior número de indivíduos acometidos pela DD se situa na faixa dos [50-54] anos, contudo a idade média de aparecimento da doença neste estudo foi 53,71 anos (DP=8,554), o que é semelhante ao referido noutros estudos. Pode-se concluir com esta análise que a DD é dependente da idade, uma vez que a maioria dos casos registados aumenta com a idade, principalmente a partir da quinta década de vida, hipótese também apoiada pela literatura actual [1][5].

A história familiar tem sido indicada como factor determinante para o aparecimento da DD e no presente estudo foi identificada relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $p=0,004$ ) [2][9].

Nesta observação não foi encontrada relação entre DD e mão dominante ( $p=0,131$ ), contudo é importante referir que todos os doentes com DD bilateral referiram atingimento primário da mão dominante. No que concerne aos raios afectados, conclui-se neste estudo que o mais comumente afectado é o 4º dedo, tal como descrito noutros estudos, contudo também se verificou que o segundo mais afectado é o 3º dedo, contrariamente ao que é referido na literatura [1][19].

Outra variável que gera ainda alguma controvérsia, é a relação entre trabalho manual e DD. Neste estudo foi estabelecida relação significativa ( $p=0,045$ ), hipótese concordante com alguma literatura mas contrária a outra [20][14].

Estabeleceu-se também relação estatisticamente significativa entre DD e doses e anos de consumo de álcool ( $p=0,037$  e  $<0,001$  respectivamente). De igual forma valores significativos foram encontrados entre as variáveis aumento de GGT, TGO, TGP e VGM (todas com  $p<0,001$ ), presença de complicações potencialmente relacionadas com o consumo de álcool ( $p=0,002$ ), de referir cirrose hepática alcoólica ( $p=0,001$ ) e presença de DD, hipóteses

suportadas por estudos já realizados, apesar de serem factores ainda questionáveis [3][16][21][22][23][24].

Não se estabeleceu relação estatisticamente significativa entre DD com hábitos tabágicos, epilepsia e DM [12][23].

Não foi possível estabelecer qualquer relação entre AR e DD pelo facto de apenas um doente apresentar as duas patologias simultaneamente.

Não foi estabelecida nesta observação relação estatisticamente significativa entre a gravidade da contractura, pelo DEPT, com: idade de apresentação da doença ( $p=0,321$ ), presença de lesões ectópicas ( $p=0,382$ ) e consumo abusivo de álcool, nomeadamente no que refere a doses de consumo diárias ( $p=0,336$ ), anos de consumo ( $p=0,205$ ) e complicações ( $p=0,835$ ).

## 5.2 Limitações do estudo

Os resultados do estudo devem ser interpretados cautelosamente, já que não são isentos de limitações.

Tratando-se de uma amostra maioritariamente composta por indivíduos do género masculino, tornou-se difícil extrapolar os dados no que refere a variáveis dependentes do género. De igual modo, a observação para identificar a presença de DD resultou em dois grupos quantitativamente diferentes, sendo que o grupo com DD era composto por 49 indivíduos e o grupo sem DD era constituído por 111 indivíduos.

O mesmo aconteceu face à tentativa de relacionar DD com outras patologias, nomeadamente DM, AR e epilepsia pelo reduzido número de doentes com estas condições clínicas. Deste modo para minimizar as limitações poderia aumentar-se o tamanho da amostra e incluir pacientes com as patologias referidas.

Sendo um estudo realizado com doentes inscritos na consulta de alcoologia, é importante referir que a maioria, apresentou consumos excessivos de álcool, o que torna difícil retirar conclusões face a consumos mais moderados e sua influência no aparecimento/ desenvolvimento da DD.

## 5.3 Pontos fortes do estudo

Este estudo é inédito em Portugal e salienta a necessidade de serem realizados novos estudos que explorem a verdadeira prevalência da DD no nosso país não só nos doentes alcoólicos mas também na população geral, bem como a relação entre hábitos tabágicos e alcoólicos, DM, epilepsia e AR com a DD.

## 6. Conclusão

A contribuição do presente trabalho está dirigida para um melhor conhecimento da prevalência e distribuição da DD em doentes alcoólicos, sendo que se tratando de uma dependência tão frequente no nosso país, não existiam ainda estudos a nível nacional para estudar esta relação ainda um pouco controversa na literatura internacional.

A doença de Dupuytren, como doença potencialmente incapacitante, passa muitas vezes despercebida aos olhos dos profissionais de Saúde e faz-se importante reconhecê-la em fases precoces de modo a evitar prejuízo funcional e incapacitante para os doentes.

Sendo o alcoolismo uma condição complexa que perturba o normal funcionamento orgânico, psíquico e leva a prejuízos legais e morais, e apesar de todos os esforços envidados no sentido de alertar a população para os seus malefícios, o nosso país continua a ser um dos que possui maiores consumos de bebidas alcoólicas. Promover estilos de vida saudáveis, medidas de educação e reabilitação são os principais focos para uma intervenção integrada.

Este estudo constitui um incentivo para a posteridade, no sentido de alertar os profissionais para a lacuna patente à inexistência de estudos realizados no nosso país.

Será fundamental no futuro incluir amostras em que estejam patentes condições clínicas como DM, epilepsia e AR de modo a poder-se aferir acerca da influência ou protecção dessas mesmas condições para o aparecimento da DD.

Estes dados, associados também a consequências indirectas da doença, reforçam a importância social e epidemiológica do tema.

## 7. Referências bibliográficas

- [1] Khashan M, Smitham PJ, Khan WS, Goddard NJ. Dupuytren's Disease: Review of the Current Literature 2011;283-8.
- [2] Picardo NE, Khan WS. Advances in the understanding of the aetiology of Dupuytren's disease. *Surgeon* 2012;10:151-8.
- [3] Gudmundsson KG, Jónsson T, Arngrímsson R. Guillaume Dupuytren and finger contractures. *Lancet* 2003;362:165-8.
- [4] Gudmundsson KG, Arngrímsson R, Sigfússon N. Epidemiology of Dupuytren's disease Clinical, serological, and social assessment . The Reykjavik Study 2000;53:291-6.
- [5] Early PF. Population studies in Dupuytren's contracture. *J Bone Jt Surg* 1962;44B(3):602-13.
- [6] Hindocha S, McGrouther DA, Bayat A. Epidemiological evaluation of Dupuytren's disease incidence and prevalence rates in relation to etiology. *Hand (N Y)* 2009;4:256-69.
- [7] Zerajic D, Finsen V. Dupuytren's disease in Bosnia and Herzegovina. An epidemiological study. *BMC Musculoskelet Disord* 2004;5:5-10.
- [8] Astley S, Among D. Epidemiology of Dupuytren's Disease 1994:244-54.
- [9] Ling RSM. The genetic factor in Dupuytren's disease. *J Bone Jt Surg* 1963;45:709-18.
- [10] Gudmundsson KG, Arngrímsson R, Sigfússon N, Jónsson T. Increased total mortality and cancer mortality in men with Dupuytren's disease: A 15-year follow-up study 2002;55:5-10.
- [11] Burge P, Hoy G, Regan P, Milne R. Smoking, alcohol and the risk of Dupuytren's contracture. *J Bone Jt Surg Br* 1997;79(2):206-10.
- [12] Hart MG, Hooper G. Clinical associations of Dupuytren's disease. *Postgrad Med J* 2005;81:425-8.
- [13] Bradlow A, Mowat AG. Dupuytren's contracture and alcohol. *Ann Rheum Dis* 1986;45:304-7.

- [14] Descatha A, Carton M, Mediouni Z, Dumontier C, Roquelaure Y, Goldberg M, et al. Association among work exposure, alcohol intake, smoking and Dupuytren's disease in a large cohort study (GAZEL). *BMJ Open* 2014;4:e004214.
- [15] Mello M L M, Barrias j B j. Alcool e problemas ligados ao alcool em Portugal. Direcção-Geral Da Saúde; 2001.
- [16] Burke FD, Proud G, Lawson IJ, Mcgeoch KL, Miles JN V. An assessment of the effects of exposure to vibration, smoking, alcohol and diabetes on the prevalence of Dupuytren's disease in 97,537 miners. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32(4):400-6.
- [17] Gonçalves AM, Correia AM F AL. Miocardiopatia alcoólica - significado clínico e prognóstico. *Rev Soc Port Med Int[on-Line]* 2005;12:89-101.
- [18] Godtfredsen NS, Lucht H, Prescott E, Sorensen TI a, Gronbaek M. A prospective study linked both alcohol and tobacco to Dupuytren's disease. *J Clin Epidemiol* 2004;57:858-63.
- [19] Black EM, Blazar PE. Dupuytren disease: an evolving understanding of an age-old disease. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19:746-57.
- [20] Descatha A, Jauffret P, Chastang J-F, Roquelaure Y, Leclerc A. Should we consider Dupuytren's contracture as work-related? A review and meta-analysis of an old debate. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:96.
- [21] Bradlow a, Mowat a G. Dupuytren's contracture and alcohol. *Ann Rheum Dis* 1986;45:304-7.
- [22] Gudmundsson K, Arngrimsson R TJ. Dupuytren's disease, alcohol consumption and alcoholism. *Scand J Prim Heal Care* 2001;19:1-5.
- [23] Geoghegan JM, Forbes J, Clark DI, Smith C, Hubbard R. Dupuytren's disease risk factors. *J Hand Surg Am* 2004;29B:5:423-6.
- [24] Attali P, et al. Dupuytren's contracture, alcohol consumption and chronic liver disease. *Arch Intern Med* 1987;147:1065-7.
- [25] Wolfe SJ, Summerskill WHJ, DC. Thickening and contraction of the palmar fascia (Dupuytren's contracture) associated with alcoholism and hepatic cirrhosis. *NEJM* 1956;255:559-63.

- [26] Noble J, Arafa M, Royle SG, McGeorge G, Crank S. The association between alcohol, hepatic pathology and Dupuytren's Disease. *J Hand Surg* 1992;17B:71-4.
  
- [27] Pojer J , Radivojevmil C & WilliamT F (1972) Dupuytren's disease: its association with abnormal liver function tests, alcoholism and epilepsy. *Adverse Drug Reaction Bull*1972. 129: 561-6.
  
- [28] Houghton S, Holdstock G. ,Cockerell R L, Right R. Dupuytren's contracture, chronic liver disease and IgA immune complexes 1963; *Liver* 3: 220-3

# Anexos

Anexado a esta tese estão os seguintes documentos:

- 1- Parecer da Comissão de Ética
- 2- Questionário elaborado para a entrevista
- 3- Documento de Consentimento Informado
- 4- Questionário DASH validado para português

1-Parecer da Comissão de Ética



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora  
Ana Rita da Silva Peixoto  
Faculdade de Ciências da Saúde

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2013.12.20

**Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS**

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto “*Doença de Dupuytren e alcoolismo: um estudo de prevalência*”, por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde  
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PARECER**

**Processo:** CE-FCS-2013-028

**Data conclusão processo:** 20-12-2013

**Tema Projecto/Proponente:** “Doença de Dupuytren e alcoolismo: um estudo de prevalência” – Exma. Sra. Ana Rita da Silva Peixoto

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 20 de Dezembro de 2013

O Presidente da Comissão de Ética  
Prof. Doutor José Martinez de Oliveira



O Vice-Presidente da Comissão de Ética  
Prof. Doutor Joaquim Viana

2- Questionário elaborado para a entrevista

**Questionário**

**1.**

1.1. Sexo:  M  F

1.2. Idade: \_\_\_\_\_

1.3. Naturalidade: \_\_\_\_\_ (distrito)

1.4. Grau de escolaridade:  primária  9º ano  12ºano  Licenciado

1.5. Ocupação manual:  Não  Sim

1.6. Tabaco:  não- fumador  ex-fumador  fumador esporádico

diário < 10  10-20  >20 Anos de fumador \_\_\_\_\_

1.7. Diabetes:  Não  Sim  Não Sabe

0-5 anos  5-10 anos  10-20 anos  >20 anos

insulino- dependente  não- insulino dependente

1.8. Dislipidemias  Não  Sim  Não Sabe

1.9. Epilepsia  Não  Sim  Não Sabe

Medicação \_\_\_\_\_

1.10. Artrite reumatóide  Não  Sim  Não Sabe

1.11. Mão dominante:  Direita  Esquerda

## 2. ÁLCOOL

2.1.Grau de Ingestão  Ligeiro  Moderado  Excessivo

2.2.Doseamento (copos/dia):

	Manhã	Tarde	Noite
Cerveja			
Vinho			
Aperitivos			
Aguardente			

2.3.Anos de consumo: \_\_\_\_\_

2.4.Dados laboratoriais alterados:

GGT aumentada:  Não  Sim  Não Aplicável

TGO aumentada:  Não  Sim  Não Aplicável

TGP aumentada:  Não  Sim  Não Aplicável

VGM aumentada:  Não  Sim  Não Aplicável

2.5.Tratamento:

Nenhum

Benzodiazepinas

Clordiazepóxido

Diazepam

Oxazepam

Lorazepam

Outro \_\_\_\_\_

Antipsicóticos

Haloperidol

Risperidona

- Outros \_\_\_\_\_
- Antidepressivos
- Suplementos Nutricionais
  - Multivitaminas
  - Tiamina
  - Ácido Fólico
  - Outros \_\_\_\_\_
- Dissulfiram
- Naltrexona
- Acamprosato

Outros: \_\_\_\_\_

## 2.6. Complicações:

- |                            |                              |                              |                                   |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Doenças Gastrointestinais: | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Cirrose                    | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Hepatite                   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Icterícia                  | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Úlcera péptica             | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Lesões mucosa oral         | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Outra _____                |                              |                              |                                   |
| Vasculares:                | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Arritmias                  | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Miocardiopatia alcoólica   | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Telangiectasias            | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Aranhas vasculares         | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Eritema Palmar             | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Face Pletórica             | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Alterações memória         | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não Sabe |

Obesidade  Não  Sim  Não Sabe  
Anemia  Não  Sim  Não Sabe  
Outras: \_\_\_\_\_

### 3. OBSERVAÇÃO CLÍNICA

3.1. Doença de Dupuytren  Não  Sim

3.2. Idade de apresentação \_\_\_\_\_

3.3. Diagnóstico previamente estabelecido por um médico  Não  Sim

3.4. História cirúrgica  Não  Sim

Número de cirurgias: \_\_\_\_\_

Tempo entre início da doença e cirurgia: \_\_\_\_\_

Complicação de cirurgia:  Não  Sim

Extensão:  Não  Sim

3.5. Outro tratamento:  Não  Sim

Injeções de colagenase

Injeção de esteróides

Fisioterapia

Fasciotomia percutânea

3.6. História familiar:  Não  Sim

nº de familiares conhecidos \_\_\_\_\_  1º grau  2º grau

3.7. Mão  direita  esquerda

raios: \_\_\_\_\_

raios: \_\_\_\_\_

nódulo palpável

nódulo palpável

Corda palpável

Corda palpável

DEPT:\_\_\_\_\_

DEPT:\_\_\_\_\_

No caso de doença bilateral, mão em que apareceu primeiro a Doença:\_\_\_\_\_

Tempo até aparecimento da doença na mão contralateral:\_\_\_\_\_

### 3.8. Lesões ectópicas:

- dorso da mão  Não  Sim  
 Direita  Esquerda
- planta do pé  Não  Sim  
 Direita  Esquerda
- pénis\*  Não  Sim

### 3.9. Outras doenças da mão:

- Tenossinovite dos flexores dos dedos  Não  Sim
- Síndrome do túnel cárpico  Não  Sim

Considerações acerca do questionário

**Ponto 1.6.**

Entende-se como ocupação manual as seguintes: trabalhador da construção civil, carpinteiro, serralheiro, mecânico, operário fabril, mineiro, agricultor, pescador, talhante, padeiro, pedreiro, sapateiro.

**Ponto 2.1.**

Grau de consumo de álcool segundo Pekka Koskinem:

- a) ligeiro se inferior a 30g
- b) moderado, entre 30 a 75 g
- c) excessivo, se superior a 75 g

Considerando 1 copo de vinho e 1 cerveja igual a 10g, e uma dose de bebidas brancas a 25g

**Ponto 2.4.**

Considera-se não aplicável quando não existem dados laboratoriais que permitam obter estas informações.

**Ponto 2.6.**

Consideram-se complicações existentes quando na aplicação do questionário o utente responde afirmativamente. Consideram-se excepções as patologias que podem ser constatadas visivelmente pelo autor (exemplo: face pletórica).

**Ponto 3.1.**

DD é considerada positivo quando detectados nódulos, cordas ou défice de extensão passiva dos dedos.

No caso de diagnóstico de Doença de Dupuytren, os pacientes preenchem o questionário DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), validado para português, em anexo.

**Ponto 3.4.**

Recidiva pós-cirúrgica considera-se quando reaparecem nódulos ou cordas nos raios previamente corrigidos cirurgicamente.

Considera-se extensão quando, após cirurgia, a doença aparece em raios que não foram previamente operados.

**Ponto 3.6.**

Considera-se o grau de parentesco, o familiar mais próximo com doença

**Ponto 3.7.**

Consideram-se raios aqueles que estão afectados. Por exemplo, se existirem cordas em todos os raios, então colocar - raios: 1+2+3+4+5

Para avaliação do grau da doença em corda palpável e DEPT considera-se a corda com maior gravidade em cada mão.

**Ponto 3.8.**

Lesões ectópicas da planta dos pés e pénis não são avaliadas objectivamente pelo autor. São consideradas positivas se referidas pelos utentes.

### 3- Documento de Consentimento Informado

#### **Consentimento Livre e Informado**

Eu, Ana Rita Peixoto da Silva Peixoto, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Doença de Dupuytren e alcoolismo: um estudo de prevalência”, venho solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações. Não existem riscos nem benefícios para os utentes. Este projecto não é financiado e não existem proventos da equipa que investiga. A equipa de investigadores que tem acesso à identificação dos doentes é composta por mim, aluna do 6º ano e pela Drª Maria Eugénia dos Santos Calvário, coorientadora do projecto.

Os principais objectivos desta investigação são:

1. Determinar a prevalência da Doença de Dupuytren nos pacientes seguidos na consulta de alcoologia do Centro de Saúde da Covilhã.
2. Relacionar a Doença de Dupuytren com hábitos etílicos.

Critérios de inclusão:

- a. Doente seguido em consulta de alcoologia no Centro de Saúde da Covilhã.
- b. Residência oficial em Portugal continental.

Critérios de exclusão:

- a. Naturalidade não portuguesa

Durante a sua entrevista irei proceder à aplicação de um questionário e farei medição da contractura dos dedos se existir. Informações adicionais sobre a mesma serão obtidas e responderá ao questionário DASH, validado para português, que permitirá avaliar a sua capacidade para desempenhar determinadas funções

Consentimento Informado - Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante representante legal.

---

Assinatura do Aluno / Investigador

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas.

Nome do Participante (Legível)

---

(Assinatura do Participante ou Representante  
Legal)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

# DASH

## Portugal

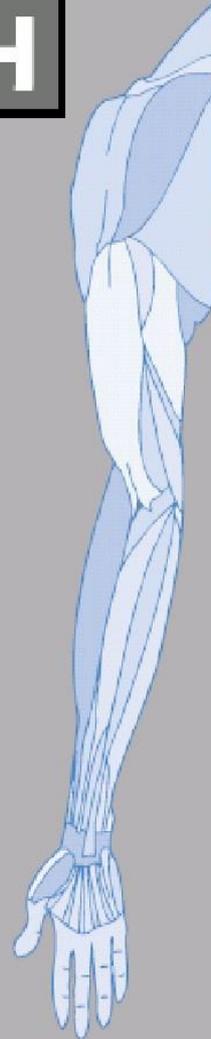
### INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



## DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimentam o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar ( de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

## DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

**PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS** =  $\frac{(\text{soma de } n \text{ respostas}) - 1}{n} \times 25$ , onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

## DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

### MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão/ actividade : \_\_\_\_\_

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

### MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : \_\_\_\_\_

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.