

TERAPIA OCUPACIONAL EM REUMATOLOGIA:  
PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA NA ARTRITE REUMATÓIDE

Leonor da Conceição Gonçalves Miranda

Vila Nova de Gaia, Dezembro de 2012

Trabalho elaborado no âmbito do processo para a atribuição do Título de Especialista na área de Terapia Ocupacional do Instituto Politécnico do Porto (Decreto-Lei n.º 206/2009 de 31 de Agosto e Despacho n.º 14093/2011, DR n.º 200, 2ª Série, de 18 de Outubro).

## Resumo

A Artrite Reumatóide (AR) é uma patologia crónica e potencialmente incapacitante com implicações em todas as áreas de ocupação e grande impacto na qualidade de vida (QV). A Terapia Ocupacional (TO), integrada numa equipa multidisciplinar, está indicada na gestão da AR, e através de uma abordagem holística, visa compreender e habilitar a pessoa com AR, promovendo o envolvimento e a participação ocupacional. Por outro lado, é vital que este processo de prestação de serviços da TO seja devidamente fundamentado e caracterizado por uma prática baseada na evidência (PBE). Esta revisão de literatura visa averiguar a evidência, disponível, da TO na AR. Apesar de diversas recomendações apontarem a necessidade, importância e efectividade da TO na AR, são necessários mais estudos com mais qualidade e maior nível de evidência. Existem recomendações para mais investigação, que cumpra requisitos internacionais de elevados padrões de qualidade, sobre os programas abrangentes de TO para a AR, a influência dos contextos e a problemática laboral de pessoas com AR.

Palavras chave: Artrite Reumatóide, Terapia Ocupacional, Prática Baseada na Evidência.

## Introdução

As patologias reumáticas são das doenças mais frequentes nos países desenvolvidos, acarretando elevados custos socioeconómicos e um impacto negativo na qualidade de vida (QV) e na saúde pública (Queiroz, 2002; Helmick, Felson, Lawrence, Gabriel, Hirsch, Kwoh, et al., 2008; Rindfleisch & Muller, 2005). A Artrite Reumatóide (AR) é a principal forma de artrite inflamatória e uma das doenças reumáticas mais prevalentes (Rindfleisch & Muller, 2005; Queiroz, 1998; Branco, 2006), atingindo mais de 100 mil pessoas em Portugal. É uma patologia potencialmente incapacitante (Queiroz, 2002; Cruz & Branco, 2002; Marks & Allegrante, 2007; World Health Organization, 2003; Doeglas, Suurmeijer, Heuvel, Krol, Rijswijk, Leeuwen, et al.;

2004) restringindo o envolvimento e a participação nas diferentes áreas de ocupação (Deshaies, 2006; Scheider, Manabile & Tikly, 2008; Mallinson et al., 2009).

Segundo diversos especialistas em reabilitação física, a Terapia Ocupacional (TO), integrada numa equipa multidisciplinar, está indicada na gestão da AR (Latham et al., 2008; Pedretti et al., 2005; Pendleton et al., 2006; Radomski et al., 2008; Trombly et al., 2005; Turner et al., 2006), e através de uma abordagem holística, de u processo centrada no cliente, enfatizando o envolvimento e a participação ocupacional, visa compreender e habilitar a pessoa com AR, considerando todos os aspectos físicos, psicológicos, sócio-económicos, espirituais e culturais que lhe estão inerentes (Latham et al., 2008; Pedretti et al., 2005; Pendleton et al., 2006; Radomski et al., 2008; Trombly et al., 2005; Turner et al., 2006). Por outro lado, é vital que este processo de prestação de serviços da TO seja devidamente fundamentado e caracterizado por uma prática baseada na evidência (PBE) de modo a garantir a eficácia, a segurança e a qualidade (Law et al., 2005; College of Occupationatl Therapists, 2011; American Occupational Therapy Association, 2012; Durette et al., 2009).

Houve um grande desenvolvimento de métodos e protocolos para providenciar provas válidas e confiáveis em saúde, edificando-se a PBE, e promovendo-se a otimização da prática profissional (Bento, 2012; Law et al., 2005; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009). A PBE pode ser definida como “o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes”, integrando ainda a experiência clínica individual, as características e o contexto do paciente (White, 2004; Durette et al., 2009). A PBE é baseada em provas científicas originadas por diferentes tipos de estudos. A tipologia destes definirá uma hierarquia da evidência para tomada de decisão na pratica clinica, constatando-se uma enorme variedade de classificações dos níveis de evidência e de forças de recomendação, podendo inclusive, tornar-se confuso para leitores menos experientes (Bento, 2012; Law et al., 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012). Contudo, e regra geral, os valores mais elevados na hierarquia correspondem sempre a uma maior evidência (Law et al., 2005).

Mas a obtenção destas provas ou evidências e o uso destas informações, também levanta questões sobre a robustez da informação, o uso criterioso ou ainda a uniformidade da aplicabilidade para as diversas áreas da saúde (White, 2004; Durette et

al., 2009). Por outro lado interpretar e compreender estas evidências ou a síntese de provas científicas pode ser difícil e requer competências específicas (White, 2004; Dirette et al., 2009). A crescente profusão de *guidelines* e recomendações, bem como a cada vez maior disponibilização deste recurso na internet, tem mostrado cada vez mais a sua importância de produção e actualização. Assim, é essencial a leitura rápida e acessível dos resultados das investigações, com conclusões robustas, e baseados na melhor prova científica disponível. O consumo literário científico de revisões é uma das formas mais eficazes de aceder a informação relevante e de qualidade, num curto espaço de tempo (Dirette et al., 2009; White, 2004). As revisões sistemáticas, preferencialmente com meta-análise e de elevada qualidade, podem ser consideradas dos melhores recursos da PBE, porque permitem o acesso à melhor evidência disponível sobre determinado tema (White, 2004; Law et al., 2005). A opinião de especialistas, ou ainda sessões formativas, são também uma fonte de informação mas não são obrigatoriamente baseadas na evidência. A *Arthritis and Musculoskeletal Alliance* (ARMA) apresentou um documento, para profissionais de saúde de Reumatologia, com diversas directrizes e orientações para a gestão da doença inflamatória reumática, contudo, referiram e esclareceram no próprio documento, que estas directrizes não eram *guidelines* e não tinham seguido um processo metodológico de classificação da evidência (Arthritis and Musculoskeletal Alliance, 2004) mas tinham reunido a opinião de especialistas.

Parece ser essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os terapeutas ocupacionais, compreendam os objetivos, os princípios e os processos da PBE, de modo a otimizar a sua aplicação (College of Occupational Therapists, 2011). Importa, então, fundamentar o processo de TO da AR na PBE, para minimizar, de forma segura e efectiva, o impacto negativo desta patologia e promover a participação ocupacional e a QV de pessoas com AR.

Assim, o objetivo geral desta revisão, narrativa, de literatura foi averiguar a evidência disponível, da TO na AR.

Visando este propósito foi realizada uma pesquisa em diferentes bases de dados *on line*: Medline, The Cochane Collaboration, Biomed Central, DARE. Foram consultadas fontes documentais de referência da área da Reumatologia, incluindo as recomendações e *guidelines* de várias organizações científicas internacionais relacionadas com a AR e com o papel da TO na AR, revisões sistemáticas e estudos

publicados recentemente. A pesquisa, realizada em Dezembro de 2012, incluiu diferentes termos de busca: occupational therapy, rheumatoid arthritis, systematic reviews, clinical trial, randomized clinical trial, education, splints, assistive devices, joint protection, activities of daily living, self care. A estrutura desta revisão de literatura inicia-se pela introdução, seguida de uma exposição resumida da AR. Depois prossegue com a evidência encontrada, da TO na AR, e termina-se com uma síntese final.

## Artrite Reumatóide

A AR é uma patologia reumática, articular inflamatória crónica, auto-imune, frequentemente de carácter progressivo e com períodos de agudização e remissão, podendo ter por vezes um envolvimento multi-sistémico. É uma patologia potencialmente destrutiva, de etiologia ainda desconhecida, provavelmente multifactorial, parecendo estar envolvidos factores genéticos<sup>1</sup> e ambientais. Actualmente, o tabagismo é considerado um *trigger major* ambiental, principalmente em pessoas com predisposição genética para a AR (Rindfleisch & Muller, 2005; Branco, 2006; Uhlig & Kvien, 2005; Cruz & Branco, 2002; American College of Rheumatology, 2002; Tehlirian & Bathon, 2008).

Esta condição auto-imune (Branco, 2006) apresenta uma lesão primária da AR na membrana sinovial e envolve um processo inflamatório intenso. Este parece ser originado, em mais de 80% dos pacientes, pela ligação de um antigénio a aminoácidos específicos de moléculas do complexo de histocompatibilidade principal (MHC). Seguidamente, receptores do linfócito T ligam-se a este conjunto molecular (Tehlirian & Bathon, 2008; Waldburger & Firestein, 2008). A formação deste complexo trimolecular e a sua interacção provocam a activação do linfócito T *helper*, que alterando as suas características fenotípicas induz a libertação de interleucinas (IL-6, IL-1), e consequentemente estimulam a proliferação e infiltração de macrófagos, activados, induzindo a hiperprodução de citocinas pró-inflamatórias, incluindo o factor de necrose tumoral (TNF) (Rindfleisch & Muller, 2005; Boutry et al, 2007), e a degeneração extensa das fibras de colágeno nos tecidos mesenquimais. Assim, o processo

---

<sup>1</sup> Associações genéticas para RA incluem antigenos de leucócitos humanos (DR45-DRB1).

inflamatório precipita-se, culminado com o aparecimento do *pannus* (Queiroz, 2002; Branco, 2006; Tehlirian & Bathon, 2008; Williams & Fye, 2004), resultando numa sinovite intensa, expressa por uma sinovial edemaciada, hiperplásica, hipertrofiada e com vilosidades (Branco, 2006; Waldburger & Firestein, 2008) e ainda na inflamação dos tecidos periarticulares podendo provocar, a longo prazo lesões na cartilagem e no osso subcondral, erosão óssea e destruição articular (Queiroz, 2002; Helmick, Felson, Lawrence, Gabriel, Hirsch, Kwoh, et al., 2008; Tehlirian & Bathon, 2008; Boutry et al, 2007; Fess et al., 2005).

A incidência desta patologia parece ser diversa, contudo a sua incidência média costuma estar situada entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo mais frequente no sexo feminino (Dale & Porter, 2010; Falvo, 2005; Williams & Fye, 2005). A manifestação clínica da AR revela alguma variação inter-individual, sendo frequente a presença de dor crónica e edema, com compromisso articular, frequentemente simétrico, e fadiga (American College of Rheumatology, 2002; Boutry et al, 2007; Aletaha, Neogi, Silman, Funovits, Felson, Bingham, et al., 2010).

Cerca de 40% de pessoas com AR apresentam manifestações extra-articulares diversas: nódulos reumatoides, queratoconjuntivite seca, lesões pulmonares, manifestações hematológicas, etc. (Queiroz, 2002; Branco, 2006). Estas manifestações extra-articulares podem por vezes preceder o início das articulares (Cruz & Branco, 2002).

Relativamente às manifestações articulares, as mãos são afectadas em quase todas as pessoas com AR, gerando um grande impacto a nível funcional e psicossocial (Queiroz, 2002; Branco, 2006; Tehlirian & Bathon, 2008; Williams & Fye, 2004; Issa & Ruderman, 2005). Numa fase precoce da doença, o punho, as metacarpofalângicas (MCFs), as interfalângicas proximais (IFPs), a interfalângica (IF) do polegar e as metatarsofalângicas, são as articulações mais afectadas (Waldburger & Firestein, 2008; Dubey & Adebajo, 2008). À medida que a AR progride, articulações como as do cotovelo, joelho, ancas e ombro tornam-se habitualmente afectadas com envolvimento articular geralmente bilateral (Waldburger & Firestein, 2008; Tehlirian & Bathon, 2008; Yasuda, 2008; American College of Rheumatology, 2002).

As manifestações mais severas são as deformidades, que frequentemente determinam a limitação articular e a diminuição da funcionalidade levando mesmo à incapacidade (Queiroz, 2002; Yasuda, 2008; Dale & Porter, 2010). As deformidades clássicas que envolvem as mãos são as deformações dos dedos em *pescoço de cisne*;

dedos em *botoeira*; deformidades do polegar; desvio cubital das metacarpofalângicas (MCFs), que conferem à mão a deformação em *rajada de vento*; subluxação do punho e das articulações MCFs, e ruptura de tendões, caracteristicamente os extensores do quarto e quinto dedo (American College of Rheumatology, 2002; Aletaha et al., 2010; Henderson & McMillan, 2002).

O diagnóstico é realizado com base na clínica, e nos resultados de exames laboratoriais e radiográficos (Aletaha, 2010; Queiroz, 2002; Branco, 2006; Tehlirian & Bathon, 2008; Issa & Ruderman, 2005; Silva, Vannucci, Latorre, Zerbini, 2003). Segundo uma actualização, de uma iniciativa colaborativa do *American College of Rheumatology* (ACR) e da *European League Against Rheumatism* (EULAR), dos critérios de diagnóstico da AR (Aletaha, 2010), o diagnóstico deve agrupar informação conclusiva sobre o número e local das articulações afetadas, alterações serológicas, duração dos sintomas e resposta à fase aguda.

Para a avaliação subjetiva e objectiva da actividade da doença e avaliação periódica da sua progressão deve ser avaliado o grau de dor articular; duração da rigidez matinal; presença de sinovite; limitação funcional; evidência ou progressão de perda de movimento, instabilidade, desalinhamento ou deformação; progressão de deterioração articular detectada radiograficamente e elevação da velocidade de sedimentação (VS) e proteína C reactiva (PCR) (Aletaha et al., 2010; Queiroz, 2002; Branco, 2006).

A classificação do nível funcional da AR encontra-se agrupada em 4 classes funcionais. Os indivíduos com a classe I são capazes de desempenhar todas as actividades de vida diária, profissionais e de lazer; os da classe II são capazes de cuidar de si próprios e de trabalhar, mas estão limitados nas actividades de lazer; na classe III, há comprometimento nas actividades profissionais e de lazer embora sejam capazes de cuidarem de si próprios e, por último, os da classe IV encontram-se limitados para todas as áreas de ocupação citadas na classificação (Queiroz, 2002).

O prognóstico será influenciado pelo diagnóstico e tratamento precoce e será agravado pela toxicidade medicamentosa, pelo risco cardiovascular aumentado, pelo risco elevado de infeções e de neoplasias (Branco, 2006; Queiroz, 2002). Cerca de 90% dos indivíduos apresentarão algumas alterações radiográficas, geralmente 2 ou 3 anos após o diagnóstico e terão cerca de menos 3 a 12 anos de vida do que pessoas sem AR (Wasserman, 2011; Issa & Ruderman, 2005; Queiroz, 2002; Cruz & Branco, 2002).

Devido a apresentar uma evolução habitualmente agressiva e uma enorme morbidade, com dor crónica e incapacidade, cerca de metade dos doentes apresentarão incapacidade e não serão capazes de trabalhar num período de dez anos após o diagnóstico inicial; e as baixas médicas serão responsáveis por 70% de reformas antecipadas (Queiroz, 2002; American College of Rheumatology, 2002; Marks & Allegrante, 2007; Hammond, 2004; Drossaers-Bakker et al., 1999).

A terapêutica surge geralmente como uma associação entre a farmacológica e a não farmacológica (Queiroz, 2002; Branco, 2006; American College of Rheumatology, 2002; Dale & Porter, 2010). O tratamento inicial, no que respeita à farmacologia utiliza diversos fármacos, entre os quais, os Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs) e os Fármacos Anti-Reumáticos Modificadores da Evolução da Doença (FARMEDs) de modo a reduzir a dor e a inflamação (Cohen, 2005; Dale & Porter, 2010; Williams & Fye, 2004; Issa & Ruderman, 2005; Singh, Furst, Bharat, 2012; Cohen, 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009). Os últimos alteram a evolução da AR, na medida em que diminuem a sinovite, regredindo ou prevenindo lesões articulares mensuráveis radiologicamente (Cohen, 2005; Moreland, 2002; Jasvinder, Singh, Furst, Bharat, 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011). Numa recente actualização de *guidelines* do Colegio Americano de Reumatologia (2012), as recomendações incidem os agentes biológicos e não biológicos, com elevados níveis de evidência. Adicionalmente, enfatizam a vacinação e o risco de malignidade e de tuberculose (Jasvinder, Singh, Furst, Bharat, 2012). Uma boa prática requer que os diagnósticos e consequentes terapêuticas sejam mais precoces de modo a prevenirem a presença de deformidades e a perda funcional articular (Jasvinder, Singh, Furst, Bharat, 2012; Cohen, 2005; Dale & Porter, 2010; Singh, Furst, Bharat, 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009). Contudo, nem sempre existe uma resposta adequada à terapêutica farmacológica ou esta pode surgir numa fase tardia da doença. Assim, a intervenção cirurgica bem indicada contribui para a melhoria da função, da mobilidade, da dor e da qualidade de vida das pessoas com AR (Queiroz, 2002; Branco, 2006; American College of Rheumatology, 2002). Os procedimentos cirúrgicos incluem, entre outros: sinovectomia, tenosinovectomia, libertação de neuropatias compressivas, reparação e transferência tendinosa, artrodese, artroplastia total e estabilização de vértebras cervicais instáveis (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011; Boonen,

Matricali, Verduyck, Taelman, Verschueren, Sileghem *et al.*, 2006; Kapetanovic, Lindqvist, Saxne, Eberhardt, 2008).

Relativamente á terapêutica não farmacológica, as pessoas com AR beneficiam com a intervenção de uma equipa multidisciplinar e as práticas dos serviços de reabilitação devem estar baseadas na evidência científica actual visando a optimização da prestação de serviços (The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009; Pedretti & Early, 2005; Cavalcanti & Galvão, 2005; Yasuda, 2008; Deshaies, 2006).

## **Terapia Ocupacional na Artrite Reumatóide**

A Terapia Ocupacional, integrada numa equipa multidisciplinar, apresenta o seu processo terapêutico centrado no cliente, de modo a melhorar o desempenho ocupacional, a promover o envolvimento em ocupações significativas, e consequentemente a fomentar o bem-estar e a QV (Trombly & Radomski, 2005; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009; Turner, Foster & Jonhson, 2006; American Occupational Therapy Association, 2006).

A TO na AR pode ser orientada por uma estrutura conceptual organizadora do processo de prestação de serviços, assentando também em diversos modelos teóricos, que fornecem por sua vez, uma conexão entre a teoria e a prática e uma orientação para a avaliação, intervenção e resultados (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006; American Occupational Therapy Association, 2008). Geralmente os terapeutas trabalham com diversos princípios de diferentes modelos (cognitivo-comportamental, biomecânico, Ocupação Humana, humanista, funcionamento ocupacional, o neurodesenvolvimento, reabilitação, etc.) consoante, por exemplo, as características dos fatores inerentes ao cliente, os padrões e competências de desempenho e os contextos, de forma a otimizar a prestação de serviços (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006).

Por outro lado, também pode ser guiada por referências internacionais atualizadas tais como a Classificação Internacional de Funcionalidade (ICF) (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde, 2003). Num estudo internacional (Stucki, Cieza, Geyh *et al.*, 2004), envolvendo dezassete especialistas de 12 países (7 médicos com pelo menos uma especialização em medicina

física e reabilitação, 7 reumatologistas, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta), foi realizado um processo de consenso formal integrando evidências e opiniões de especialistas, com base no ICF, definindo assim um *Comprehensive ICF Core Set* (abrangente com 96 categorias) e um *Brief ICF Core Set* (39 categorias). Efetivamente, as recomendações atuais salientam a importância da avaliação da funcionalidade na AR, mas por vezes estas medidas não são específicas. Assim, e segundo estes autores, parece ser importante do ponto de vista clínico, da pesquisa científica e do ensino, saber o que se deve medir na AR (Stucki, Cieza, Geyh et al, 2004).

Todavia, a prática da TO deve ser orientada pela evidência actual disponível. O grupo da *National Association of Rheumatology Occupational Therapists* (NAROT) em colaboração com a *British Association of Occupational Therapists* (BAOT) e o *College of Therapy Occupational* (COT) desenvolveram uma publicação, primeiro em 2004 e posteriormente actualizada numa segunda edição de 2011, para guiarem os terapeutas ocupacionais num processo, robusto e rigoroso, credenciado pela NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012b), de desenvolvimento de directrizes e recomendações de alta qualidade, visando a promoção das melhores práticas na Reumatologia (College of Occupational Therapists, 2011). Adicionalmente, a NAROT e o COT elaboraram *guidelines* para apoiar o processo de tomada de decisão clínica e demonstrar a eficácia da prática de TO em reumatologia (National Association of Rheumatology Occupational Therapists, 2003), contudo, na pesquisa efectuada não foi encontrada uma actualização destas *guidelines*.

A prática da TO começa necessariamente com a avaliação, pois é a fase inicial e vital do processo em TO, sendo fundamental para o adequado desenvolvimento deste. Segundo o Modelo de Funcionamento Ocupacional, a avaliação deve ser *top-down* enquanto que a intervenção poderá ser *top-down* ou *bottom-up* (Trombly & Radomski, 2005). A avaliação da TO na AR implica o recurso a diferentes metodologias de avaliação (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Johnson, 2006; American Occupational Therapy Association, 2008) tais como: entrevista, observação, aplicação de questionários, exame neuromusculo-esquelético, avaliação das funções inerentes ao cliente, etc. A AOTA (2008) recomenda a construção do perfil ocupacional do cliente, descrevendo os aspectos gerais da sua saúde, da sua história, antecedentes pessoais, padrões de vida diária, interesses,

necessidades e desejos, ocupação profissional e perspectivas sobre a patologia e sua evolução permitindo assim compreender a sua história ocupacional e as suas prioridades, e ainda uma análise do desempenho ocupacional, em diferentes contextos (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006; American Occupational Therapy Association, 2008), incluindo uma avaliação das estruturas e funções corporais (Reed, 1991; Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Mallinson, et al, 2009; Latham & Radomski, 2008). Esta informação deve ser complementada com a consulta do processo clínico do cliente (Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006).

A AOTA (2008), e diversos especialistas em reabilitação física advertem para a utilização de instrumentos *standard*, específicos da TO, e validados para a população em questão, que se revestem de grande importância na avaliação da TO, tais como, a Medida Canadiana do Desempenho Ocupacional e o Questionário ocupacional (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Pedretti & Early, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Law, Baum & Dunn, 2005). Para além destes, existem outros instrumentos que podem ser utilizados em pessoas com AR (Anderson J, Caplan L, Yazdany J, et al, 2012; Brandão, Ferraz & Zerbini, 1997; ): *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-P; versão portuguesa HAQ-P); *Functional Independence Measure* (FIM); *Functional Status Index*; *Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale* PIADS (Day & Jutai, 1996); A Escala Visual Analógica - Dor EVA – Dor (Ministério da Saúde, 2003); *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ); *Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS) (Sousa, Silva, Clemente, Coutinho, Carolino, Fonseca, 2007), etc.

Numa revisão sistemática do Colégio Americano de Reumatologia (Anderson, Liron, Yazdany, Robbins et al., 2012) foram identificadas 63 medidas de actividade da doença da AR, mas apenas 14 foram incluídas no estudo por precisamente respeitarem os critérios de inclusão. Destas, apenas 9 foram consideradas úteis e viáveis. Porém, destas 9, apenas foram seleccionadas 6, por reunirem as melhores propriedades psicométricas; reflectirem de forma precisa a actividade da doença; serem sensíveis à mudança; conseguirem discriminar entre estádios baixo, moderado e alto de actividade da doença; terem critérios de remissão e serem viáveis para executar em ambientes clínicos. Deste modo, nas conclusões deste estudo apenas foi recomendado a utilização de 6 medidas, sendo estas o conjunto final de instrumentos de medida de actividade da

AR recomendado pelo Colégio Americano de Reumatologia: *Clinical Disease Activity Index, Disease Activity Score with 28-joint counts (erythrocyte sedimentation rate or C-reactive protein), Patient Activity Scale (PAS), PAS-II, Routine Assessment of Patient Index Data with 3 measures and Simplified Disease Activity Index*.

Sendo as mãos uma das zonas mais afectadas do corpo, surgiram também diversos instrumentos para avaliar a capacidade funcional da mão, nomeadamente: The Arthritis Hand Function Test (AHFT) (Pool, 2003); SODA (Sequential Occupational Dexterity Assessment) e SOFI (Signals of Functional Impairment) (Brandão, Ferraz & Zerbini, 1997).

O contexto (pessoal, cultural, social e físico) tem um papel bastante significativo no desempenho ocupacional do indivíduo, sendo também muito importante a sua avaliação na AR, e considerado como uma boa pratica, por exemplo, avaliar a rede social do cliente com AR, sabendo por quem é constituída, tipos de apoio que fornece, se pode constituir um fator de stress (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Mallinson, et al, 2009; Latham & Radomski, 2008).

As atuais linhas orientadoras para a intervenção na AR enfatizam a diminuição da dor, a prevenção ou controlo das lesões articulares, a promoção da funcionalidade e independência (Turner, Foster & Jonhson, 2006; Mallinson, et al, 2009; Latham & Radomski, 2008; Steultjens et al, 2008; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). A *Arthritis and Musculoskeletal Alliance* (ARMA), também preconiza a abordagem centrada no paciente, indo de encontro a uma das linhas orientadoras da TO (Arthritis and Musculoskeletal Alliance, 2004; American Occupational Therapy Association, 2008), contudo apenas na literatura da TO, no âmbito da AR, o cliente e a sua família são indicados como elementos constituintes da equipe multidisciplinar (Turner, Foster & Jonhson, 2006).

De uma forma generalizada, as abordagens da Terapia Ocupacional para a AR visam manter ou aumentar a capacidade para se envolver em ocupações significativas, manter ou aumentar a mobilidade articular e/ou força muscular, maximizar a resistência física, minimizar os efeitos das deformidades, aumentar a compreensão sobre a patologia e os meios para lidar com as consequências da AR, otimizar a adaptação ocupacional e o ajustamento psicossocial à condição patológica (Trombly & Radomski,

2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton & Schults-Krohn, 2006; ).

Importa salientar que a participação ativa do cliente na reabilitação, é um poderoso facilitador de uma mudança positiva, assim como a qualidade da relação entre o terapeuta e o cliente é vital para a motivação e cooperação deste, podendo ser também deste modo minimizadas questões psicossociais associados à AR e facilitada a adesão à reabilitação (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001).

Num documento elaborado e publicado pelo COT e pela NAROT foram apresentadas diversas recomendações para 6 áreas *major*: a gestão da doença; proteção articular e conservação de energia; bem-estar psicológico e auto-gestão; sexualidade e relações inter pessoais; ortóteses e emprego (National Association of Rheumatology Occupational Therapists, 2003). Estas orientações contêm informações baseadas em evidências para apoiar o processo de tomada de decisão clínica e demonstrar a eficácia da prática de TO em reumatologia (College of Occupational Therapists, 2011; British Health Professionals in Rheumatology, 2012), apesar de apresentarem, para as respectivas áreas, níveis intermédios ou baixos de evidência.

Segundo um estudo de Malcus-Johnson e colaboradores (2005), a TO desempenha um papel importante na AR, parecendo ser útil em pelo menos todos os anos da doença, e para clientes em todos os estádios da doença, sendo que os pacientes percebem com satisfação os tratamentos de terapia ocupacional. Neste estudo (Malcus-Johnson et al., 2005), sobre os efeitos da TO na AR cuja intervenção abarcava várias abordagens, assinaladamente TAs, ortóteses, alterações ambientais, educação do cliente, exercícios e cuidados abrangentes, numa amostra de 183 indivíduos, concluiu que a abordagem das TAs foi o modo de intervenção mais frequente com 41%, seguido pelas ortóteses com 27%. Por outro lado, nesta abordagem, todos os indivíduos a perceberam como benéfica e importantes para a QV. No que concerne às ortóteses, ainda relativo ao mesmo estudo, a maioria dos indivíduos tinha talas para a mão, inclusive alguns participantes apenas conseguiam trabalhar com as suas talas para o punho.

Num estudo, para avaliar a eficácia da intervenção da TO na funcionalidade manual de pessoas com AR, foi observada uma melhoria significativa na funcionalidade das mãos e melhor desempenho nas actividades de alimentação, vestir e despir,

cuidados e higiene pessoal (Rapolienė & Kriščiūnas, 2006).

Numa revisão sistemática, realizada por Steultjens e colaboradores (2008), para responder à questão: “será que a TO ajuda as pessoas com AR”, visando avaliar a eficácia da TO na AR, foi apresentada uma evidência *gold* na utilidade da TO na AR. Nesta revisão foram incluídos 38 estudos, nem todos de alta qualidade, reunindo cerca de 1700 pessoas com AR, que ou receberam talas, ou tecnologias de apoio, ou educação sobre proteção articular ou como lidar com a dor, ou treino de actividades da vida diária, ou não tiveram terapia. Esta revisão revelou que pessoas que receberam educação e aconselhamento na TO, conseguiam melhor desempenho ocupacional no quotidiano, tendo portanto um efeito positivo ao nível da funcionalidade, contudo sem impacto ao nível da dor. Revelou também alguma evidência de que a utilização de talas pode melhorar a força e minimizar a dor mas podem diminuir a amplitude de movimento. Adicionalmente, não encontrou evidência suficiente para a educação relativa à utilização de TAs.

A TO para a AR é recomendada por diversas organizações científicas. Surge como uma recomendação na atualização de 2011 da *guideline* número 123 da *SIGN* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011), na *clinical guideline* número 79 da *NICE* (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009), da *clinical guideline* da BC Guideline (British Columbia Medical Association, 2012) e ainda na recomendação do consenso de 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia (Mota, 2012), enfatizando a educação terapêutica, as ortóteses (talas) e as TAs.

Na atualização das *guidelines* da *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2011), a SIGN 123, podemos encontrar diversos graus de recomendação para cuidados em AR:

1. O aconselhamento qualificado e experiente de Terapia ocupacional deve estar disponível para pessoas com AR com limitação funcional (grau de recomendação C);
2. Os pacientes devem ser encorajados a realizar exercícios dinâmicos simples (grau de recomendação B), o exercício deve ser prescrito sob a orientação de um profissional qualificado e deve começar com exercícios de baixa intensidade, e simultaneamente a atividade da doença deve ser cuidadosamente monitorizada para evitar exacerbações de sintomas;

3. O repouso (seletivo) e talas de trabalho podem ser usados para alívio da dor (grau de recomendação C), todos os pacientes devem ser encaminhados para a Podologia.

Neste documento também são referidas boas praticas, tais como, uma equipa multidisciplinar (que inclui a TO), a nutrição, o controlo de peso, a hidroterapia e a proteção articular.

É imprescindível incrementar a literacia da saúde dos clientes com AR e das respectivas famílias, promovendo por exemplo um conjunto de actividades de cariz educacional organizadas para proporcionar ao paciente informação sobre a doença e competências para lidar com a mesma. Alguns dos principais componentes da educação terapêutica podem ser: patologia, gestão de sintomas, relaxamento, protecção articular e conservação de energia, lazer, trabalho, sono, problemática sexual, nutrição, repouso seletivo e actividade física regular e adequada, conhecimento sobre os recursos da comunidade, grupos de auto-ajuda (Masiero, Boniolo, Wassermann, Machiedo, Volante, Punzi, 2007; Latham & Radomski, 2008; Malcus-Johnson, Carlqvist, Stureson, Eberhardt, 2005; Abourazzak, Mansouri, Huchet, Lozac'hmeur, Hajjaj-Hassouni, Ingels, et al.; 2009; Buckner, 2001). É interessante ressaltar que este processo educativo parece ser transversal, porque é necessário ensinar como fazer ou como participar, minimizando a dor e o risco de deformidade, em diferentes situações e contextos (Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006).

Diversas recomendações da EULAR (2010), NAROT (2003) e *SIGN* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011), *NICE* (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009), da *clinical guideline* da BC Guideline (British Columbia Medical Association, 2012) enfatizam a educação terapêutica de pessoas com AR. Informação e educação visam ajudar o paciente a lidar com a dor e incapacidade e a incentivar a auto-gestão e resolução de problemas (grau de recomendação B). Apesar do processo educativo da TO na AR ser considerado muito importante, Fautrel (2005) adverte que os estudos sobre educação na AR fornecem apenas recomendações de grau bastante baixo (C ou D), sugerindo a necessidade de mais estudos com maior qualidade. Parecendo também existir evidência insuficiente para o tipo de educação individual versus educação em grupo, sendo que segundo Wasserman (2011) a educação individual seria preferida comparativamente com a de grupo. Adicionalmente, numa

revisão sistemática para avaliar a eficácia da educação terapêutica na saúde, de pessoas com AR, com 31 estudos incluídos foi apenas encontrado um pequeno efeito na funcionalidade (Riesma et al., 2003). Porém, alguns destes estudos não apresentavam programas específicos para a AR, ou não apresentavam duração suficiente.

Na revisão sistemática, de Steultjens e colaboradores (2008), foi encontrada forte evidência para a eficácia da proteção articular na funcionalidade. A proteção articular visa reduzir a tensão e carga nas articulações, desenvolver estratégias para preservar a integridade das estruturas articulares, reduzir a dor durante a realização das actividades diárias e reduzir a inflamação. Já a conservação de energia tem como objetivo contrapor a fadiga (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006). Por outro lado, defende-se atualmente a promoção da actividade física regular e adequada para pessoas com AR. O exercício, corretamente aplicado e realizado, é fundamental para as pessoas com artrite porque aumenta a força muscular, a resistência e a flexibilidade, pode ajudar a diminuir a dor, melhora a capacidade cardio respiratória e ajuda a combater a fadiga (Gaudin, 2008; Masiero, Boniolo, Wassermann, Machiedo, Volante, Punzi, 2007; Latham & Radomski, 2008; Malcus-Johnson, Carlqvist, Sturesson, Eberhardt, 2005; Abourazzak, Mansouri, Huchet, Lozac'hmeur, Hajjaj-Hassouni, Ingels, et al.; 2009; Buckner, 2001).

Frequentemente a dor crónica e os problemas articulares comprometem as relações inter-pessoais e a sexualidade de pessoas com AR (Hill, Bird & Thorpe, 2003). Diversas organizações, nomeadamente a *Arthristis Foundation* (2011), elaboraram diversos documentos elucidativos, dirigidos aos pacientes, sobre esta temática. Annon (1974) sugere que os terapeutas, sem formação específica em sexualidade, poderão realizar uma orientação adequada através, das três primeiras fases, do método progressivo *PLISST* (*permission, limited information, specific sugestions, intensive therapy*) porque a quarta fase, a fase intensiva, será apenas realizada por profissionais especializados na área e para os raros pacientes com situações muito complexas. Os princípios de proteção articular e conservação de energia relacionados com a sexualidade de pessoas com AR serão fornecidos na terceira fase, a das sugestões específicas (Annon, 1974; Burton, 2001).

O fornecimento, treino e a utilização de TAs são considerados de grande importância na promoção da igualdade de oportunidades em pessoas com deficiência

(Yasuda, 2008; Buckner, 2001; Jutai, 1999; Jutai, 2002; Scherer, Sax, Vanbiervliet, Cushman & Scherer, 2005; Cook & Hussey, 2002). Assim, o recurso a TAs em pessoas com AR visa compensar a limitação física, prevenir lesões articulares, aumentar a segurança e reduzir a dor e a inflamação (Turner, Foster & Jonhson, 2006; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001). Consequentemente a promoção da funcionalidade ocupacional e da independência, melhoram a QV da pessoa (Scherer, Sax, Vanbiervliet, Cushman & Scherer, 2005; Cook & Hussey, 2002; Thyberg, Hass, Nordenskiöld, Skogh, 2004; Gouveia et al., 2012). A utilização das TAs engloba uma relação pessoa-TA-ambiente onde são considerados os factores internos (personalidade, expectativas, etc), as características da TA (design, etc) e os factores externos (ambiente físico, social, etc) (Cook & Hussey, 2002; Boer, Peeters, Runday, Mertens, Huizinga, Vliet, 2009; Yasuda, 2008; Buckner, 2001; Jutai, 1999; Jutai, 2002). Assim, o impacto da utilização das TAs pode ser percebido de diferentes formas, e as mais estudadas estão relacionadas com a promoção da saúde e com a funcionalidade (Buckner, 2001; Jutai, 1999; Jutai, 2002; Cook & Hussey, 2002; Day, Jutai, Woolrich, Strong, 2001).

Sendo de destacar ainda que as TAs para a AR estão associadas geralmente a produtos que visam compensar ou minimizar a diminuição da força muscular e da amplitude de movimento; maximizar a segurança de utilização e minimizar ou eliminar a dor, podendo, inclusive, contribuir para retardar o aparecimento da deformidade, sempre, evidentemente, como um complemento da medicação (Trombly & Radomski, 2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001).

As pessoas com AR utilizam diferentes tipos de TAs, tais como talas (classificação ISO 06.06.12), TAs para as AVD (talheres classificação ISO 15.09.13, alteador de sanita ISO 091221, varão de banheira ISO 181803, etc.), TAs para a mobilidade (canadianas: classificação ISO 12.03.06, etc.), entre outros tipos de TAs (Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001).

Através das TA os utilizadores conseguem realizar uma variedade de tarefas da vida diária, participam na vida de acordo com as suas opções e fazem escolhas baseadas nos seus objectivos pessoais e papéis ocupacionais desejados, assim as TA apoiam e ou facilitam o desempenho ocupacional das pessoas com AR (Mallinson T, et al. 2009; Brekke, Hjortdahl, Kvien, 2003; Yasuda, 2008; Gouveia et al., 2012; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006;

Buckner, 2001; Boer, 2009; Day & Jutai; 1996; Tuntland, Kjekken, Nordheim, Falzon, Jamtvedt, Hagen, 2010; Thyberg, Hass, Nordenskiöld, Skogh, 2004).

Alguns autores referem que a utilização de TAs poderá promover a independência e segurança e deste modo aumentar a felicidade e o bem-estar e diminuir a sensação de tristeza e ansiedade, desta forma as TAs parecem ainda acrescentar uma mais-valia na medida em que poderão beneficiar psicologicamente o indivíduo (Kojima, Kojima, Ishiguro, Oguchi, Oba, Tsuchiya et al., 2009; Gouveia et al., 2012; Tuntland, Kjekken, Nordheim, Falzon, Jamtvedt, Hagen, 2010; Thyberg, Hass, Nordenskiöld, Skogh, 2004; Day & Jutai; 1996; Latham & Radomski, 2008; Malcus-Johnson, Carlqvist, Sturesson, Eberhardt, 2005).

Contudo, as TAs também podem estar associadas a um certo estigma. Segundo alguns autores, as cadeiras de rodas parecem estar mais associadas ao estigma da incapacidade e a um pior prognóstico de saúde, que por sua vez parece estar relacionado com a diminuição da auto-estima (Day & Jutai, 1996; Kojima, Kojima, Ishiguro, Oguchi, Oba, Tsuchiya et al., 2009). No entanto, um maior número de estudos sugerem um impacto positivo das TAs na manutenção e promoção da funcionalidade e independência dos seus utilizadores, e consequentemente na autoestima (Day, Jutai, Woolrich & Strong, 2001; Veehof, Taal, Rasker, Lohmann, Van de Laar, 2006; Tuntland, Kjekken, Nordheim, Falzon, Jamtvedt, Hagen, 2010; Gouveia et al., 2012; Malcus-Johnson, Carlqvist, Sturesson, Eberhardt, 2005).

Numa revisão sistemática da Cochrane de 2010 para resumir a evidência da eficácia das TAs na AR, nomeadamente ao nível da melhoria da capacidade funcional e redução da dor bem como avaliar potenciais efeitos adversos, foram revistos 13 artigos sendo que apenas foi incluído um artigo randomizado, ainda que considerado de baixa qualidade. Neste mesmo estudo foi detectado uma escassez grande de evidência e uma enorme e urgente necessidade de investigação de elevada qualidade nesta temática para a obtenção de evidência suficiente de eficácia desta intervenção (Tuntland, Kjekken, Nordheim, Falzon, Jamtvedt, Hagen, 2010).

Segundo diversos especialistas em reabilitação física, as talas, tanto de repouso como de trabalho, são outra ferramenta terapêutica importante e particularmente indicada para pessoas com AR. Visam ajudar a reduzir a inflamação e a dor; suportar ou posicionar de forma adequada, funcionalmente e ou anatomicamente, parte ou a totalidade da mão; ajudar a minimizar contraturas; ajudar a melhorar ou permitir a

função (Fess, Gette, Phillips & Janson, 2005; Yasuda, 2008; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Latham & Radomski, 2008; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001). Por outro lado o uso inapropriado de talas pode ser prejudicial devido ao stress induzido nas restantes articulações ou pelo repouso demasiado prolongado (Fess, Gette, Phillips & Janson, 2005; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Pendleton, & Schults-Krohn, 2006; Buckner, 2001). A aplicação das talas deverá ser complementada por um processo educativo, onde o cliente receberá uma explicação verbal e escrita sobre a utilização e manutenção da tala, e ainda deverá ter um acompanhamento regular para uma actualização sempre que necessária (The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009; Turner, Foster & Jonhson, 2006; Pedretti & Early 2005; Fess, Gette, Phillips & Janson, 2005; Buckner, 2001).

Alguns estudos apontam para alguns benefícios no uso destas, aumentando a referida funcionalidade do indivíduo (Tuntland, Kjekken, Nordheim, Falzon, Jamtvedt, Hagen, 2010), nomeadamente através da redução do processo inflamatório, redução da dor e prevenção de deformidades, parecendo ser estes fundamentos que sustentam a utilização de ortóteses na AR (Turner, Foster & Jonhson, 2006; Pedretti & Early 2005). Diversos autores advogam uma combinação de um conjunto de diferentes talas para clientes com AR (Alexander, Hortas, Bacon, 1983; Feinberg, 1992; Souter, 1971).

No entanto, não há evidência da eficácia no uso de ortóteses no que concerne à prevenção da deformidade e manutenção da função a longo prazo (Egan, Brosseau, Farmer, Ouimet, Rees, Tugwell, Wells, 2010; Fess, Gette, Phillips & Janson, 2005). Contudo, alguns estudos corroboraram que a utilização de talas favorece a diminuição da dor e promove uma melhoria da funcionalidade da mão, podendo assim ser explicado, em parte, o incremento da percepção de competência (Malcus-Johnson, Carlqvist, Sturesson, Eberhardt, 2005; Mallinson T, et al. 2009; Veehof, Taal, Rasker, Lohmann, Van de Laar, 2006; Steultjens MJ, et al., 2008).

Numa revisão sistemática (Egan, Brosseau, Farmer, Ouimet, Rees, Tugwell, Wells, 2010) de 10 estudos, para avaliar a eficácia de talas e ortóteses no tratamento da AR, concluiu-se que existe evidência insuficiente para concluir sobre a efectividade das talas de trabalho para o punho na AR, e que uma evidência preliminar sugere que as talas de repouso para punho ou mãos não parecem afectar a amplitude de movimento ou a dor. Enquanto que numa outra revisão de Steultjens e colaboradores (2008) encontraram-se indícios de evidência para diminuição de dor e melhoria de funcionalidade com as talas. Algumas destas diferenças poderão ser parcialmente

explicadas por diversas questões metodológicas, nomeadamente, a utilização da melhor síntese de evidência numa revisão (Syeultjens et al., 2008) em oposição à ausência de regras de decisão explícitas dos estudos incluídos noutra revisão ((Egan, Brosseau, Farmer, Ouimet, Rees, Tugwell, Wells, 2010)

Numa outra revisão sistemática, mas para avaliar a eficácia de exercícios para mãos com AR, foram incluídos apenas 9 estudos. Esta revisão divulgou que os exercícios parecem promover o aumento de força muscular, mas a evidência parece ser inconsistente para problemas de amplitude articular. Esta revisão salientou a necessidade de estudos como maior qualidade, nomeadamente, estudos experimentais, tamanho amostral adequado e comparação adequada com o grupo de controle (Wessel, 2004).

A prestação de serviços às pessoas com AR assume muitas vezes a forma de programas terapêuticos, aplicados num contexto terapêutico, incluindo tudo o que foi referido anteriormente, e será provavelmente a forma mais completa e eficaz para abordar a problemática da AR. Assim surgiu o programa *SPIRE*, desenvolvido por TOs, para os TOs poderem trabalhar com pessoas com AR. É aplicado num contexto de grupo, num total de 9 sessões, e aborda temáticas como fisiopatologia, gestão de dor e relaxamento, protecção articular, conservação de energia, dieta, medicação, entre outros.

Por outro lado, a avaliação e intervenção nos diversos contextos, das pessoas com AR, oferece uma realidade motivadora à reabilitação. Num estudo de Helewa e colaboradores (1991) foi avaliada a eficácia dos efeitos dos serviço da TO no domicílio, a pessoas com AR. Assim, 105 pacientes com idade entre os 18 e os 70 anos, com tratamento médico estável, foram randomizados para receber um programa abrangente de seis semanas de terapia ocupacional (grupo experimental: n=53) ou para não receber tal tratamento (grupo controle: n=52). Em 6 semanas, os pacientes receberam o esquema de controlo experimental, e os pacientes experimentais foram continuados em tratamento, conforme necessário até 12 semanas. O estudo sugeriu que a intervenção da TO no domicílio levou a uma melhoria significativa e clinicamente importante na função.

Provavelmente, os resultados esperados em TO serão também resultados para a AR, contudo e segundo a literatura, a QV será um dos *outcomes* mais referidos e

estudados (Yasuda, 2008; Burton et al., 2006; Buckner, 2001; Queiroz, 2002; Branco, 2002; Cavalcanti & Galvão, 2007; American College of Rheumatology, 2002; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2009). A AR influencia todos os domínios de vida da pessoa e vários são os artigos em que parece existir uma associação entre os factores psicológicos, a condição da saúde física, as relações pessoais, familiares e sociais e o ambiente em que a pessoa está inserida. Alguns estudos descrevem uma pior percepção da qualidade de vida em pessoas com AR comparativamente com a população em geral (grupo de controlo) enquanto que outros referem que doentes com AR com mais anos de diagnóstico apresentam pior qualidade de vida (Burton et al., 2006; Veehof, Taal, Rasker, Lohmann, Van de Laar, 2006; Kojima, Kojima, Ishiguro, Oguchi, Oba, Tsuchiya, et al., 2009; Abourazzak et al., 2009; Poole, Chiappisi, Cordova & Sibbitt, 2007).

Numa investigação sobre a avaliação da eficácia da reabilitação aquática concluiu-se que o protocolo de hidroterapia proposto possibilitou melhoria na QV relacionada à saúde, redução da dor e da rigidez matinal, além de melhoria da qualidade do sono de mulheres com AR (Fernandes, et al., 2008).

Um estudo sobre a perda de papéis ocupacionais produtivos originada pela AR revelou que a maioria da literatura, sobre esta temática, parece apontar para uma permanente incapacidade e perda laboral temporária em pessoas com AR (Burton, Morrison, Maclean, Ruderman, 2006).

Mallinson e colaboradores (2009) declararam que os terapeutas ocupacionais raramente relatam os resultados de programas de intervenção para refletir o impacto sobre os indicadores de saúde pública. Consequentemente, o efeito da TO sobre as metas de saúde pública é limitado ou mesmo desconhecido. Assim, estes autores propõem uma maior consciência e coerência profissional, e um registo adequado das práticas de intervenção, relatórios de acompanhamento e indicadores de resultados, que permitirão à TO ter um papel fundamentado e relevante na promoção da saúde e participação de pessoas com doenças crônicas incluindo as pessoas com AR, no século XXI. Neste sentido, e segundo estes autores, será necessário incrementar a qualidade dos registos do processo da TO na AR. caminho

Numa revisão da literatura, de March e colaboradores (2009), foram encontradas recomendações de temas para futuras investigações, nomeadamente a investigação do custo-efectividade de intervenções abrangentes da TO, adaptação de contextos e de programas de reabilitação laboral, tanto para pessoas com AR que estejam em risco de

perda de emprego bem como para pessoas com AR desempregadas. Estes autores sugerem ainda que em estudos futuros, sejam respeitados padrões de qualidade, devendo ser dada uma atenção especial à concepção adequada dos estudos, com medidas de resultados sensíveis, fiáveis e válidas; e ainda a inclusão de um número suficiente de participantes.

Segundo White (2004), o caminho da PBE é intelectualmente estimulante, e conduz os profissionais para um percurso de descoberta exploratória, sendo ainda uma forma de aprendizagem ao longo da vida.

Em jeito de conclusão, verifica-se uma grande quantidade de literatura de medicina baseada na evidência para a AR, nomeadamente e principalmente nas terapias farmacológicas caracterizada por elevados níveis de evidência e força de recomendação. Tal poderá ser explicado, em parte, pelo grande apoio dos laboratórios farmacêuticos no desenvolvimento de investigação com as drogas terapêuticas para a AR. Sendo assim, podem ser levantadas outras emaranhadas questões relacionadas com contendas éticas e económicas.

Salienta-se, que a interação dos efeitos das intervenções de diferentes profissões no âmbito do trabalho da equipe coordenada de reabilitação é tão importante para a eficácia da reabilitação como é a eficácia de intervenções aplicadas por uma profissão específica. Ambos os elementos são de interesse para elevar a qualidade do processo de reabilitação e ambos devem ser considerados. Existe evidência para a eficácia da reabilitação multidisciplinar incluindo a TO, e este trabalho apresenta informação disponível sobre a eficácia da parte específica da TO.

Sobre a PBE da TO na AR, ainda não se pode dizer que existe uma evidência robusta, contudo algum percurso tem vindo a ser desbravado no longo percurso que nos falta percorrer. Em suma, os estudos que avaliaram uma TO abrangente, e estudos baseados em intervenções de protecção articular, ou educação, mostraram evidência limitada para a eficácia dessas intervenções. Alguns estudos que avaliaram intervenções com talas indicaram eficácia na redução da dor mas outros revelaram uma evidência inconsistente. De igual forma, a evidência para a utilização de tecnologias de apoio também parece ser escassa e inconsistente. Contudo, e apesar da necessidade de actualização das *guidelines* da TO na AR, estes resultados podem ser encorajadores em termos de TO, porque estas intervenções são uma parte importante do tratamento para

pessoas com AR, apresentando alguma evidência, e também podem gerar oportunidades de melhoria da PBE na TO em AR. Os terapeutas ocupacionais devem ter um olhar crítico sobre as suas práticas, com o objectivo de obter resultados eficazes e contribuir para a satisfação dos clientes.

Apesar de diversas recomendações apontarem a necessidade, importância e efectividade da TO na AR, são necessários mais estudos com mais qualidade e maior nível de evidência. Inclusive, existem recomendações para mais investigação, que cumpra requisitos internacionais de elevados padrões de qualidade, sobre os programas abrangentes de TO para a AR, a influência dos contextos e a problemática laboral de pessoas com AR.

Num âmbito mais geral, parece haver a necessidade de se aumentar ou reforçar sinergias, entre as escolas de TO e os locais de trabalho dos terapeutas ocupacionais, visando a produção científica, e conseqüentemente e gradualmente a promoção da PBE na TO.

## Referências bibliográficas

- Abourazzak, F., Mansouri, L., Huchet, D., Lozac'hmeur, R., Hajjaj-Hassouni, N., Ingels, A., et al. (2009) Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 76:1778-7254.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A., Funovits, J., Felson, D., Bingham, C., et al. (2010). Arthritis & Rheumatism: 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *American College of Rheumatology*, 62, 2569-2581.
- Alexander, G., Hortas, C., Bacon, P. (1983) Bed rest, activity and the inflammation of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*; 22(3): 134-40.
- American College of Rheumatology. (2002) Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. [Special Article ]. *Arthritis & Rheumatism*.; 46(2): 328-346.
- American Occupational Therapy Association (2012) Evidence-based practice and research. Consultado em dezembro de 2012. Disponível em <http://www.aota.org/Practitioners-Section/Productive-Aging/Evidence.aspx>.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework : Domain & Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62.
- Anderson, J., Caplan, L., Yazdany, J. et al. (2012) Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures: American College of Rheumatology Recommendations for Use in Clinical Practice. *Arthritis Care & Research*; 64(5): 640–647.
- Anderson, J., Liron, C., Yazdany, J., Robbins, M. et al. (2012) Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures: American College of Rheumatology Recommendations for Use in Clinical Practice. *Arthritis Care & Research*; 64 (5): 640–647.
- Annon, J. (1974) The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: Enabling Systems.
- Arthritist Foundation (2011) Relationships. Consult. a 8 de Janeiro de 2008, disponível em <http://www.arthritistoday.org/daily-living/relationships/index.php>.
- Arthritis and Musculoskeletal Alliance (2004) Standards of Care for people with Rheumatoid Arthritis. London: Arthritis and Musculoskeletal Alliance.
- Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA Associação Acadêmica da Universidade da Madeira*; 65(VII): 42-44).
- Boer, G., Peeters, A., Runday, H. et al. (2009) Assistive devices: usage in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*; 28(2):119-28. PubMed PMID: 18726549.
- Boonen, A., Matricali, A., Verduyck, J., Taelman, V., Verschueren, P., Sileghem A *et al.* (2006) Orthopaedic surgery in patients with rheumatoid arthritis: a shift towards more frequent and earlier non-joint- sacrificing surgery. *Ann Rheum Dis*, 65(5):694–5.
- Boutry N, Morel M, Flipo RM, et al. (2007) Early rheumatoid arthritis: A review of MRI and sonographic findings. *AJR*.; 189: 1502-1509.
- Branco, J. (2006) Síndromes Articulares. In: Branco JC. Grandes Síndromes em Reumatologia. Lousã: Lidel edições técnicas, Lda. 2006: 21-32.
- Brandão L, Ferraz MB e Zerbini CA.(1997) Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide: revisão atualizada. *Rev Bras Reumatol. Set/Out*; 37 (5): 275-281.
- Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. (2003) Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*; 49(3):342-8.
- British Columbia Medical Association. (2012) Rheumatoid Arthritis: Diagnosis, Management and Monitoring. *Clinical guideline* British Columbia, Ministry of Health.
- British Health Professionals in Rheumatology (2012). Roles in rheumatology: Occupational Therapist. Consultado em Dezembro de 2012. Disponível em [http://www.rheumatology.org.uk/bhpr/clinical/roles\\_in\\_rheumatology/occupational\\_therapist.aspx](http://www.rheumatology.org.uk/bhpr/clinical/roles_in_rheumatology/occupational_therapist.aspx).
- Buckner, W. (2001) Arthritis. In: Pedretti LW, Early MB. Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. 5<sup>th</sup> Edition. United States of America: Mosby. P. 806-832.
- Burton W, Morrison A, Maclean R, Ruderman E. (2006) Systematic review of studies productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occupational Medicine*; 56: 18-27.
- Burton, G. (2001) Sexuality and physical dysfunction. In: Pedretti LW, Early MB. Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. 5<sup>th</sup> Edition. United States of America: Mosby. P. 806-832.
- Cavalcanti A, Galvão C. (2007) Terapia Ocupacional - Fundamentos e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde CIF (2003) Classificação Detalhada com Definições; 2003.
- Cohen, M. (2005) Aumentar as expectativas no tratamento da artrite: Os modificadores da resposta biológica estão a tornar possível a remissão da doença. *Edição Portuguesa Postgraduate Medicine*; 24 (4): 33-36.
- College of Occupational Therapists (2011) Practice guidelines development manual. Second edition. Editors: Mandy Sainty and Julia Roberts. London: COT Ltd.
- Combe B, Landewé R, Lukas C, et al. (2007) EULAR recommendations for the management of early arthritis: Report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Diseases*; 66(1) 34–45.
- Cook AM, Hussey SM. (2002) Introduction and Overview. In: Cook AM, Hussey SM. *Assistive Technologies: Principles and Practice*. Second Edition. United States of America: Mosby. P. 4-14.
- Cruz, M., Branco J. (2002) Artrite Reumatóide: Factores de Prognóstico e Seguimento. *Acta Reum Port.*; 27: 183-190.
- Dale J, Porter D. (2010) Optimising the strategy of care in early rheumatoid arthritis. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 24(4):443-55.
- Day H, Jutai J. (1996) Measuring the psychosocial impact of assistive devices: the PIADS. *Canadian Journal of Rehabilitation*; 9(2):159-68.
- Day HY, Jutai J, Woolrich W, Strong G. (2001) The stability of impact of assistive devices. *Disability and Rehabilitation*; 23 (9): 400-404.
- Day, H, & Jutai, J. (1996) Measuring the psychosocial impact of assistive devices : PIADS. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 9(2): 159-168.
- Deshaies L. (2006) Arthritis. In H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's occupational therapy : Practice skills for physical dysfunction* (6 ed). St. Louis: Mosby Elsevier; 950-982.
- Dirette, D., Rozich, A., & Viau, S. (2009). The Issue Is—Is there enough evidence for evidence-based practice in occupational therapy? *American Journal of Occupational Therapy*, 63: 782–786.
- Doeglas, Suurmeijer, Heuvel, Krol, B., Rijswijk, Leeuwen, et al. (2004) Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*; 13: 1053-1065.
- Drossaers-Bakker KK, De Buck M, Van Zeben D, et al. (1999) Long-term prognosis and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*; 42:1854-1860.
- Dubey S, Adebajo AO. (2008) Historical and Current Perspectives on Management of Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis. In: Reid DM, Miller CG. *Clinical Trials in Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis*. London: Springer. P. 12-26.
- Egan, M., Brosseau, L., Farmer, M., Ouimet, M., Rees, S., Tugwell, P., Wells, G. (2010) Working wrist splints and extra-depth shoes appear to be helpful for people with rheumatoid arthritis. *Cochrane Collaboration*. Consultado em dezembro de 2012. Disponível em <http://summaries.cochrane.org/CD004018/working-wrist-splints-and-extra-depth-shoes-appear-to-be-helpful-for-people-with-rheumatoid-arthritis>.
- Emery, P., Suarez-Almazor, M. (2003) Rheumatoid arthritis. *Clinical Evidence*; 10:1454–76.
- Falvo DR. (2005) Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability. Chapter 14 - Conditions of the Musculoskeletal System. 3rd ed. USA: Jones and Bartlett Publishers. p. 413 - 7.
- Fautrel, B. et al. (2005) Role and modalities of information and education in the management of patients with rheumatoid arthritis: development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine*; 72(2): 163-70.
- Feinberg, J. (1992) Effects of the arthritis health professional on compliance with use of resting hand splints by patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*; 5(1): 17-23.
- Fernandes LR, et al. (2008) Efeitos Da Reabilitação Aquática Na Sintomatologia E Qualidade De Vida De Portadoras De Artrite Reumatóide. *Fisioter Pesq.*; 15(2):136-141.
- Fess, E.; Gette, K., Phillips, C. & Janson, J. (2005) *Hand and upper extremity splinting: principles & methods*. USA: Mosby.
- Gaudin, P., et al. (2008) Is dynamic exercise beneficial in patients with Rheumatoid Arthritis? *Joint Bone Spine*, 75: 11-17.
- Gouveia P, Miranda L, Nascimento A, Freitas N, Silva S. (2012) Impacto das Tecnologias de Apoio em pessoas com AR. In: Santos FSN. *V Jornadas sobre Tecnologia e Saúde*; Instituto Politécnico da Guarda.
- Green S. (2005) Systematic reviews and meta-analysis. *Singapore Med J*; 46:270-3.
- Guyatt, G., Drummond, R. (2002) Part 1. The basics: Using the medical literature. 1A. Introduction: The philosophy of evidence based medicine. In: Guyatt G, Rennie D, eds. *Users' Guides to the*

- Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago: AMA Press.
- Hammond, A. (2004) Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A critical review. *Musculoskeletal Care*; 2 (3): 135-150.
- Helewa, H., Goldsmith, A., Tugwell, P. et al.. (1991) Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 337(8755) :1453-1456.
- Helmick C, Felson D, Lawrence R, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh K, et al. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis & Rheumatism*; 58: 15-25.
- Henderson SE, McMillan IR. (2002) Pain and Function: Occupational therapist's use of orthotics in rheumatoid arthritis. *British Journal of Occupational Therapy*; 65 (4): 165-171.
- Hill, J., Bird, H., and Thorpe, R. (2003) Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology*, 42:280–286.
- Inflammatory Arthritis. London: ARMA.
- Issa, S. Ruderman EM (2005). Controlo da deterioraç o na artrite reumatoide: O tratamento precoce e activo   fundamental para travar a destruição articular. *Edição Portuguesa Postgraduate Medicine*; 24 (4): 9-18.
- Jutai, J. (1999) Quality of Life Impact of Assistive Technology; 1 (1): 1-7.
- Jutai, J. (2002) Occupational Therapy and Assistive Technology: The Research Challenge. *The Israel Journal of Occupational Therapy*; 11 (1): 1-22.
- Kapetanovic, C., Lindqvist, E., Saxne, T., Eberhardt, K. (2008) Orthopaedic surgery in patients with rheumatoid arthritis over 20 years: prevalence and predictive factors of large joint replacement. *Ann Rheum Dis*, 67(10):1412–6.
- Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. (2009) Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*; 67(5):425-31. PubMed PMID: 19837205.
- Latham CAT, Radomski MV. (2008) Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, and Fibromyalgia. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 6th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins. p. 1214-37.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2005) *Measuring Occupational Performance: supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C. et al. (2006) British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology. Guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first 2 years). *Rheumatology*;1–16.
- Malcus-Johnson, P., Carlqvist, C., Sturesson, A., Eberhardt, K. (2005) Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*; 12: 128-135.
- Mallinson T, et al. (2009) Human Occupation for Public Health Promotion: New Directions for Occupational Therapy Practice With Persons With Arthritis. *The American Journal of Occupational Therapy*; 63(2): 220-226.
- March, L., Jiri Rada, J., Haesler, E., Jasper, A. (2009) Early rheumatoid arthritis: a literature review of recent evidence. Sidney: The Royal Australian College of General Practitioners.
- Marks R, Allegrante JP. (2007) Prevalence and impact of arthritis: Opportunities for Prevention. *Health Education Journal*; 66: 1-21.
- Masiero, S.; Boniolo, A.; Wassermann, L.; Machiedo, H., Volante, D. E Punzi, (2007) L. Effects of an educational–behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol.*; 26:2043–2050.
- Moreland LW. (2002) New Treatment Opportunities for Rheumatoid Arthritis. In: Tsokos GC. *Modern Therapeutics in Rheumatic Diseases*. United States of America: Human Press. P. 3-7.
- Mota, L. et al.(2012) Consenso 2012 da Sociedade de Brasileira de Reumatologia. *Rev Bras Reumatol*; 52(2):135-174.
- National Association of Rheumatology Occupational Therapists (2003) Occupational Therapy clinical guidelines for Rheumatology. Editors:.. London: College of Occupational Therapists Ltd.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2009) Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Feb. 35 p. (NICE clinical guideline; no. 79).
- National Institute for Health and Clinical Excellence, (2012) NICE: NHS evidence. Consultado em Dezembro de 2012. Diponivel em <http://www.nice.org.uk/aboutnice/aboutnhsvidence.jsp>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, (2012b) NICE accreditation. Consultado em Dezembro de 2012. Diponivel em <http://www.nice.org.uk/accreditation>.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009) Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adult. Clinical guideline 79 NICE.
- Pedretti L, Early M. (2005) Terapia Ocupacional: Capacidades praticas para as disfunções físicas. 5ª edição. São Paulo: Roca LTDA.
- Pendleton, H. e Schults-Krohn, W. (Eds.) (2006). *Pedretti's Occupational Therapy: practice skills for physical dysfunction (6ª Ed)*. St.Louis : Mosby.
- Pool, J. (2003) Measures of Adult Hand Function. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 49 (5): 59–66.
- Poole, J., Chiappisi, H., Cordova, J. S., & Sibbitt, W. (2007). Quality of life in american indian and white women whit and without rheumatoid arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*; 61: 280-289.
- Queiroz, MV. (1998) Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo. In: Queiroz MV. *Reumatologia Clínica*. Lousã: Lidel edições técnicas, lda.
- Queiroz, MV. (2002) *Reumatologia clínica e terapêutica das doenças reumáticas I (Vol. 2)*. Lisboa: Lidel.
- Radomski, M. e Latham, C. (2008). *Occupational therapy for Physical Dysfunction (6ª Ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rapolienė, J., & Kriščiūnas, A. (2006). The effectiveness of occupational therapy in restoring the functional state of hands in rheumatoid arthritis patients. *Medicina*; 42(10): 823-828.
- Reed, K. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
- Riemsma, P. (2003) Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Riemsma, R., Kirwan, J., Taal, E., Rasker, J. (2003) Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*; Issue 2.
- Rindfleisch A, & Muller D. (2005) Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *American Family Physician*; 72: 1037-1047.
- Scheider M, Manabile E, & Tikly (2008) M. Social aspects of living with rheumatoid arthritis : A qualitative descriptive study in Soweto, South Africa - A low resource context *Health and Quality of Life Outcomes*; 6.
- Scherer MJ, Sax C, Vanbiervliet A, Cushman LA, Scherer JV.(2005) Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*; 27 (21): 1321-1331.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *Management of early rheumatoid arthritis: A national clinical guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Silva RG, Vannucci AB, Latorre LC, Zerbini CAF. (2003) Artrite Reumatóide. *Rev. Bras. Med*; 60 (8): 554-576.
- Singh, J., Furst, D., Bharat, A. (2012). 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research* Vol. 64, No. 5, pp 625–639.
- Sousa, A.; Silva, C.; Clemente, C.; Coutinho, I.; Carolino, E.; Fonseca, J.. (2007) *Arthritics Impact Measurement Scales 2 - short version: Contributo para a Adaptação e Validação para Portugal Volume 1, nº3, Página 35-43*.
- Souter, W. (1971) Splintage in the rheumatoid hand. *Hand*; 3:144-51.
- Stein, C., Taylor, G. (2004) Rheumatoid Arthritis. In: Stein CM, Taylor G. *The Encyclopedia of Arthritis*. United States of America: Facts on File, Inc; 2004. P. 225-233.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., et al. (2005). Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: An overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*; 19(3):247–54.
- Steultjens, M.J., et al. (2008) Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Collaboration*. Disponível em <http://summaries.cochrane.org/CD003114/occupational-therapy-for-rheumatoid-arthritis>.
- Stucki G, Cieza A, Geyh S, et al. (2004) ICF Core Sets For Rheumatoid Arthritis. *J Rehabil Med*; Suppl. 44: 87–93.
- Tehlirian CV, Bathon JM. (2008) Rheumatoid Arthritis Clinical and Laboratory Manifestations. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13<sup>th</sup> Edition. United States of America: Springer; P. 114-121.
- The National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2009). *Rheumatoid arthritis national clinical guideline for management and treatment in adults*. London: Royal College of Physicians
- Thyberg I, Hass UAM, Nordenskiöld U, Skogh T. (2004) Survey of the Use and Effect of Assistive Devices in Patients with Early Rheumatoid Arthritis: A Two-Year Followup of Women and Men. *Arthritis & Rheumatism*; 51 (2): 413-421.

- Trombly CA, Radomski MV.(2005) *Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas* (5ª ed). São Paulo: Livraria Editora Santos.
- Tuntland H, Kjekken I, Nordheim L, Falzon L, Jamtvedt G, Hagen K. (2010) The Cochrane review of assistive technology for rheumatoid arthritis. *European Journal of Physical Rehabilitation and Medicine*. Jun; 46(2):261-8. PubMed PMID: 20485228.
- Turner A, Foster M, Jonhson S. (2006) *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: principles, skills and practice* (fifth ed). London: Churchil Livingstone.
- Uhlig, T., & Kvien, TK. (2002) Is rheumatoid arthritis disappearing? *Ann Rheum Dis.*; 64: 7-10.
- Veehof MM, Taal E, Rasker JJ, Lohmann J, Van de Laar MAFJ. (2006) Possession of assistive devices is related to improved psychological well-being in patients with rheumatic conditions. *J Reumatol*; 33(8):1679-83.
- Waldburger JM, Firestein GS. (2008) Rheumatoid Arthritis Epidemiology, Pathology and Pathogenesis. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13<sup>th</sup> Edition. United States of America: Springer. P. 122-131.
- Wasserman, A. (2011) Diagnosis and management of Rheumatoid Arthritis. *American Family Physician*; 84(11):1245-1252.
- Wessel, J. (2004) The efectiveness of hand exercises for persons with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Journal of Hand Therapy*; 17(2): 174-180.
- White, B. (2004) Making Evidence-Based Medicine Doable In Everyday Practice- Finding the evidence you need is getting easier than you ever thought possible. *Rev AAFP Family Praticce Management*; 11(2): 51-58.
- Williams EA, Fye KH. (2004) Artrite Reumatóide: Intervenções orientadas podem minimizar a destruição da cartilagem. *Edição Portuguesa Postgraduate Medicine*; 22 (5): 21-32.
- Williams EA, Fye KH. (2004) Artrite Reumatóide: Intervenções orientadas podem minimizar a destruição da cartilagem. *Edição Portuguesa Postgraduate Medicine*; 22 (5): 21-32.
- World Health Organization (2003). *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium*. Geneva: World Health Organization.
- Yasuda, L. (2008). Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, and fibromyalgia. In M. V. Radomski & C. T. Latham (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6 ed., pp. 1214-1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.