Tema 2

Caracterização do Nível de Atividade Física em Doentes com Artrite Reumatoide sob Terapêutica Biológica

Dra. Ana Teresa Antunes¹, Dra. Sara Antunes², Dra. Filipa Órfão³, Dra. Joana Bragança⁴

¹USF do Lavradio – Aces Arco Ribeirinho; ²Interna de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Garcia de Orta; ³USF Cuidar Saúde – Aces Almada-Seixal; ⁴USF Cova da Piedade – Aces Almada-Seixal.

RESUMO / ABSTRACT

Na atual literatura disponível há forte evidência sobre os benefícios da atividade física (AF) nos doentes com artrite inflamatória, nomeadamente na artrite reumatoide (AR). Estão demonstradas melhorias na atividade da doença que contribuem para o aumento da estabilidade e da força articular, promovendo a sensação de bem-estar e o controlo dos sintomas de ansiedade e depressão, que inúmeras vezes se associam à doença crónica. Com este trabalho pretendemos relacionar os níveis de AF de uma amostra de doentes com AR sob terapêutica biológica com a atividade inflamatória da doença. Secundariamente pretendemos reforçar o papel educativo do Médico de Família na gestão destes doentes.

In the current available literature, there is strong evidence about the benefits of physical activity (PA) in patients with rheumatoid arthritis (RA). PA has shown an improvement in the disease activity that contributes to increase stability and joint strength, promoting a sense of well-being and reducing the symptoms of anxiety and depression, which are often associated with chronic diseases. The aim of this study is to relate the levels of PA in patients with RA under biological treatment and disease activity. Secondly we intend to increase the educational role of the family doctor in the management of these patients.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Atividade física, artrite reumatoide, atividade da doença, médico de família
Physical activity, rheumatoid arthritis, disease activity, family doctor

Introdução

A atividade física (AF) é definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético que resulta num gasto de energia superior ao metabolismo basal. A AF inclui atividades da vida diária, de lazer, recreativas, exercício físico e desporto. O exercício físico é uma subcategoria da AF, definido como uma sequência sistematizada de movimentos de diferentes segmentos corporais, executados de forma planeada e com um determinado objetivo a ser atingido. Por outro lado, exercícios terapêuticos são um tipo específico de exercício dirigido a uma patologia, limitação funcional e/ou dor.¹

Atualmente, as recomendações de AF para os adultos (incluindo adultos com comorbilidades crónicas) são de 150 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana (andar de bicicleta, natação,

caminhadas) ou 75 minutos de atividades vigorosas por semana (correr, aulas de grupo) e treino de fortalecimento muscular, pelo menos duas vezes por semana.² O Colégio Americano de Medicina Desportiva recomenda ainda treino de flexibilidade e de coordenação neuromotora, como exercícios de equilíbrio e agilidade, pelo menos duas vezes por semana.¹

Há forte evidência sobre os efeitos benéficos da AF nos doentes com artrite inflamatória, nomeadamente na artrite reumatoide (AR). Estão demonstradas melhorias na atividade da doença que contribuem para o aumento da estabilidade e da força articular, equilíbrio ortostático e capacidades propriocetivas, promovendo a sensação de bem-estar e o controlo dos sintomas de ansiedade e depressão, que inúmeras vezes se associam à doença crónica. A AF permite ao doente ser mais autónomo e participativo nas atividades de vida diária, com repercussões

positivas na comunidade em que está integrado. Contudo, ainda se verifica que estes doentes são menos ativos do que a população geral. Alguns dos obstáculos identificados para a falta de adesão à prática de AF são a perceção pelo clínico e pelo próprio doente de um possível risco de progressão da doença reumatológica associada à prática regular de exercício e AF, bem como o desconhecimento da eficácia da AF nestas patologias, condicionando um aconselhamento médico deficitário.³

Em 2018 foram publicadas as recomendações para a prática de AF em doentes com AR, espondilartrites e osteoartrite pela EULAR (*European League Against Rheumatism*), que incluem 4 princípios gerais e 10 recomendações. Estas recomendações foram realizadas por clínicos de várias áreas e por representantes dos doentes, de 16 países e visam orientar com segurança a prática de AF em doentes reumáticos, desmistificando o papel da atividade física e do exercício físico como fatores de possível agravamento e progressão da doença reumatológica.⁴

Objetivos

Com este trabalho pretendemos relacionar os níveis de atividade física de uma amostra de doentes com AR sob terapêutica biológica com a atividade inflamatória da doença. Como objetivos secundários, pretendemos reforçar o papel do Médico de Família nas estratégias educativas e promotoras de saúde que poderão ser desenvolvidas e intensificadas com o doente e o seu agregado familiar.

Metodologia

Foram admitidos os doentes com diagnóstico de AR sob terapêutica biológica, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. Foram excluídos os doentes nos quais não foi possível calcular o *Score de Atividade da Doença* com contagem de 28 articulações (DAS-28), por ausência de resposta ao questionário e/ou intercorrência médico-cirúrgica no mês prévio à aplicação do questionário. Os dados demográficos e

antecedentes clínicos foram obtidos através da plataforma informática “Reuma.pt”.

O nível de atividade física semanal dos doentes foi avaliado através da aplicação do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) presencial ou telefonicamente. Este questionário está validado para a população portuguesa e visa quantificar, em equivalentes metabólicos (MET min/sem), a atividade física realizada nos diferentes contextos das atividades diárias. Nestas atividades inclui-se o tempo semanal gasto em caminhada, atividades físicas de intensidade moderada, atividades de intensidade vigorosa e ainda o tempo despendido em atividades passivas realizadas na posição sentada. A partir do cálculo dos METs min/sem foi possível atribuir a cada doente um valor denominado por *total activity score* que permite categorizar a amostra em grupos de acordo com *cut-offs* de atividade física:

- Indivíduos sedentários: com valor de *total activity score* inferior a 600 MET min/semana;
- Indivíduos moderadamente ativos:
 - mais de 3 dias/sem de atividade vigorosa e pelo menos 20 min por sessão
 - mais de 5 dias/sem de atividade moderada e/ou caminhada pelo menos 30min/dia
 - 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada com atividade moderada-vigorosa com um mínimo de 600 MET min/sem.
- Indivíduos ativos: mais de 3 dias de atividade vigorosa com pelo menos 1500 MET min/sem ou 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada com atividade moderada-vigorosa com um mínimo de 3000MET min/sem.⁵

A atividade inflamatória da AR foi calculada a partir do DAS, na variante com a contagem de 28 articulações (DAS-28) validado para a população portuguesa. Nas mãos, as articulações avaliadas foram da primeira à quinta articulação metacarpofalângica, a articulação interfalângica do 1º dedo e a 2ª à 5ª articulação interfalângica proximal. O parâmetro de Saúde Global representa a autoavaliação da atividade da doença pelo doente, numa escala de 0 a 100, na qual 100 significa atividade máxima.^{6,7}

A interpretação do DAS-28 é a seguinte:⁶
Tabela 1 – Interpretação do Score de Atividade da Doença (DAS-28)

DAS-28 < 2.6: Remissão
DAS-28 ≥ 2.6 e ≤ 3.2: Atividade da doença - baixa
DAS-28 > 3.2 e ≤ 5.1: Atividade da doença - moderada
DAS-28 > 5.1: Atividade da doença - alta

Análise estatística

Os dados foram analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os níveis de atividade física foram comparados com o DAS-28 utilizando a análise de variância (ANOVA), sendo a nossa variável quantitativa contínua.

Resultados

Foram incluídos neste estudo 50 doentes, 44 do sexo feminino (88%), as idades variaram entre os 35.2 anos e os 75 anos, com idade média de 60.3 anos. Dos doentes inquiridos 20% foram classificados como ativos (n=10), 32% moderadamente ativos (n=16) e 48% foram classificados como sedentários (n=24). O DAS-28 variou entre 0.97 e 6.57, com uma média de 3.73 e uma mediana de 3.48. Os doentes ativos apresentam uma média de DAS-28 de 3.82, os moderadamente ativos de 3.36 e os sedentários de 3.94, ou seja, os três grupos têm uma atividade da doença moderada. Os três grupos seguem uma distribuição normal e são homogêneos. Após aplicação do teste ANOVA verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa (valor $p > 0.05$) entre os grupos.

Discussão

Atualmente a literatura é consensual relativamente aos benefícios da prática de atividade física nos doentes com doenças reumatológicas, existindo recomendações para a prescrição de exercício físico bem definidas, que incluem uma combinação de exercício aeróbio ou cardiovascular, de resistência ou fortalecimento muscular, de flexibilidade e de equilíbrio ou neuromotor.⁴ Contudo, ainda se verificam níveis

de atividade física inferiores aos dos grupos de controlo e, simultaneamente, o incentivo à prática de atividade/exercício físico nestes doentes é inferior ao desejado. Nos dados do Eurobarómetro de 2017, que questionaram os adultos europeus quanto à prática de atividade física ou à prática de algum desporto, Portugal pertence ao grupo de países com maior percentagem de participantes que responderam “nunca” (68%, contra a média europeia de 46%).⁸

No nosso estudo verificámos que 52% dos doentes (n=26) mantinham prática de atividade física regular. Este achado é superior aos valores encontrados na literatura atual, o que pode ser explicado pelo contacto mais próximo e regular com vários profissionais de saúde, que assumem regularmente uma atitude educativa e promocional face à importância da adoção de estilos de vida saudáveis, como a prática de atividade física. O contacto com estes profissionais reforça os benefícios para a atividade da doença e comorbilidades associadas, bem como para a participação do doente em atividades variadas que promovam uma melhoria do seu estado psicológico e social. Na nossa amostra, os 3 grupos de atividade física apresentaram todos um valor médio de DAS-28 correspondente a uma atividade de doença moderada, não se encontrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Limitações

- O tamanho reduzido da amostra;
- A amostra foi constituída exclusivamente por um subgrupo de doentes com AR medicados com terapêutica biológica;
- O questionário IPAQ é executado sob a forma de auto-relato. Muitas das avaliações foram realizadas via telefone e a veracidade ou subjetividade dos dados fornecidos é um fator que deve ser tido em consideração.

Conclusão

A eficácia e segurança da prática de exercício físico nos doentes com AR está bem demonstrada na

literatura (Nível 1A de evidência). Contudo, muitos fatores que podem limitar a adesão e manutenção do exercício físico estão identificados, destacando-se o desconhecimento dos profissionais de saúde e técnicos do exercício físico, a ausência de estruturas da comunidade equipadas para estes doentes, a existência de fatores psicológicos, sociais e outras comorbilidades associadas, a variabilidade na história natural da doença e a própria medicação em curso. Assim, cabe ao Médico de Família, devido à sua privilegiada relação de proximidade e acesso ao utente, fomentar estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis, garantindo que as recomendações para a prescrição de exercício físico da EULAR são cumpridas. Para tal, é fundamental garantir a acessibilidade e a continuidade de cuidados, através de uma vigilância contínua e periódica destes doentes.

Neste estudo não conseguimos estabelecer uma relação entre o nível de atividade física e a atividade da doença, sendo necessária uma amostra maior e menos homogênea relativamente ao tratamento em curso, para a obtenção de resultados mais robustos e fidedignos.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer ao Dr. Pedro Gonçalves, assistente hospitalar de Reumatologia no Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta e orientador do estágio de reumatologia de duas autoras.

Os autores negam qualquer conflito de interesses, assim como a originalidade do manuscrito e a sua não publicação prévia

Contacto

Anateresag.antunes@gmail.com, filipa.fernandes@campus.ul.pt, joanamfbraganca@gmail.com, saraisabelantunes@gmail.com

Bibliografia

1. Garber C.E., Blissmer B., Deschenes M.R., et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2011; 43:1334-59.
2. Organization W.H. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneve: Organization WHO, 2010.
3. Hernández-Hernández V., Ferraz-Amaro I., Díaz-González F. Influence of disease activity on the physical activity of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology* 2014; 53:722-31.
4. Rausch Osthoff A-K., Niedermann K., Braun J., et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2018; 77:1251-1260.
5. Craig C.L., Marshall A.L., Sjöström M., Bauman A.E., Booth M.L., Ainsworth B.E., et al. International physical activity questionnaire: 12 – country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35:1381-95.
6. Aletaha D., Ward M.M., Machold K.P., et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. *Arthritis Rheum.* 2005 Sep; 52(9):2625-36.
7. Saag K.G., Teng G.G., Patkar N.M., et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008; 59(6):762-84.
8. European Commission. *Special Eurobarometer 472 – Sport and physical activity*. EC, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture and coordinated by the Directorate-General for Communication. December 2017.