



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

JOÃO PEDRO DA SILVA TOSTE

***QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM
ARTRITE REUMATÓIDE: UMA ANÁLISE
MULTIFACTORIAL***
ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA
MESTRE PEDRO MIGUEL MARQUES CARDOSO MACHADO**

MARÇO/2011

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ARTRITE
REUMATÓIDE: UMA ANÁLISE MULTIFACTORIAL**

ARTIGO CIENTÍFICO

Área Científica de Reumatologia

JOÃO PEDRO DA SILVA TOSTE

Orientação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA
MESTRE PEDRO MIGUEL MARQUES CARDOSO MACHADO

JOÃO.TOSTE@HOTMAIL.COM

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: UMA ANÁLISE MULTIFACTORIAL

Resumo

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é a doença reumática inflamatória mais frequente. Diversos estudos demonstram uma redução na qualidade de vida dos doentes com AR em relação à população geral.

Objectivos: O objectivo deste trabalho foi caracterizar uma população com AR e estudar os determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde numa amostra de doentes acompanhados na Consulta Externa de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Metodologia: Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, laboratoriais e questionários de função (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* [HAQ-DI]) e de qualidade de vida (*36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey version 2* [SF-36 v2]) em 90 doentes com AR. Potenciais correlações e associações entre qualidade de vida e outros factores clínicos, demográficos e educacionais foram investigadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* e através do método de regressão linear multivariada.

Resultados: Um nível mais baixo dos componentes mental e físico da qualidade de vida associou-se a uma menor capacidade funcional (B= -11,33 [-16,33; -6,32], p= <0.001, e B= -15,92 [-19,63; -12,21], p= <0.001, respectivamente). Um nível mais alto do componente mental associou-se ao sexo masculino (B= 11,27 [1,10; 21,44], p=0,030) e a níveis educacionais mais elevados (B= 1,16 [0,25; 2,07], p=0,013). Uma maior actividade da doença

está associada a um pior componente físico (B= -2,69 [-5,17; -0,20], p=0,034). O nível educacional mais elevado está também associado a um melhor componente físico da qualidade de vida (B= 0,67 [0,02; 1,33], p=0,043).

Conclusão: Os nossos resultados salientam a importância de um controlo adequado da actividade da doença e da manutenção da função com o intuito de preservar a qualidade de vida. Só um tratamento precoce e agressivo, numa perspectiva multidisciplinar permitirá otimizar a qualidade de vida dos doentes com AR.

Palavras Chave: Artrite Reumatóide, Qualidade de Vida, Função, Actividade da doença, Saúde.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A MULTIVARIATE ANALYSIS

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is the most common chronic inflammatory rheumatic disease. Several studies have shown a reduction in the quality of life of RA patients, compared to the general population.

Objectives: Our aim was to characterize an RA population and to investigate the determinants of quality of life in a sample of patients followed at the Outpatients Clinic of Coimbra University Hospital Rheumatology Department.

Methods: We collected demographic, clinical and laboratory data, and performed quality of life (*36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey version 2* [SF-36 v2]) and function (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* [HAQ-DI]) questionnaires in 90 patients with RA. Potential correlations and associations between quality of life and other clinical, demographic and educational factors were investigated using Pearson's correlation coefficient and multivariate linear regression analysis.

Results: Lower mental and physical component scores of health related quality of life were associated with lower functional capacity ($B = -11.33$ [-16.33, -6.32], $p < 0.001$, and $B = -15.92$ [-19.63, -12.21], $p < 0.001$, respectively). Mental component scores were better in males ($B = 11.27$ [1.10, 21.44], $p = 0.030$) and in patients with higher educational levels ($B = 1.16$ [0.25, 2.07], $p = 0.013$). Increased disease activity was associated with poorer physical component

scores ($B = -2.69$ [-5.17, -0.20], $p=0.034$). An higher educational level was associated with a better physical component of quality of life ($B = 0.67$ [0.02, 1.33], $p=0.043$).

Conclusion: Our results highlight the importance of an adequate control of disease activity and maintenance of physical function in order to preserve quality of life. Only an early and aggressive treatment, with a multidisciplinary approach will allow optimization of the quality of life in patients with RA.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Quality of Life, Function, Disease Activity, Health.

Introdução

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença sistémica de causa desconhecida, que se caracteriza clinicamente por uma poliartrite crónica, simétrica, aditiva e periférica, afectando com maior frequência as articulações dos punhos, metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. É frequente existir rigidez matinal e as deformações articulares ocorrem após inflamação persistente ao longo dos anos, conduzindo a deformação e desenvolvimento de artrose secundária. Quando não tratada precoce e correctamente ou em casos de maior gravidade e/ou de resistência ao tratamento, a AR pode acarretar graves consequências para os doentes, traduzidas em incapacidade funcional para o trabalho. Fisiopatologicamente, a AR manifesta-se por uma inflamação crónica da sinovial, com infiltração linfocítica e produção local de citocinas e quimiocinas por linfócitos, macrófagos e fibroblastos ativados.

Tem uma incidência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 0.3% e 1% da população, podendo surgir em qualquer idade, todavia tem um pico de incidência entre os 35 e os 50 anos. O sexo feminino é 4 vezes mais afectado, sendo esta diferença maior nas idades mais jovens.

A AR pode também ser acompanhada de manifestações extra-articulares, nomeadamente cutâneas (nódulos reumatóides ou vasculite), pulmonares (nódulos reumatóides, doença intersticial, bronquiolite obliterante com pneumonia organizada, doença pleural, síndrome de Caplan - AR associada a pneumoconiose), oculares (queratoconjutivite seca, episclerite e esclerite), hematológicas (anemia, síndrome de Felty), cardíacas (pericardite e miocardite), neurológicas (mielopatias associadas a doença da coluna cervical, síndromes neurológicas compartimentais e vasculite do sistema nervoso periférico). Todo este espectro de manifestações pode contribuir para a deterioração da capacidade funcional e da qualidade de vida relacionada com a saúde nestes doentes.

A AR está associada a uma significativa co-morbilidade, consumo acentuado de recursos de saúde e a uma maior taxa de mortalidade, estando descrita uma morbilidade semelhante à doença de Hodgkin e à doença cardíaca de 3 vasos segundo Silva JAP (2004).

Tem havido um grande interesse em descrever a qualidade de vida, particularmente em doenças crónicas, que têm forte impacto na vida dos doentes. Definir qualidade de vida não é uma tarefa fácil e a sua definição varia consoante a cultura e a época, apresentando mesmo uma variação interpessoal ao longo do tempo.

Todavia, em 1994, a *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

A AR, doença caracterizada por inflamação, rigidez dor e deformação articular, afecta os indivíduos na sua produtividade e no convívio social, na sua auto-estima e na sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Neste estudo, foi nosso objectivo caracterizar uma população de doentes com AR e investigar a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e múltiplos parâmetros clínicos, demográficos e educacionais.

Materiais e Métodos

População em estudo

A recolha de dados foi realizada na Consulta Externa do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e teve lugar entre Novembro de 2010 e Janeiro de 2011. Na recolha de dados estiveram envolvidos 3 mestrandos na área da Reumatologia a desenvolver teses focadas na AR. Foram colhidos aleatoriamente dados de 90 doentes com diagnóstico de AR. Todos os doentes cumpriam critérios de classificação ACR 1987, postulados por Arnett, F. *et al.* (1988), e cumpriam também os novos critérios de classificação EULAR/ACR 2010, postulados por Aletaha D *et al.* (2010).

Recolha de dados

Foram colhidas informações através de entrevista directa aos doentes, nomeadamente dados demográficos (sexo e idade), características sócio-culturais como o nível educacional, medido através do número de anos de instrução e do grau de instrução (ex: 1º ciclo do ensino básico correspondendo a 4 anos de escolaridade), a situação laboral actual (trabalho a tempo inteiro ou parcial, trabalho em casa, desempregado, reformado por AR ou por limite de idade) e a duração da doença (número de anos desde que o diagnóstico foi estabelecido).

Em conjunto com um especialista, e recorrendo também a revisão do processo do doente, recolheu-se informação relativa às características clínicas e laboratoriais da doença, tais como contagem de articulações dolorosas e tumefactas, intensidade da dor, avaliação global da doença pelo médico e doente, presença de FR sérico, valores de VS e PCR, existência de erosões na radiografia das mãos ou pés, medicação habitual e existência de co-morbilidades, nomeadamente, fibromialgia ou depressão.

A actividade da doença, a capacidade funcional e a qualidade de vida foram avaliadas através de instrumentos de avaliação específicos, discriminados em baixo.

Instrumentos de avaliação da actividade da doença, função e qualidade de vida

36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF- 36)

O SF-36 é um questionário de avaliação da qualidade de vida e está validado para a população portuguesa, tendo as suas propriedades psicométricas sido avaliadas por Pereira P (2000) e Severo M *et al.* (2007). É composto por 36 questões em 8 domínios, aplicável por auto-administração ou por entrevista, segundo Ware J *et al.* (1993). Os 8 domínios, na versão portuguesa, designam-se por função física, desempenho físico, dor total, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Os resultados do SF-36 podem ser resumidos através das duas medidas sumárias: Componente Física e Componente Mental. Neste estudo é utilizado o SF-36 v2, com um padrão de resposta em 4 semanas, obtendo-se uma maior amplitude e precisão. A escala deste questionário abrange valores de 0 a 100, sendo que valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida.

Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)

O HAQ-DI avalia o grau de capacidade funcional do doente em oito categorias: capacidade de vestir-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, fazer a higiene pessoal, alcançar, agarrar e executar actividades de vida diárias, segundo Bruce B & Fries J (2005). Para cada questão existem 4 hipóteses de resposta possível, cada uma com a seguinte pontuação: “sem dificuldade” (0 pontos), “com alguma dificuldade” (1 ponto), “com muita dificuldade” (2 pontos) e “incapaz de o fazer” (3 pontos), de acordo com o postulado pelos mesmos autores.

O cálculo do HAQ faz-se através da soma do valor mais elevado de cada uma das categorias, a não ser que existam instrumentos de apoio utilizados pelo doente. Neste caso, o instrumento usado como apoio para a actividade de uma determinada categoria irá influenciar a pontuação da seguinte forma: se a pontuação da categoria for 0 ou 1, aumenta para 2; se a pontuação da categoria for 2 ou 3, permanece igual.

Para obter o valor final, o resultado da soma é dividido pelo número de categorias. Um valor de 0 a 1 geralmente representa limitação leve a moderada, de 1 e 2 representa limitação moderada a grave, e de 2 a 3 indica limitação grave a muito grave, segundo Bruce B & Fries J (2005).

DAS28 VS, DAS28 PCR e SDAI

O DAS28 VS (*Disease Activity Score* para 28 articulações) consiste num índice que avalia a actividade da doença num dado momento. Pode ser facilmente calculado com base na contagem de 28 articulações tumefactas e/ou dolorosas, na avaliação da VS e na avaliação da actividade global da doença por parte do doente, numa escala visual analógica de 0 a 10 cm, tal como proposto por Prevoo M *et al.* (2005), citado por Fransen J & van Riel P (2005). Valores inferiores a 2,6 correspondem a doença em remissão, valores entre 2,6 e 3,2 correspondem a actividade da doença baixa, valores entre 3,3 e 5,1 correspondem a actividade da doença moderada e valores superiores a 5,1 correspondem a actividade da doença elevada, segundo Smolen J & Aletaha D (2010). A fórmula para o cálculo do DAS28 VS é a seguinte: $0.56 \times \sqrt{(AT28)} + 0.28 \times \sqrt{(AD28)} + 0.70 \times \ln(VS) + 0.014 \times AGD\text{-doente (mm)}$, segundo Fransen J *et al.* (2004).

O DAS28 PCR utiliza os mesmos dados do DAS 28, à excepção da VS, que é substituída pela PCR (mg/L).

Os coeficientes nas fórmulas utilizadas são também diferentes. A fórmula para o cálculo do DAS28 PCR é a seguinte: $[0.56 \times \sqrt{(AT28)}] + [0.28 \times \sqrt{(AD28)}] + [0.36 \times \ln (PCR+1)] + [0.014 \times AGD\text{-doente (mm)}] + 0,96$, segundo Fransen J *et al.* (2003). Nas fórmulas acima descritas, AT28 representa o número de articulações tumefactas em 28, AD28 representa o número de articulações dolorosas em 28, VS representa a velocidade de sedimentação, PCR representa a proteína C reactiva e AGD-doente representa a avaliação global da doença pelo doente.

O SDAI (*Simplified Disease Activity Index*) é mais um instrumento para a medição da actividade da doença na AR, segundo Aletaha D & Smolen J (2005). Para o seu cálculo são necessários os mesmos dados que para o cálculo do DAS28 PCR: número de articulações dolorosas, número de articulações tumefactas, avaliação da actividade global da doença pelo doente numa escala analógica (0 a 10 cm) e valor do PCR (mg/dL). A fórmula consiste na simples soma destes dados, como se demonstra a seguir: $AT28 + AD28 + AGD\text{-doente} + PCR$ (mg/dL), de acordo com Aletaha D *et al.* (2005).

Avaliação global da doença pelo doente e avaliação global da doença pelo médico

Os doentes preencheram também uma escala visual analógica da actividade da doença (0 a 10 cm). A mesma escala foi utilizada para avaliação global da doença pelo médico. A avaliação global da doença pelo doente é um parâmetro que faz parte do DAS28 VS, DAS28 PCR e SDAI.

Análise Estatística

Os resultados são apresentados como média e desvio padrão, no caso de variáveis contínuas, ou como número absolutos e percentagens, no caso de variáveis categóricas. O estudo de correlação entre o SF-36 e outras variáveis quantitativas foi efectuado através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Através do método de regressão linear multivariada foi avaliada a independência das associações entre o SF-36 e várias variáveis clínicas, demográficas e educacionais. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. O programa *IBM SPSS Statistics v18* foi usado na análise estatística.

Resultados

Caracterização da população

A amostra foi de 90 doentes (n=90), com predominância do sexo feminino (82,2%), numa relação quatro vezes superior em relação ao sexo masculino (tabela 1). A idade média da amostra foi $60,2 \pm 15,4$ anos e a duração média de doença foi $15,5 \pm 11,0$ anos. A escolaridade medida em anos teve uma média de 6,1 com um desvio padrão de 4,4 evidenciando alguma heterogeneidade. A maioria dos doentes (51,1%) estava medicada com metotrexato em monoterapia. Os diagnósticos de fibromialgia e depressão foram observados em 10 e 11,1% dos casos, respectivamente. A maioria dos doentes está reformada (60%), sendo que aproximadamente 2/3 destes doentes (41,1% do total) está reformada por AR. Apenas 21,1% dos doentes se encontram a trabalhar a tempo inteiro. O valor médio do HAQ foi $1,3 \pm 0,8$ e do SF-36 $43,9 \pm 20,0$ para o componente físico e $57 \pm 21,9$ para o componente mental.

Tabela I. Resumo das características clínicas e demográficas da população em estudo (n=90)	
Sexo feminino, n° (%)	74 (82,2)
Idade, média $\pm \sigma$	$60,17 \pm 15,37$
Duração da doença, média $\pm \sigma$	$15,52 \pm 11,03$
Grau de escolaridade, média $\pm \sigma$	$6,13 \pm 4,38$
Situação laboral actual, n° (%)	
A tempo inteiro	19 (21.11)
A tempo parcial	8 (8.89)
Trabalho em casa	3 (3.33)
Desempregado	4 (4.44)
Reformado	54 (60)
Reformado por AR	37 (41.11)
Articulações dolorosas, média $\pm \sigma$ (0-28)	$2,67 \pm 3,94$
Articulações tumefactas, média $\pm \sigma$ (0-28)	$1,50 \pm 2,42$
Escala da dor, média $\pm \sigma$ (0-10)	$5,42 \pm 2,83$

Avaliação global da doença pelo doente, média ± σ (0-10)	5,42 ±2,34
Avaliação global da doença pelo médico, média ± σ (0-10)	2,37 ±1,80
VS, média ± σ	25,83 ±19,68
PCR, média ± σ	1,94 ±5,35
FR, n° (%)	57 (63,33)
Erosões, n° (%)	62 (68,89)
DAS28-VS, média ± σ	3,72 ±1,15
DAS28-PCR, média ± σ	3,41 ±1,04
SDAI, média ± σ	11,04 ±6,44
HAQ-DI, média ± σ	1,32 ±0,81
SF-36 v2, média ± σ	
Componente Físico	43,90 ±19,96
Componente Mental	57,02 ±21,90
Terapêutica, n° (%)	
Monoterapia com MTX	46 (51,10)
Monoterapia ou terapêutica dupla SLZ/HCQ	9 (10,0)
Terapêutica dupla MTX e SLZ/HCQ	26 (28,90)
Terapêutica tripla (MTX, SLZ e HCQ)	9 (10,0)
Fibromialgia, n° (%)	10 (11,1)
Depressão, n° (%)	13 (14,4)
VS, Velocidade de Sedimentação; PCR, Proteína C Reactiva; FR, Factor Reumatóide; DAS28 VS, <i>Disease Activity Score 28 VS</i> ; DAS28 PCR, <i>Disease Activity Score 28 PCR</i> ; HAQ, <i>Health Assessment Questionnaire</i> ; SF-36, <i>Short Form 36 Questionnaire version 2</i> ; MTX, Metotrexato; SLZ, Sulfassalazina; HCQ, Hidroxicloroquina; SDAI, <i>Simple Disease Activity Index</i> ; EULAR, <i>European League Against Rheumatism</i> ; ACR, <i>American College of Rheumatology</i>	

Análise de correlação de Pearson

A análise de correlação de Pearson entre o SF-36 e as várias variáveis clínicas e demográficas em estudo está representada na tabela II (componente físico) e na tabela III (componente mental).

O componente físico do SF-36 correlacionou-se significativamente e negativamente com a capacidade funcional, medidas de actividade da doença, idade e duração da doença (tabela II). Essa correlação foi mais forte com o HAQ ($\rho=-0.755$). Observou-se uma correlação positiva com o nível de educação, ou seja, quanto maior o número de anos de instrução, melhor o componente físico da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tabela II. Coeficiente de correlação de Pearson (ρ) entre o componente físico do SF-36 e outras variáveis clínicas e demográficas

	ρ	valor de p
HAQ	-0,755	< 0,001
DAS28-VS	-0,395	< 0,001
DAS28-PCR	-0,394	< 0,001
SDAI	-0,347	0,001
AGD-doente (EVA)	-0,507	< 0,001
AGD-médico (EVA)	-0,364	< 0,001
Dor (EVA)	-0,636	< 0,001
Idade (anos)	-0,363	< 0,001
Duração da doença (anos)	-0,372	< 0,001
Nível de educação (anos)	0,397	< 0,001

SF-36, *36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*; HAQ, *Health Assessment Questionnaire*; DAS, *Disease Activity Score*; SDAI, *Simplified Disease Activity Index*; AGD, avaliação global da doença; EVA, escala visual analógica.

O componente mental do SF-36 apresentou correlações semelhantes ao componente físico (tabela III). Essa correlação foi uma vez mais forte com o HAQ ($\rho=-0.541$). Observou-se também correlação positiva com o nível de educação, ou seja, quanto maior o número de anos de instrução, melhor o componente mental da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tabela III. Coeficiente de correlação de Pearson (ρ) entre o componente mental do SF-36 e outras variáveis clínicas e demográficas		
	<i>rho</i>	valor de p
HAQ	-0,541	< 0,001
DAS28-VS	-0,291	0,005
DAS28-PCR	-0,290	0,006
SDAI	-0,255	0,015
AGD-doente (EVA)	-0,394	< 0,001
AGD-médico (EVA)	-0,227	0,031
Dor (EVA)	-0,461	< 0,001
Idade (anos)	-0,308	0,003
Duração da doença (anos)	-0,319	0,002
Nível de educação (anos)	0,382	< 0,001
SF-36, <i>36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey</i> ; HAQ, <i>Health Assessment Questionnaire</i> ; DAS, <i>Disease Activity Score</i> ; SDAI, <i>Simplified Disease Activity Index</i> ; AGD, <i>avaliação global da doença</i> ; EVA, <i>escala visual analógica</i> .		

Análise de regressão linear multivariada

A análise de regressão linear multivariada, visando investigar associações independentes entre o SF-36 e as várias variáveis clínicas e demográficas em estudo está representada na tabela IV (componente físico) e na tabela V (componente mental).

Tabela IV. Associações entre o componente físico do SF-36 (variável dependente) e outras variáveis clínicas e demográficas (análise de regressão linear multivariada)*

	B (95% CI)	Beta	valor de p
HAQ	-15,92 (-19,63; -12,21)	-0,650	<0.001
DAS28-ESR	-2,69 (-5,17; -0,20)	-0,154	0,034
Nível de educação (anos)	0,67 (0,02; 1,33)	0,148	0,043

*Apenas as variáveis com significado estatístico foram retidas no modelo final, a partir de um grupo inicial de 11 variáveis (HAQ, DAS28-VS, sexo, idade, duração da doença, número de anos de escolaridade, presença de factor reumatóide, presença de erosões, esquema terapêutico, presença de fibromialgia e presença de depressão) testadas por análise de regressão linear multivariada (método de selecção *Stepwise*). SF-36, *36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*; HAQ, *Health Assessment Questionnaire*; DAS, *Disease Activity Score*.

Os resultados mostram que o componente físico da qualidade de vida, medido pelo SF-36 está independentemente e negativamente associado à capacidade funcional (quanto pior a função, medida pelo HAQ, pior o componente físico da qualidade de vida), negativamente associado à actividade da doença (quanto maior a actividade da doença, medida pelo DAS28-VS, pior o componente físico da qualidade de vida) e positivamente associado com o nível educacional (quanto maior o nível educacional, medido pelo número de anos de escolaridade, melhor o componente físico da qualidade de vida).

Tabela V. Associações entre o componente mental do SF-36 (variável dependente) e outras variáveis clínicas e demográficas (análise de regressão linear multivariada)*

	B (95% CI)	Beta	valor de p
HAQ	-11,33 (-16,33; -6,32)	-0,421	<0.001
Sexo (masculino)	11,27 (1,10; 21,44)	0,193	0,030
Nível de educação (anos)	1,16 (0,25; 2,07)	0,232	0,013

*Apenas as variáveis com significado estatístico foram retidas no modelo final, a partir de um grupo inicial de 11 variáveis (HAQ, DAS28-VS, sexo, idade, duração da doença, número de anos de escolaridade, presença de factor reumatóide, presença de erosões, esquema terapêutico, presença de fibromialgia e presença de depressão) testadas por análise de regressão linear multivariada (método de selecção *Stepwise*). SF-36, *36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*; HAQ, *Health Assessment Questionnaire*.

Os resultados mostram que o componente mental da qualidade de vida, medido pelo SF-36 está independentemente e negativamente associado à capacidade funcional (quanto pior a função, medida pelo HAQ, pior o componente mental da qualidade de vida), positivamente associado com o sexo masculino (homens apresentam níveis mais altos de componente mental da qualidade de vida) e positivamente associado com o nível educacional (quanto maior o nível educacional, medido pelo número de anos de escolaridade, melhor o componente mental da qualidade de vida).

Os resultados da análise multivariada para ambos os componentes do SF-36 (físico e mental) foram semelhantes quando se utilizou o DAS28-PCR ou o SDAI como variáveis independentes na análise de regressão, em vez do DAS28-VS (dados não apresentados).

Discussão

Este estudo demonstrou que uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde está independentemente associada a uma maior capacidade funcional e a uma maior nível educacional, tanto para o componente físico como para o componente mental do SF-36. Este estudo demonstrou ainda que um nível mais alto do componente físico do SF-36 está também associado a uma menor actividade da doença (medida pelo DAS28-VS, DAS28-PCR ou SDAI), enquanto um nível mais alto do componente mental do SF-36 está independentemente associado ao sexo masculino.

A população analisada foi muito semelhante à de um estudo de 200 doentes Brasileiros com AR, estudados por Campolina A *et al.* (2010), com média para a dor (EVA) de $5,1 \pm 2,3$ numa escala de 0 a 10, comparando com a amostra de Doentes de Coimbra com $5,4 \pm 2,8$ cm. Na amostra Portuguesa o componente físico do SF-36 foi $43,9 \pm 20,0$ enquanto o mental foi $57,0 \pm 21,9$, valores superiores aos de Campolina A *et al.* (2010) com $36,2 \pm 11,1$ e $48,1 \pm 9,7$, respectivamente.

Corbacho MI & Dapuetto JJ (2010) num estudo de avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida em doentes com AR verificaram uma taxa de desemprego de 66%, explicada pela baixa escolaridade da amostra dos 53 doentes, estando esta baixa instrução associada a empregos de maior esforço físico, que se traduzem em maior *deficit* funcional para o trabalho. Na mesma amostra foi observada uma taxa de reformados de 11,3%. No entanto, na nossa amostra apenas foi observada uma taxa de desemprego de 4,4%, mas a percentagem de reformados era muito superior (60%, sendo aproximadamente 2/3 reformados por AR). Estes valores são explicados com a idade da amostra de Corbacho MI & Dapuetto JJ (2010) que é aproximadamente 10 anos mais nova (média $51,9 \pm 12$ anos) do que a dos doentes de Coimbra com $60,2 \pm 15,4$ anos. Boonen & Mau W (2009) relatam que doentes com

idade de início mais tardia, empregos com maior esforço físico e piores resultados nos questionários HAQ estão associados a uma maior incapacidade para o trabalho.

A análise deste estudo revelou que quanto pior o nível de escolaridade, piores são o componente físico e mental do SF-36. Para além desta associação Scott DL *et al.* (2000), Puolakka K *et al.* (2005), Pincus T *et al.* (2007) também verificaram que um valor mais elevado do HAQ está associado a uma menor nível de escolaridade. Outro estudo realizado por Ferreira LN *et al.* (2008) numa amostra representativa da população portuguesa utilizando o SF-6D, um questionário baseado no SF-36 que permite obter medidas da qualidade de vida utilizadas em análises económicas verificou-se que as medidas de utilidade mais baixas foram verificadas, entre outros grupos, em doentes com níveis educacionais mais baixos. Embora não tenha sido utilizado o mesmo instrumento de medida, os instrumentos são comparáveis e os resultados vão de encontro ao obtido na nossa amostra.

Os resultados demonstraram uma discordância entre as avaliações da doença entre o médico (média de $2,4 \pm 1,8$) e dos doentes (média $5,4 \pm 2,3$), revelando a complementaridade destas duas avaliações e a importância da utilização de índices compostos, como o DAS28-VS, DAS28-PCR e SDAI.

A avaliação da qualidade de vida através de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Cada vez mais, a prioridade no tratamento se identifica com a busca pela saúde, traduzida na melhor qualidade de vida. Ressalta-se, portanto, a importância do uso de instrumentos que possam avaliar a qualidade de vida de forma objectiva, atentando para factores também subjetivos.

Neste estudo caracterizámos a qualidade de vida numa amostra de 90 doentes, retirada de uma população total de aproximadamente 600 doentes que são seguidos nas consultas de Reumatologia dos HUC, que constitui um Hospital de Referência da zona centro. Por se

limitar a avaliar doentes de apenas uma área geográfica de Portugal, os resultados não podem ser extrapolados para outras zonas do País, no entanto esta é uma amostra significativa dos doentes seguidos nos HUC, sob tratamento com DMARDs (*Disease-modifying antirheumatic drugs*) clássicos. Os doentes sob terapêutica biológica não foram capturados, porque são preferencialmente observados no Hospital de Dia e menos frequentemente na Consulta Externa, onde foi recolhida a amostra.

Os nossos resultados salientam a importância de um controlo adequado da actividade da doença e da manutenção da função com o intuito de preservar a qualidade de vida. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são factores fundamentais para o controle da actividade da doença e para prevenir a incapacidade funcional e a lesão articular irreversível. A remissão é actualmente o objectivo primordial que deverá ser perseguido incessantemente nestes doentes Ramiro *et al.* (2007). A abordagem ao doente e à sua qualidade de vida deve ser feita numa perspectiva multidisciplinar.

Agradecimentos

Queria deixar o meu agradecimento em primeiro lugar aos doentes que participaram neste estudo e ao Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, na pessoa do seu Diretor e orientador deste mestrado, o Professor Doutor José António Pereira da Silva e aos restantes Médicos do Serviço no apoio à colheita dos dados nas consultas, a Dra. Dolores Nour, Dra. Cátia Duarte, Dr. João Rovisco, Dr. Luís Inês e ao Dr. Jorge Silva. Também exprimir o meu agradecimento à enfermeira Andreia e aos Funcionários Administrativos Ricardo Baptista e Catarina Brás. Por fim deixar a minha gratidão ao Dr. Pedro Machado pela excelente orientação durante todo o estudo e aos meus colegas Joana Salgado e Miguel Pinho pela colaboração da colheita dos dados.

Referências

Aletaha D *et al.* (2005) *Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states.* *Arthritis & Rheumatism* 52: 2625–36

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ *et al.* (2010) *Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative.* *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69: 1580-1588

Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, *et al.* (1988) *The American Rheumatism Association 1987 Revised Criteria for the Classification of Rheumatoid Arthritis.* *Arthritis and Rheumatism* 31: 315-324

Boonen A & Mau W (2009) *The economic burden of disease: comparison between rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.* *Clin Exp Rheumatol* S112-S117

Bruce B & Fries J (2003) *The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress and documentation.* *Journal of Rheumatology*, 30: 167-178

Bruce B & Fries J (2005) *The Health Assessment Questionnaire.* *Clinical Experimental Rheumatology* 23: S14-S18

Corbacho MI & Dapuetto JJ (2010) *Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de doentes com Artrite Reumatóide.* *Rev Bras Reumatol* 50(1):31-43

Fransen J *et al.* (2003) *Disease activity score using C-reactive protein: CRP may replace ESR in the assessment of RA disease activity [abstract]*. *Annals of Rheumatic Diseases*, 62: s151

Fransen J *et al.* (2004) *Remission in rheumatoid arthritis: agreement of the disease activity score (DAS28) with the ARA preliminary remission criteria*. *Rheumatology* 43: 1252–1255

Fransen J & van Riel P (2005) *The Disease Activity Score and the EULAR response criteria*. *Clinical Experimental Rheumatology*, 23: S93-S99

Pereira PL (2000) *Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I – Cultural and Linguistic Adaptation*. *Acta Med Port* 13:55-66

Pereira PL (2000) *Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II – Validation Tests*. *Acta Med Port* 13:119-127

Pincus T (2007) *Patient questionnaires and formal education as mores significant prognosis markers than radiographs or laboratory tests for rheumatoid arthritis mortality*. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 65(1):S29-S36.

Prevoo, M *et al.* (2005) *Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis*. *Arthritis & Rheumatism*, 38: 44-48

Puolakka K, Kautiainen H, Mattonen T (2005) *Predictors of productivity loss in early rheumatoid arthritis: a year follow up study*. Ann Rheum Dis 64:130-3.

Ramiro S, Machado P, Singh JA, Landewé RB, Silva JAP (2010) *Applying science in practice: the optimization of biological therapy in rheumatoid arthritis*. Arthritis Research & Therapy 12:220

Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H (2007) *Reliability and Validity in measuring physical and mental health construct of the Portuguese version of MOS SF-36*. Acta Med Port 19:281-7.

Silva JAP (2004) Reumatologia Prática. Em poliartrite crónica, aditiva, simétrica e periférica. pp19.4-19.22. Coimbra: Diagnóstico

Scott DL, Pugner K, Kaarela K (2000) *The links between joint damage and stability in rheumatoid arthritis*. Rheumatology 39:122-32.

Ware JE (2000) *SF-36 Health Survey Update*. Spine 25:3130-3139.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B (1993) *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide* Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center