

4. Nabata KJ, Tse EK, Nightingale TE, Lee AHX, Eng JJ, Querée M, et al. The Therapeutic Potential and Usage Patterns of Cannabinoids in People with Spinal Cord Injuries: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19(3):402-432. Doi: [10.2174/1570159X18666200420085712](https://doi.org/10.2174/1570159X18666200420085712)
5. Petrosino S, Palazzo E, Novellis V, Bisogno T, Rossi F, Maiorone S, et al. Changes in spinal and supraspinal endocannabinoid levels in neuropathic rats. *Neuropharmacology.* 2007;52(2):415-22. Doi: [10.1016/j.neuropharm.2006.08.011](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2006.08.011)
6. Petzke F, Tölle T, Fitzcharles MA, Häuser W. Cannabis-Based Medicines and Medical Cannabis for Chronic Neuropathic Pain. *CNS Drugs.* 2022;36(1):31-44. Doi: [10.1007/s40263-021-00879-w](https://doi.org/10.1007/s40263-021-00879-w)
7. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD012182. Doi: [10.1002/14651858.CD012182.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012182.pub2)
8. Zettl UK, Rommer P, Hipp P, Patejdl R. Evidence for the efficacy and effectiveness of THC-CBD oromucosal spray in symptom management of patients with spasticity due to multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disord.* 2016;9(1):9-30. Doi: [10.1177/1756285615612659](https://doi.org/10.1177/1756285615612659)
9. Wilsey B, Marcotte TD, Deutsch R, Zhao H, Prasad H, Phan A. An Exploratory Human Laboratory Experiment Evaluating Vaporized Cannabis in the Treatment of Neuropathic Pain From Spinal Cord Injury and Disease. *J Pain.* 2016;17(9):982-1000. Doi: [10.1016/j.jpain.2016.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.05.010)
10. Nielsen S, Sabioni P, Trigo JM, Ware MA, Betz-Stablein BD, Murnion B, et al. Opioid-Sparing Effect of Cannabinoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42(9):1752-1765. Doi: [10.1038/npp.2017.51](https://doi.org/10.1038/npp.2017.51)
11. MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med.* 2018;49:12-19. Doi: [10.1016/j.ejim.2018.01.004](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.004)

risco de quedas, quedas recorrentes, fraturas, redução da função musculoesquelética, incapacidade física e mortalidade. Além de pior prognóstico, do que as mais jovens. Podendo apresentar redução da capacidade funcional, da força e massa muscular do quadríceps e maior risco de quedas. O conhecimento da doença para pacientes com AR tem sido um indicador efetivo para o autocuidado.

OBJETIVO

Avaliar o conhecimento da doença e a função musculoesquelética e risco de quedas em idosas com AR.

MÉTODO

Foram consideradas elegíveis para inclusão nesse estudo, mulheres com idade igual ou maior que 65 anos, cadastradas no ambulatório de artrite reumatoide (SAM6) do CHC/UFPR, que apresentavam diagnóstico segundo os critérios de classificação do American College of Rheumatology - ACR 1987 e ACR/European League Against Rheumatism - ACR/EULAR 2010, para diagnóstico e classificação da AR,¹ e concordaram em participar da pesquisa e assinavam o TCLE. Estudo do tipo transversal. Neste estudo foram considerados desfechos primários: capacidade funcional avaliada pelo Health Assessment Questionnaire – HAQ.

Esse instrumento é subdividido em 8 sessões principais: vestimenta e presença física (questões 1-2); acordar (questões 3-4); alimentar-se (questões 5 a 7); andar (questões 8-9); higiene (questões 10 a 12); alcance (questões 13-14); pegada (questões 15 a 17) e outras atividades do dia a dia (questões 18 a 20). Para cada uma dessas categorias, o paciente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas que vão de "nenhuma dificuldade = 0" até "incapaz de fazê-lo = 3". Cada categoria deve ser pontuada conforme o maior grau de dificuldade. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias. Somar a maior pontuação de cada categoria e dividir por 8.²

A mobilidade funcional e risco de quedas foram avaliadas pelo Timed up and go (TUG). O TUG requer que a avaliada se levante de uma cadeira, ande em ritmo confortável até uma "linha" (fira crepe colada no chão) no chão à 3 metros, vire-se, volte e sente-se na cadeira novamente. O cronômetro foi iniciado com a palavra "vá" e parado quando a participante se sentasse na cadeira da qual saiu. A participante podia usar calçado regular, também podia usar dispositivo auxiliar para marcha, como por exemplo bengala/andador. Nenhuma assistência física foi dada.³

O TUG foi realizado uma vez para familiarização e uma segunda vez na qual os dados foram registrados.⁴ Para interpretação do teste, o menor tempo para execução indicou melhor desempenho funcional. Neste estudo, para análise de dados, foram levados em consideração os valores brutos obtidos por cada participante.

A força de preensão manual (FPM), avaliada por dinamômetro. A FPM foi avaliada com a paciente foi posicionada sentada com os pés apoiados no chão, quadris e joelhos a 90° de flexão, e sem apoios de braço. Os ombros foram posicionados em adução e rotação neutra. O cotovelo foi posicionado a 90° de flexão, com o antebraço e punho em posição neutra. Foi solicitada a realização do movimento de preensão manual máxima por 3 segundos, executando três movimentos máximos com 1-2 minutos de descanso entre eles. O resultado foi dado pela média das 3 tentativas, em quilograma força (kgf).⁵ Para que a paciente iniciasse a força de preensão manual foi dado comando verbal "1,2,3 e já".

Capacidade funcional, conhecimento, força e espessura muscular de mulheres idosas com artrite reumatoide

Lindomar Mineiro¹, Tamires Terezinha Gallo da Silva¹, Eduardo dos Santos Paiva¹, Andreas Funke², Anna Raquel Silveira Gomes¹

¹Universidade Federal do Paraná

²Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Palavras-chave: Artrite Reumatoide, Idoso, Ultrassonografia

INTRODUÇÃO

Mulheres idosas com artrite reumatoide (AR) apresentam função musculoesquelética com declínio acentuado, mais comorbidades como osteoporose, osteoartrite; sarcopenia; aumento do

Como desfechos secundários avaliou-se o conhecimento da doença com o Rheumatoid Arthritis Knowledge Assessment Scale (RAKAS-13/BRAZIL). O RAKAS-13/BRAZIL é um instrumento que possibilita quantificar o conhecimento por meio de itens de fácil aplicação relacionados a doença, seus fatores de risco, sintomas e tratamento, é realizado por meio de entrevista por um avaliador e foi formulado para documentar o conhecimento do paciente sobre AR. O RAKAS-13/BRAZIL possui 13 questões de múltipla escolha. Uma questão (Questão 01) possui duas respostas corretas e as demais, apenas uma resposta correta, e dois a quatro distratores. O conhecimento do paciente sobre a doença, seus fatores de risco, sintomas e tratamento são categorizados em quatro níveis: conhecimento excelente; adequado; baixo e ruim.⁶

A espessura muscular (EM) é evidenciada como a distância entre as bordas internas da aponeurose profunda e superficial. A EM dos músculos reto femoral (RF), vasto intermédio (VI), vasto medial (VM) e vasto lateral (VL) foi avaliada por meio de ultrassom (Chison Eco Vet 1), e a força/potência dos membros inferiores (MMII) com o teste de sentar e levantar cinco vezes (TSL5X).

O TSL5X começou e terminou com a participante sentada, sendo o tempo em segundos cronometrado durante a execução, por meio de um cronômetro do celular. O teste foi realizado três vezes, com intervalo de 1 minuto entre cada repetição, e calculada a média dos três tempos de sua realização para descrição dos resultados.



Figura 1. Momento de preparação para captação de força de prensão manual com dinamômetro.

RESULTADOS

Participaram deste estudo cinco mulheres com AR com 68,4+2,48 anos de idade. A pontuação média do HAQ foi de 1,56 ± 2,07; o tempo de execução do TUG foi de 13,06 ± 4,72s; a FPM 21,84 ± 12,53 (kg/f); a pontuação média do RAKAS-13/BRAZIL 10,04 ± 2,06 (pontos). A EM do VL 1,32 ± 0,20 (cm), RF 1,22 ± 1,22+0,13 (cm), VI 1,02+0,02 (cm), VM 1,10 ± 0,11 (cm). O tempo médio para execução do TSL5X foi 19,57 ± 2,58s. As mulheres idosas com AR apresentam capacidade funcional com deficiência moderada, mobilidade reduzida e risco de quedas aumentado. Estes resultados são similares aos do estudo de Silva et al.⁷

A FPM está adequada, entretanto, a força e potência de MMII apresenta redução. As participantes, possuem conhecimento adequado sobre a AR. A EM dos músculos analisados estão abaixo dos pontos de corte sugerido pela literatura. Achados similares ao de espessura muscular foram encontrados no estudo de Cadore et al.⁸

CONCLUSÃO

As mulheres com artrite reumatoide possuem conhecimento adequado sobre a doença, porém, a capacidade funcional e força de membros inferiores estão reduzidas levando a risco aumentado de quedas. O que pode ser justificado pela redução da espessura dos músculos da coxa. É possível notar que somente o conhecimento sobre a doença não é o suficiente para o autocuidado. Sendo necessário a abordagem da equipe multidisciplinar em saúde. É necessários estudos envolvendo um número maior de pessoas idosas com artrite reumatoide relacionando a massa magra da coxa por meio de ultrassonografia, pois podem responder lacunas como a razão do déficit na capacidade funcional, força e potência de membros inferiores.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Viana RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00074519. Doi: [10.1590/0102-311X00074519](https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519)
2. Ferraz MB. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional "Stanford Health Assessment Questionnaire" [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1990.
3. Beudart C, Rolland Y, Cruz-Jentoft AJ, Bauer JM, Sieber C, Cooper C, et al. Assessment of Muscle Function and Physical Performance in Daily Clinical Practice: a position paper endorsed by the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Calcif Tissue Int*. 2019;105(1):1-14. Doi: [10.1007/s00223-019-00545-w](https://doi.org/10.1007/s00223-019-00545-w)
4. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8. Doi: [10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x)
5. Alahmari KA, Silvian SP, Reddy RS, Kakaraparthi VN, Ahmad I, Alam MM. Hand grip strength determination for healthy males in Saudi Arabia: A study of the relationship with age, body mass index, hand length and forearm circumference using a hand-held dynamometer. *J Int Med Res*. 2017;45(2):540-548. Doi: [10.1177/0300060516688976](https://doi.org/10.1177/0300060516688976)
6. Mineiro L, Silva TFG, Valderramas SR, Kowalski SC, Paiva ES, Gomes ARS. Translation, transcultural adaptation into Brazilian Portuguese and concurrent validity of the rheumatoid arthritis assessment scale (RAKAS-13/Brazil). *Adv Rheumatol*. 2024;64(1):5. Doi: [10.1186/s42358-023-00341-z](https://doi.org/10.1186/s42358-023-00341-z)
7. Silva IC, Oliveira DV, Nascimento Júnior JRA, Fidelix YL, Nogueira G, Bennemann RM, et al. Relação entre risco e medo de queda em idosas participantes de um projeto social. *Acta Fisiátr*. 2023;30(2):124-8. Doi: [10.11606/issn.2317-0190.v30i2a196937](https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v30i2a196937)
8. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res*. 2013;16(2):105-14. Doi: [10.1089/rej.2012.1397](https://doi.org/10.1089/rej.2012.1397)