

Programas de proteção articular para indivíduos com artrite reumatóide: uma revisão da literatura*

Joint protection programs for individuals with rheumatoid arthritis: review of literature

**Aline Torquetti¹, Thaís da Silva Campos¹, Johanna Noordhoek²,
Janine Gomes Cassiano³**

TORQUETTI, A.; CAMPOS, T da S.; NOORDHOEK, J.; CASSIANO, J. G. Programas de proteção articular para indivíduos com artrite reumatóide: uma revisão da literatura. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 2, p. 76-84, maio/ago. 2008.

RESUMO: A artrite reumatóide (AR) é uma desordem crônica e sistêmica. Apresenta períodos de remissão e exacerbação de sinovite simétrica, atingindo, com frequência, pequenas articulações. Os programas de proteção articular (PA) visam à manutenção da integridade articular, da habilidade funcional e redução da dor. Com o objetivo de abordar a relevância dos programas de PA, foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados Medline, entre 1966 a 2007. Foram identificados 64.001 estudos e 8 foram selecionados. Foram utilizados como critérios: população com AR, *randomização* para a seleção de participantes, descrição da metodologia de PA, critérios analisados por técnicas mensuráveis, registro de análise pré e pós aplicação da PA. Os estudos foram agrupados em 3 aspectos: caracterização da população, da intervenção e os desfechos. Buscou-se enfatizar as metodologias empregadas no desenvolvimento desses programas a fim de iniciar a sistematização da aplicação de PA. Há características recorrentes na maioria dos programas analisados, tais como utilização de grupos, fomentação de discussões, atuação de terapeutas ocupacionais e temas como AR e princípios de PA, o que fundamenta a sua aplicação no planejamento de futuros programas de PA.

DESCRITORES: Artrite reumatóide. Educação de pacientes como assunto. Articulações/lesões. Artrite reumatóide/reabilitação.

* Apresentado como trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, julho de 2008.

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

²Professora Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais - DTO/UFMG.

³Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais - DTO/UFMG.

Endereço para correspondência: Profa. Janine Gomes Cassiano. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Antônio Carlos, 6627. 31270-901. Belo Horizonte, MG. E-mail: janine@ufmg.br

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas compreendem um grupo de enfermidades em que há predomínio da dor e rigidez em algum setor do aparelho locomotor (CARVALHO; MOREIRA, 1996). A variedade morfológica e a etiologia complexa dessas doenças justificam a dificuldade encontrada para classificá-las. Atualmente, a classificação é realizada de acordo com uma combinação de achados clínicos e laboratoriais comuns e incluem fatores genéticos, ocasionalmente agentes infecciosos, e a natureza geral da manifestação clínica da doença. (SANGHA, 2000). Mais de cem diferentes condições são classificadas, incluindo a osteoartrite, a osteoporose, a fibromialgia e a artrite reumatóide (SANGHA, 2000).

A artrite reumatóide (AR) é uma desordem sistêmica e autoimune, marcada por períodos de remissão e exacerbação (CARVALHO; MOREIRA, 1996). Diferentes manifestações podem ser encontradas, sendo que a principal característica é a sinovite crônica e simétrica, envolvendo as articulações periféricas do corpo. Dentre os sintomas, freqüentemente estão presentes a dor, a rigidez articular, a perda da amplitude de movimento e a redução da força muscular (SANGHA, 2000). As articulações mais envolvidas são os punhos, as metacarpofalangeanas, as interfalangeanas proximais, as metatarsofalangeanas, os ombros e os joelhos (CARVALHO e MOREIRA, 1996).

A AR é uma doença crônica. A dor nas articulações acometidas é a queixa principal. Esse sintoma pode constituir por si só a doença, ou representar um quadro de acometimento multissistêmico (CARVALHO; MOREIRA, 1996). A dor crônica pode influenciar o sono, a concentração, a motivação, levar a uma diminuição da mobilidade, à incapacidade para o trabalho e pode afetar o estado emocional do paciente (TROMBLY; RADOMSKI, 2005). A AR atinge cerca de 1% da população mundial. O acometimento entre os sexos é desigual, numa proporção de três mulheres para cada homem que apresenta a doença (SANGHA, 2000). O impacto abrange as esferas econômica, social e funcional. Segundo Lorig (2001)¹⁵, as doenças crônicas são uma das principais causas de incapacidade. Para Sangha (2000)²¹, pacientes com AR representam um aumento nos custos do cuidado com a saúde e da previdência social, pois podem apresentar a perda da capacidade produtiva e um decréscimo na percepção de qualidade de vida. Carvalho e Moreira (1996); Newman e Mulligan (2000) registram, como sendo impactos funcionais, a diminuição da mobilidade, a redução da força muscular e possíveis comprometimentos sociais.

As alterações fisiológicas e anatômicas, presentes na

AR, conduzem a dificuldades crescentes na execução das atividades rotineiras (YASUDA, 2005), além de alterações psicológicas e comprometimentos na esfera social dos indivíduos (NEWMAN; MULLIGAN, 2000). Assim, as intervenções podem ser periodicamente necessárias e incluem o tratamento medicamentoso, centrado na atividade da doença e nos sintomas correlatos (VLIELAND, 2003); a reabilitação e a educação para o paciente (PEDRETTI; EARLY, 2005).

A reabilitação de pacientes tem como foco minimizar as conseqüências funcionais da AR sobre o desempenho ocupacional. Para tanto, exercícios terapêuticos são utilizados com objetivo de restaurar, preservar e/ou aumentar a amplitude de movimento. É comum o uso da termoterapia no alívio da dor e da rigidez articular. A confecção de órteses visa dar suporte ou imobilizar a articulação afetada. A elaboração de adaptações, bem como a mudança física do ambiente no qual as atividades são desempenhadas, também fazem parte do programa de reabilitação (VLIELAND, 2003).

A educação objetiva o aumento do conhecimento acerca da doença, o ensino de técnicas de proteção articular (PA) e de conservação de energia e sobre como alterar a rotina a fim de minimizar os decréscimos ou perdas funcionais que acompanham a AR (KLOMPENHOUWER, 1999).

A PA é conceituada como uma estratégia de autogestão, voltada para a manutenção da integridade articular e da habilidade funcional e redução da dor e fadiga (PALMER; SIMONS, 1991). Objetiva capacitar pessoas a reduzir a dor, o estresse articular e o risco de deformidades através do uso de tecnologias assistivas e de padrões de movimentos alternativos que melhoram a performance, sem um comprometimento articular significativo (HAMMOND et al., 1999). A PA surgiu em 1965, a partir de terapeutas ocupacionais e cirurgiões de mão, sendo desenvolvida com o objetivo de minimizar as conseqüências da AR. Em 1970, essa estratégia foi difundida e começou a ser empregada em grupos de orientação para indivíduos reumáticos (MELVIN, 1982).

A PA é comumente utilizada na reabilitação. Os pressupostos orientam-se pela teoria de que a redução do esforço requerido para desempenhar as atividades diárias é capaz de diminuir o estresse nas estruturas articulares diretamente envolvidas no processo da doença, como a pressão nos receptores de dor e a irritação na sinóvia (HAMMOND, 2004). A PA inclui uma variedade de concepções: respeitar a dor, oferecer descanso regular às articulações, realizar exercícios para a manutenção da amplitude de movimento e a força muscular, a conservação de energia, o uso de tecnologia assistiva e a alteração de padrões dos movimentos articulares

(HAMMOND, 1994).

Os princípios das orientações de PA são: balancear os períodos de atividade com descanso, visando assim, à conservação de energia; evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades; respeitar a dor; utilizar as articulações mais fortes durante as atividades; evitar utilizar a mão para a realização de preensão de força; realizar um programa de exercícios regulares para manutenção da força muscular e da amplitude de movimento, auxiliando na redução da rigidez articular; efetuar um planejamento prévio das tarefas diárias, evitando-se a fadiga e a permanência em posição estática durante longo período (PEDRETTI; EARLY, 2005). Com essas orientações, objetiva-se a manutenção da integridade articular e a redução da dor e da fadiga durante a realização das atividades diárias, contribuindo para uma melhora no desempenho ocupacional e percepção de qualidade de vida dos indivíduos reumáticos.

A atitude do paciente em relação à doença pode estar intimamente relacionada com a compreensão da mesma. O indivíduo geralmente não avalia como seu comportamento pode modificar o curso da doença ou como o comportamento pode ser modificado para auxiliar na recuperação (POLLEY; HUNTER, 1980). Hammond et al. (1999) recomendam alguns critérios para o desenvolvimento da PA: criar um programa com o objetivo de influenciar o conhecimento e a mudança no comportamento e no estado da saúde dos participantes, explorar o aprendizado de habilidades específicas de auto-manejo, e que possa ser reavaliado para adequações posteriores. Além disso, os autores recomendam que se proceda à realização de uma análise do problema antes do desenvolvimento do programa, a aplicação de métodos de aprendizado que estejam de acordo com a população alvo e que envolvam o fortalecimento da auto-eficácia dos sujeitos, e o envolvimento de familiares.

A abordagem de PA pode ser realizada de forma individual ou grupal. De acordo com Helliwell et al. (1999), o conhecimento acerca da fisiopatologia da AR, medicamentos, orientações de proteção articular e sobre a postura da pessoa frente à doença, proporcionados no trabalho em grupo, contribuem para que os indivíduos assumam um papel ativo diante do processo, na medida em que mobiliza a sua participação e o controle diante dos sintomas.

Os programas de PA envolvem uma combinação de estratégias de ensino, com a exposição de informações por um profissional experiente, a fomentação de grupos de discussão e o acompanhamento individual dos participantes (KLOMPENHOUWER, 1999)¹³.

Informações sobre PA podem ser fornecidas através de cartilhas de orientações, com informações e exemplos

ilustrativos dos princípios. Para Barlow e Wright (1998), essas cartilhas podem ser um meio efetivo para o aprendizado, sendo possível manter o conhecimento adquirido a longo prazo.

A educação para pacientes com AR é um tema pouco pesquisado. Contudo, estudos registraram a eficácia dos programas de PA no aumento da informação sobre a doença e na melhora do estado de saúde dos indivíduos (Barry et al., 1994; Helliwell et al., 1999; Hammond et al., 2002).

A comparação entre as metodologias já registradas na literatura contribuirá na uniformização da prática clínica da PA, auxiliando na busca por melhores resultados. Assim, este trabalho se propõe a realizar uma revisão bibliográfica sobre o ensino da PA para pacientes com AR, com o objetivo de iniciar a sistematização da metodologia empregada nesses programas educacionais.

METODOLOGIA

Realizou-se uma busca na base de dados Medline, entre 1966 a 2007, utilizando os descritores proteção articular e artrite reumatóide, sem restrições quanto ao idioma das publicações. Localizou-se 64.001 trabalhos. Os critérios para a seleção dos estudos foram: diagnóstico de AR dos indivíduos, procedimento *randomizado* para a seleção dos participantes, a descrição da metodologia empregada, os critérios analisados por técnicas mensuráveis e o registro de análises pré e pós-aplicação da PA. A eleição do critério por estudos de natureza *randomizada* visou assegurar a confiabilidade dos resultados dos estudos escolhidos. O diagnóstico de AR deveria estar explicitado no corpo do trabalho, não existindo restrições quanto ao tempo de evolução da doença e idade dos indivíduos participantes.

Foram selecionados para a composição desta revisão oito estudos, criteriosamente analisados por dois revisores com experiência em doenças reumáticas e agrupados em dois aspectos para análise: caracterização da população e da intervenção. O primeiro aspecto registra o número de participantes e a idade dos indivíduos. O segundo aspecto apresenta os tipos e a caracterização da intervenção, e os profissionais envolvidos nos programas.

DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS

Furst et al. (1987) Barry et al. (1994), Hammond (1994) Lindroth et al (1997), Hammond et al. (1999), Scholten, et al. (1999), Hammond e Freeman (2001), Hammond, et al. (2002).

Tabela 1 - Caracterização da população

Estudo	Número de Participantes		Idade média dos participantes (em anos)
	GE: Grupo experimental	GC: Grupo controle	
	m: mulheres	h: homens	m: mulheres
	h: homens		h: homens
1. Furst et al. (1987)	28 GE 18 (15m/3h) GC 10 (9m/1h)		GE: 57,4 GC: 50,8
2. Barry et al. (1994)	55 (33m/22h)		57,7 m 57,0 h
3. Hammond (1994)	11 (10 m/1h)		61, 7
4. Lindroth et al. (1997).	96 GE 49 (44m/5h) GC 47 (40m/7h)		GE 54 GC 56
5. Hammond et al. (1999).	35 (29m/6h) GE 17 GC 18		55,17
6. Scholten et al. (1999).	68 (54 m/14h)		48,3
7. Hammond; Freeman (2001).	127 GE 65 GC 62		18 e 65 anos (limites de idade dos participantes)
8. Hammond et al. (2002).	30 GE 16 GC 14		52,3

Tabela 2 - Caracterização da intervenção

Estudo	Tipo de intervenção	Conteúdo abordado	Freqüência	Profissionais envolvidos
1. Furst et al. (1987).	Grupos de discussão. 2 a 4 participantes	Informações didáticas sobre PA, ilustrações, tarefas práticas e auto-avaliação. As tarefas práticas freqüentemente incluíam família ou colegas de trabalho. Distribuição de cartilhas com técnicas de PA.	9 horas. Sessões de 1.5 hora, 1 vez por semana.	Terapeutas ocupacionais
2. Barry et al. (1994).	Individual	Orientações sobre a PA nas atividades de vida diária.	1 hora.	Terapeutas ocupacionais e reumatologistas
3. Hammond (1994).	1 grupo	Informações sobre AR, PA, discussão, exercícios para as mãos, demonstração prática de técnicas de PA.	12 horas. 2 sessões de 6 horas.	Terapeutas ocupacionais especialistas em reumatologia.
4. Lindroth et al. (1997).	Grupos de discussão. 5 a 7 participantes	Informações sobre AR, nutrição, medicação, manejo da dor e exercícios, função manual e técnicas de PA, discussão.	20 horas. 8 sessões de 2.5 horas cada, 1 vez por semana.	Terapeutas ocupacionais, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais.
5. Hammond et al. (1999)	Grupos de discussão. 4 e 8 participantes	Participantes adquiriam 3 cartilhas sobre PA.	8 horas. 4 sessões de 2 horas cada, 1 vez por semana.	Terapeuta ocupacional especialista em reumatologia.
6. Scholten et al. (1999).	Grupos de discussão. 8 a 9 participantes	Informações sobre AR, PA, uso de tecnologia assistiva, prática de exercícios, aconselhamento psicológico e assistência social. Inclui cartilha sobre reumatismo.	9 dias.	Reumatologistas, ortopedistas, psicólogos e assistentes sociais.
7. Hammond; Freeman (2001).	Grupos de discussão. 3 a 6 participantes	Informações sobre AR e PA, seguido de discussões. Distribuição de cartilhas com técnicas de PA.	8 horas.	Terapeuta ocupacional especialista em reumatologia.
8. Hammond et al. (2002)	Grupos de discussão.	Informações sobre AR, PA, exercícios e splints.	8 horas. 4 sessões de 2 horas cada, 1 vez por semana.	Terapeutas ocupacionais.

Tabela 3 - Resultados dos estudos

Estudo	Crítérios avaliados	Métodos de mensuração	Tempo de mensuração	Resultados
1. Furst et al. (1987).	-Apresentar um programa de terapia ocupacional para o ensino de proteção articular e conservação de energia; -Avaliar a efetividade do programa.	-Health Assessment Questionnaire (HAQ); -Activity Record (ACTRE); -Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS); -Occupational Questionaire.	-Antes da intervenção; -Após 12 semanas.	-Não houve diferença significativa nos escores do HAQ e PAIS; -Houve pequena diferença nos aspectos analisados, exceto no ACTRE.
2. Barry et al. (1994)	-Avaliar o efeito de um programa de PA no conhecimento sobre métodos de proteção articular e conservação de energia.	-Questionário próprio, auto-aplicado, composto de questões de múltipla escolha.	-Antes da intervenção; -Após 1 mês; -Após 24 semanas.	-Aumento significativo do conhecimento sobre PA após a intervenção. -Manutenção do conhecimento após 1 e 6 meses, sem variação significativa.
3. Hammond (1994)	-Verificar se há alteração no padrão de movimento das mãos através da aplicação de um programa de PA	-Escala análoga visual para dor; Goniometria; -Joint Protection Behaviour Assessment (JPBA); -Health Assessment Questionnaire (HAQ); -Classificação da doença (em leve, moderada e severa); -Entrevista individual sobre o programa de PA.	-Antes da intervenção; -Após 2 semanas; -Após seis semanas.	-Não houve mudança significativa dos aspectos analisados após a intervenção. -Questionados sobre a efetividade do programa, pacientes relatam preocupação com suas articulações, mudando a forma com que desempenham as atividades diárias para reduzir a sobrecarga articular.
4. Lindroth et al. (1997).	-Desenvolver e avaliar o efeito de um programa de educação para o paciente reumático.	-Escala análoga-visual para a dor; -Health Assessment Questionnaire (HAQ); -Swedish version of the arthritis helplessness index (AHI); -Questionário próprio.	-Antes da intervenção; -Após 12 semanas; -Após 48 semanas.	-Após 12 semanas, verificou-se um aumento significativo do conhecimento sobre a doença e técnicas de PA, prática de exercícios, redução da dor e da desabilidade. -Manutenção dos resultados após 48 semanas.
5. Hammond et al. (1999)	-Desenvolver um programa de PA baseado na teoria da auto-eficácia; -Identificar de forma objetiva se a aderência à técnicas de PA pode ser aumentada através do programa de PA; -Identificar fatores físicos e psicológicos que influenciam na aderência às técnicas de PA.	-Joint Protection Behaviour Assessment (JPBA); - Self-reported joint protect homework practice; -Joint Protection Knowledge Assessment; -Arthritis Helplessness Index; -Arthritis Self-efficacy Scale; -Escala análoga visual para dor; -Hand Joint Count; -Hand Joint Alignment and Motion Scale; -Força de preensão (com uso de Dinamômetro) -Health Assessment Questionnaire (HAQ); -Health Assessment Questionnaire Pain Scale.	-Antes da intervenção; -Após 12 semanas; -Após 24 semanas.	-Não houve diferença significativa no que se refere à dor; -Houve significativa diferença nos escores do JPBA e no aumento do conhecimento sobre PA e a manutenção dessas diferenças na reavaliação; -Não houve diferenças significativas nos outros aspectos analisados.
6. Scholten et al. (1999).	Avaliar o efeito de um programa de proteção articular nos aspectos: -Incapacidade; -Coping; -Depressão;	-Health Assessment Questionnaire (HAQ); - Freiburg Questionnaire of Coping with Illness; - Beck Depression Inventory; -21-point scale.	-Antes da intervenção; -Após 2 semanas; - Após 6 semanas; - Após 52 semanas.	-Diminuição da incapacidade e da depressão. -Aumento do coping. -Manutenção dos escores nas reavaliações.

continua

continuação

Estudo	Crítérios avaliados	Métodos de mensuração	Tempo de mensuração	Resultados
7. Hammond; Freeman (2001).	-Avaliar o efeito da PA na artrite reumatóide.	-Escala análoga-visual para dor; -Joint Protection Behaviour Assessment (JPBA); -Arthritis Impact Measurement Scale; -Likert Scale; -Dinamômetro Jamar; -Goniômetro.	-Antes da intervenção; -Após 24 semanas; -Após 48 semanas.	-Aumento significativo na aderência ao programa de PA. -Redução da dor nas mãos, dor generalizada e rigidez matinal. -Aumento da auto-eficácia e percepção de controle. -A deformidade nas mãos aumentou a cada reavaliação.
8. Hammond et al. (2002).	-Avaliar se terapeutas ocupacionais, após treinamento em programa de PA, são capazes de capacitar pessoas com AR a aumentar o uso da proteção articular nas tarefas diárias.	-The Joint Protection Behaviour Assessment (JPBA); -Patient Knowledge Questionnaire; -Escala análoga-visual para a dor; -Dinamômetro Jamar; -Duração da rigidez matinal; -Health Assessment Questionnaire (HAQ); -Arthritis Self-Efficacy Scale; -Rheumatology Attitudes Index.	-Antes da intervenção; -Após 12 semanas; -Após 24 semanas.	-Aumento dos escores do JPBA; -Aumento significativo do conhecimento do paciente, força de preensão de ambas as mãos. -Não houveram diferenças significativas nos outros parâmetros analisados.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados concluíram pela efetividade do programa de PA como sendo um auxiliar na melhora global do desempenho funcional dos indivíduos, através do aumento do conhecimento do paciente acerca da doença e das mudanças comportamentais relacionadas às estratégias para a conservação de energia e redução da dor e fadiga durante o dia-a-dia.

A Tabela 1 registra as características da população dos oito estudos selecionados. Tendo em vista os dados expostos, constata-se que a maioria dos trabalhos (63%) desenvolveu a pesquisa considerando dois grupos: experimental e controle (estudos 1, 4, 5, 7 e 8).

No que se refere ao número de participantes, os trabalhos registram uma variação entre 11 (estudo 3) e 127 indivíduos (estudo 7). O número de indivíduos do sexo feminino é superior ao do sexo masculino em todos os estudos, refletindo o quadro de acometimento da população com AR (SANGHA, 2000)²¹. O registro das informações quanto à distribuição dos sexos entre grupos experimentais e controles não segue um padrão. Os estudos 1 e 4 detalhando essa informação, ao passo que os estudos 7 e 8 não a mencionam.

Quanto à idade média dos participantes, 87,5 % dos estudos (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 8) registraram esse dado, variando de 48 a 57 anos. Apenas um estudo registrou as idades mínima e máxima dos indivíduos (estudo 7).

A Tabela 2 expõe a caracterização do tipo de intervenção, conteúdo abordado, frequência da intervenção e profissionais envolvidos em cada um dos estudos selecionados.

Quanto ao tipo de intervenção, 87% dos estudos realizaram grupos de discussão (1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8). Desses, 75% efetivaram o programa com pequenos grupos, compostos de 2 a 9 pessoas (1, 4, 5, 6, 7 e 8). Os estudos não detalham o método de condução das intervenções para esses grupos: funcionando, por exemplo, como grupos operativos ou oficinas de dinâmica grupal. No entanto, há relatos na literatura dos benefícios da utilização de grupos para pessoas com algum tipo de alteração de saúde. Para Pedretti e Early (2005)¹⁹, o suporte social permite melhorar a capacidade de enfrentamento da doença e a percepção da qualidade de vida de portadores de doenças reumáticas.

Apenas o estudo 2 adotou como procedimento a intervenção individual, o que também é descrito na literatura como sendo um dos métodos para o ensino da PA.

No tocante ao conteúdo abordado durante o programa de PA, 100% dos estudos incluíram informações sobre os princípios de PA. 63% trabalhos registram o esclarecimento sobre a AR (3, 4, 6, 7 e 8). Porém, não mencionam quais aspectos da doença que foram abordados, como por exemplo, a patogenia da AR, o curso da doença, a instalação de deformidades e os impactos nas esferas física, funcional e social dos sujeitos. Embora se tenha constatado algumas divergências, a maioria dos estudos analisados coaduna com o conteúdo proposto para programas de PA, citado por Helliwell et al. (1999), quais sejam, a oferta de conhecimento sobre a fisiopatologia, orientações sobre PA e sobre a postura da pessoas frente à doença, proporcionados em um ambiente grupal. O estudo 1 registra a participação de familiares e colegas de trabalho no programas. Para Pedretti e Early (2005), os relacionamentos familiares e a cultura também influenciarão na resposta do indivíduo à deficiência.

Hammond et al. (1999) apóiam a inclusão de familiares nos programas de PA, acreditando em uma maior extensão e manutenção dos resultados do programa de PA.

O recebimento de cartilhas pelos participantes foi proposto por 50% dos estudos (1, 5, 6 e 7), reforçando a tese de Barlow e Wright (1998), ao considerarem esses manuais uma importante fonte para consulta e um auxiliar na manutenção do conhecimento adquirido sobre a PA. Embora seja significativo o número de estudos que utilizam cartilhas, não há informações a respeito do modo como esse material foi utilizado, se durante a intervenção, ou como um suporte para o ensino.

Dos programas analisados, 50 % incluíam práticas de execução de tarefas com o uso de princípios da PA (estudos 1, 2, 3 e 5). Um dos estudos (estudo 5) incluía no programa a utilização de equipamentos de tecnologia assistiva, como *splints* e adaptações.

Com relação à carga horária, 40% dos programas consistia em 8 horas de intervenção (5, 7 e 8). Vinte e cinco por cento dos estudos apresentaram variadas combinações de horário: 1 hora corrida (estudo 2), 12 horas divididas em 2 sessões seguidas (estudo 3). Os restantes dos trabalhos apenas mencionam a carga horária total do programa (estudos 6 e 7). Um aspecto importante a ser considerado é que 50% das intervenções foram realizadas em sessões semanais (1, 3, 4 e 8).

Quanto aos profissionais envolvidos, 90% dos estudos (1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8) trazem a contribuição de terapeutas ocupacionais para o desenvolvimento dos programas de PA, sendo que 40% reportam a terapeutas ocupacionais especialistas em reumatologia (estudos 3, 5 e 7). De acordo com Hammond (2004)⁶, ao atuar com indivíduos com AR, a terapia ocupacional objetiva a melhora do desempenho das ocupações diárias, prevenindo perdas funcionais, mantendo e/ou melhorando habilidades, contribuindo assim, para uma vida significativa e satisfatória. A utilização da PA na prática clínica de terapeutas ocupacionais é registrada desde o surgimento do termo, conforme citado por Melvin (1982).

Dos trabalhos, 40% mencionam equipes multidisciplinares atuando no programa (estudos 2, 4 e 6). A atuação de uma equipe multidisciplinar visa manter o máximo de independência funcional do indivíduo, abordando a atividade da doença e os fatores físicos e psicossociais envolvidos. Entre os profissionais, estão terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, reumatologistas, psicólogos e psiquiatras (VLIELAND, 2003). Além disso, o trabalho cooperativo entre os diversos profissionais de saúde favorece a troca de experiências e de conhecimento, o que agrega valor ao trabalho desenvolvido e contribui para que melhores

resultados sejam alcançados.

A Tabela 3 registra quais foram os critérios analisados, os métodos utilizados, o tempo de mensuração e os resultados dos estudos. Todos os estudos objetivam avaliar a influência de um programa de proteção articular para reumáticos. Esses objetivos são descritos de forma genérica, não permitindo identificar quais aspectos serão alvo dos trabalhos.

Quanto ao método de mensuração, cada artigo traz instrumentos diferenciados, sendo recorrente o uso do questionário Health Assessment Questionnaire, a escala análoga visual para a dor e o Joint Protection Behaviour Assessment

O Health Assessment Questionnaire – HAQ está presente em 75% dos estudos (1, 3, 4, 5, 6 e 8). É um instrumento específico, utilizado para análise da capacidade funcional do paciente com artrite no desempenho de suas atividades de vida diárias. É auto-administrado, composto por 24 questões que avaliam quatro dimensões: incapacidade, desconforto e dor, efeitos colaterais de drogas e custo (BRANDÃO et al., 1997).

A escala análoga-visual para a dor está presente em 50% dos estudos (3, 4, 7 e 8). Trata-se de um método descritivo que avalia a intensidade da dor, obtendo-se uma informação rápida, precisa e não invasiva. O paciente indica, em uma escala que varia de nenhuma dor à pior dor possível, a severidade do que está sentindo (PEDRETTI; EARLY, 2005).

O *Joint Protection Behaviour Assessment* consta em 50% dos estudos (3, 5, 7 e 8). Trata-se de uma avaliação observacional estruturada, com validade teste-reteste. Compõe-se de 20 itens a serem observados, como abrir e fechar jarros, carregar canecas e limpar superfícies, onde o terapeuta avaliará o desempenho do cliente considerando correto, parcialmente correto ou incorreto. É utilizada para análise de métodos de PA utilizados por pessoas com AR e também para avaliação da efetividade de um programa de PA.

Dos trabalhos analisados, 75% (estudos 2, 3, 4, 5, 7 e 8) efetuaram a coleta de dados em três momentos: antes e duas vezes após a intervenção. Em todos eles, o objetivo da terceira avaliação foi verificar a manutenção, a longo prazo, dos resultados obtidos com a intervenção.

Os estudos analisados concluem pela positiva influência dos programas de PA no aumento do conhecimento e na mudança de comportamentos dos indivíduos diante do processo da doença, o que contribui de forma direta para a redução dos impactos funcionais e para a melhor percepção da qualidade de vida dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, através das tabelas e no decorrer da discussão, a existência de aspectos semelhantes e divergentes nos programas de PA que foram analisados. Algumas características são recorrentes, como a utilização de grupos, a fomentação de discussões entre os participantes e a atuação do terapeuta ocupacional no desenvolvimento dos programas. Além disso, identificam-se temas comumente abordados, como esclarecimentos sobre a doença, orientações e treinamento para o desempenho das tarefas diárias como o uso dos princípios da PA. Como essas características constam na maioria dos estudos que foram analisados, pode-se inferir que elas estão alguns princípios para a fomentação de futuros programas de PA, registrados na literatura.

Cabe ressaltar que há divergências entre as metodologias. Além disso, não há uma uniformização na forma de apresentação dos dados, e o pobre detalhamento dos programas dificultam a generalização dos resultados, ou mesmo a consideração sobre qual abordagem é mais eficaz para uma população com características específicas. Esses fatores sugerem a necessidade de realização de mais estudos sob as mesmas condições metodológicas, que empreguem

uma mesma abordagem, ou mesmo abordagens distintas, com o objetivo de mensurar a efetividade dos programas de PA em pacientes com diferentes faixas etárias e em fases distintas da doença, para assim, dar continuidade à sistematização por hora iniciada.

A AR é uma doença prevalente e potencialmente incapacitante. Antigamente, propunha-se que a PA era capaz apenas de prevenir deformidades. Atualmente, é aceito a capacidade da PA de reduzir o risco à deformidade, com objetivos de redefinir o alívio da dor, redução do estresse articular externo e interno, e a possibilidade de diminuir a inflamação (HAMMOND, 1994).

O conhecimento é a base na qual toda educação é construída. E o aumento do conhecimento é fundamental para o sucesso da intervenção educativa junto ao paciente com AR (LINDROTH et al. 1997). A PA é uma abordagem facilmente replicável e de baixo custo (SCHOLTEN et al., 1999). Assim, a promoção de esforços cooperativos de todos os grupos profissionais que educam e cuidam de pacientes com AR é uma importante tarefa. Assim, programas de PA devem ser difundidos, encorajados e, num futuro próximo, incorporados como um conteúdo obrigatório no manejo geral de pacientes com AR.

TORQUETTI, A.; CAMPOS, T da S.; NOORDHOEK, J.; CASSIANO, J. G. Joint protection programs for individuals with rheumatoid arthritis: Review of literature. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 76-84, maio/ago. 2008.

ABSTRACT: Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic and systemic disease with periods of remission and exacerbation of symmetric synovium reaching frequently the small joints. The joint protection programs (JPP) aim to maintain the joint integrity, the functional skills and reduction of pain. There was realized a survey of bibliography based on Medline between 1966 and 2007. There were identified 64.001 studies and 8 were selected, using the following rules: population with RA randomized for selection, description of the methodology of joint protection (JPP), analyzed rules for techniques of the register pre and pos application of JPP. The studies were classified in 2 aspects: characteristics of the population and intervention. There are characteristics in most of the analyzed programs such as the use of groups, the promoting of discussion, the performance of occupational therapists and topics like RA and the principles of JPP which is the base of the application of the future programs of joint protection.

KEY WORDS: Patient education topic. Arthritis, rheumatoid. Joints/injuries. Arthritis, rheumatoid/rehabilitation.

REFERÊNCIAS

1. BARRY, M. A.; PURSER, J.; HAZLEMAN, R.; et al. Effect of energy conservation and joint protection education in rheumatoid arthritis. **Br. J. Rheumatol.**, n. 33, p. 1171-1174, 1994.
2. BARLOW, J.; TURNER, A. P.; WRIGTH, C. C. A randomized controlled study of the arthritis self-management programme in the UK. **Heal. Edu. Res.**, v. 15, n. 6, p. 665-680, 2000.
3. BRANDÃO, L.; FERRAZ, M. B.; ZERBINI, A. F. Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide: revisão atualizada. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 37, n. 5, 1997.
4. CARVALHO, M. A. P.; MOREIRA, C. **Noções práticas de reumatologia**. Belo Horizonte: Health, 1996.

5. FURST, G. P.; GERBER, L. H.; SMITH, C. C., et al. A program for improving energy conservation behaviors in adults with rheumatoid arthritis. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 41, n. 2, p. 102-111, 1987.
6. HAMMOND, A. What is the role of the occupational therapist?. **Best Practice Res. Rheumatol.**, v. 18, n. 4, p. 491-505, 2004.
7. HAMMOND, A. Joint protection behavior in patients with rheumatoid arthritis following an education program. **Arth. Care Res.**, v. 7, n.1, 1994.
8. HAMMOND, A.; FREEMAN, K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational: behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. **Br. Soc. Rheumatol.**, v. 40, p. 1044-1051, 2001.
9. HAMMOND, A.; LINCOLN, N. Development of the joint protection behavior assessment. **Arth. Care Res.**, v. 12, n. 3, p. 200-207, out. 2005.
10. HAMMOND, A.; JEFFRESON, P.; JONES, N., et al. Clinical applicability of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. **Br. J. Occup. Ther.**, v. 65, n. 9, p. 405-411, 2002.
11. HAMMOND, A.; LINCOLN, N.; SUTCLIFFE, L. A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. **Patient Educ. Couns.**, v. 37, p. 19-32, 1999.
12. HELLIWELL, P. S.; O'HARA, M.; HOLDSWORTH, J., et al. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. **Br. Soc. Rheumatol.**, 1999.
13. KLOPENHOUWER, P. J. Educational programmes for people with rheumatoid arthritis: a prediction of the future. **Clin. Rheumatol.**, v. 18, p. 431-433, 1999.
14. LINDROTH, Y.; BRATTSTROM, M.; BELLMAN, I.; et al. A problem-based education program for patients with rheumatoid arthritis: evaluation after three and twelve months. **Arth. Care Res.**, v. 10, n. 5. p. 325-332, 1997.
15. LORIG, K. R. Chronic disease self-management program. Two-year health status and health care utilization outcome. **Med. Care**, v. 39, n. 11, p. 1217 - 1223, 2001.
16. MELVIN, J. L. **Rheumatic disease occupational therapy and rehabilitation**. 2nd. ed. Philadelphia: Davis Company, 1982.
17. NEWMAN, S.; MULLIGAN, K. The psychology of rheumatic diseases. **Baillie's Clin. Rheumatol.**, v. 14, n. 4, p. 773-786, 2000.
18. PALMER, P.; SIMONS, J. Joint protection: a critical review. **Br. J. Occup. Ther.**, v. 54, n. 12, p. 453-458, 1991.
19. PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. São Paulo: Roca, 2005.
20. POLLEY, H.F.; HUNTER, G. G. **Anamnese reumatológica e exame físico das articulações**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
21. SANGHA, O. Epidemiology of rheumatic diseases. **Rheumatology**, v. 39, n. 2, p. 3-12, 2000.
22. SCHOLTEN, C.; BRODOWICZ, T.; GRANINGER, W., et al. Persistent functional and social benefit 5 years after a multidisciplinary arthritis training program. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 80, p. 1282-1287, 1999.
23. TROMBLY, C. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. Rio de Janeiro: Santos, 2005.
24. VLIELAND, T. P. M. V. Rehabilitation of people with rheumatoid arthritis. **Best Practice Res. Clin. Rheumatol.**, v. 17, n. 5, p. 847-861, 2003.
25. YASUDA, Y. L. Artrite reumatóide e osteoartrite. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5ª ed. Belo Horizonte: Santos, 2005.p. 1001-1102.