



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM  
PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE**

Clarissa de Oliveira Prata

Fernanda Borges Tavares Cavalcanti

Natália Soares Machado Ribeiro

Raquel Gonçalves de Carvalho

Campina Grande, junho de 2015.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

CLARISSA DE OLIVEIRA PRATA

FERNANDA BORGES TAVARES CAVALCANTI

NATÁLIA SOARES MACHADO RIBEIRO

RAQUEL GONÇALVES DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM  
PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE**

Trabalho apresentado como requisito para a  
Conclusão do Curso de Medicina da  
Universidade Federal de Campina Grande.

**Orientadora:**

Profa Dra Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo

Campina Grande, junho de 2015.

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

P912a

Prata, Clarissa de Oliveira.

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com artrite reumatoide /Clarissa de Oliveira Prata, Fernanda Borges Tavares Cavalcanti, Natália Soares Machado Ribeiro, Raquel Gonçalves de Carvalho. – Campina Grande, 2015.

58 f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2015.

Orientadora: Profa. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, Dra.

1.Artrite Reumatoide. 2.Qualidade de vida relacionada à saúde. 3.SF-36. 4.DAS28. I.Cavalcanti, Fernanda Borges Tavares. II.Ribeiro, Natália Soares Machado. III.Carvalho, Raquel Gonçalves de. IV.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.72-002.77(043.3)

À Deus, pela força e coragem concedidas a nós.

Aos nossos pais, por todo apoio e incentivo, não só nesse momento, como durante todas as  
nossas vidas.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à nossa orientadora Dra. Evânia Queiroga por todo seu apoio, paciência e disponibilidade, e por acreditar em nosso potencial para seguir com este trabalho. Por orientar tantas vezes em que precisamos de auxílio, por nos ajudar de forma tão amável e acolhedora, e por muitas vezes ter sido compreensiva diante das dificuldades que enfrentamos ao longo da elaboração deste projeto. Agradecemos por fazer parte da nossa formação, por se fazer presente em um momento tão importante de nossa graduação, por ser inspiração para que sejamos profissionais competentes, éticas e humanas, visando sempre o melhor para os pacientes.

Aos pacientes pela colaboração e por terem dedicado um pouco de seu tempo em prol deste projeto. Por serem a peça mais importante destes 6 anos de estudo, nosso maior incentivo para a busca do conhecimento, para que possamos ser instrumento de cura, de cuidado, visando sempre a garantia do bem estar físico e mental daqueles que passarem por nossa trajetória.

Aos amigos e familiares, por entenderem nossa ausência em muitos momentos importantes enquanto nos dedicávamos a este trabalho. Por compreenderem o nosso cansaço, a nossa angústia tantas vezes em que estivemos sobrecarregadas durante a busca desse sonho. Por nos incentivarem sempre, vibrarem com nossas conquistas e por torcerem por nossa realização profissional.

Não poderíamos deixar de agradecer umas às outras pelo apoio e compreensão mútuas, por mesmo nos momentos de divergências termos nos mantido firmes na realização deste trabalho, pela amizade construída, pelos laços criados que serão levados por todas nossas vidas. Nossa jornada está apenas começando...

Clarissa, Fernanda, Natália e Raquel.

*É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito, nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.*

*Theodore Roosevelt*

## RESUMO

A artrite reumatoide (AR) é uma patologia inflamatória crônica, caracterizada pelo envolvimento das articulações, num processo que frequentemente resulta em deformidades incapacitantes. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de AR através do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) bem como da associação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) desses pacientes com o índice de atividade de doença (DAS28). Tratou-se de um estudo transversal com pacientes já diagnosticados com AR acompanhados em ambulatório especializado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), utilizando como instrumento o questionário genérico o SF-36. A análise estatística dos dados foi feita através do software *SPSS*. Considerou-se como significativo a associação quando  $p < 0,05$ . Foram encontrados para o domínio Capacidade Funcional a média de 38,83, Limitação por Aspecto Físico 24,17, Dor 39,80, Estado Geral de Saúde 45,47, Vitalidade 56,83, Aspectos Sociais 59,55, Limitação por Aspectos Emocionais 55,47, Saúde Mental 60,53. Na correlação com o DAS28, os domínios que apresentaram significância foram Capacidade Funcional e Dor. Em conclusão, foram identificadas as piores médias, com maior comprometimento da QVRS nos domínios do componente físico, tendo em vista a incapacidade física característica da AR. Também foi observado que o nível de atividade de doença interfere apenas nos domínios capacidade funcional e dor.

**Palavras-Chave:** Artrite Reumatoide. Qualidade de vida relacionada à saúde. SF-36. DAS28.

## ABSTRACT

The Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease, characterized by joint involvement, in a process that frequently results in disabling deformities. This research aimed to evaluate the quality of life in patients diagnosed with RA using the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) as well as through the association of Health Related Quality of Life (HRQoL) of these patients with the disease activity index (DAS 28). It was a cross-sectional study of patients already diagnosed with RA and followed by specialized clinic at *Hospital Universitário Alcides Carneiro* (HUAC) using as instrument the SF-36 generic questionnaire. The data statistical analysis was performed using the SPSS software. It was considered significant association when  $p < 0,05$ . It was detected that the mean for the domain Physical functioning was 38,83, Role limitation 24,17, Bodily pain 39,80, General health 45,47, Vitality 56,83, Social functioning 59,55, Role emotional 55,47 and Mental health 60,53. In the correlation with DAS28, it was found that the domains that showed significance were Physical functioning and bodily pain. In conclusion, it was identified the worst means and found greater commitment of the HRQoL in the domains of physical component, once RA have physical disability features. It was also possible to demonstrate that the disease activity index interferes only in Physical functioning and Bodily pain domains.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis. Health Related Quality of Life. SF-36. DAS28

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	– Critérios diagnósticos para AR 2010 ACR/EULAR.....	15
<b>TABELA 2</b>	– Características sóciodemográficas.....	28
<b>TABELA 3</b>	– Características clínicas.....	29
<b>TABELA 4</b>	– Análise Descritiva dos oito domínios do questionário SF-36.....	29
<b>TABELA 5</b>	– Análise descritiva dos Componentes Físicos. ....	30
<b>TABELA 6</b>	– Análise descritiva dos Componentes Mentais. ....	30
<b>TABELA 7</b>	– Teste de Normalidade para os domínios do SF-36. ....	31
<b>TABELA 8</b>	– Análise descritiva e correlação entre os domínios de distribuição normal e a faixa etária, através do Teste t.....	31
<b>TABELA 9</b>	– Análise descritiva e correlação entre os domínios sem distribuição normal e a faixa etária, através do teste <i>Mann-Whitney</i> .....	32
<b>TABELA 10</b>	– Análise descritiva e correlação entre os domínios de distribuição normal e o tempo de diagnóstico, através do Teste t.....	33
<b>TABELA 11</b>	– Análise descritiva e correlação entre os domínios sem distribuição normal com o tempo de diagnóstico, através do teste <i>Mann-Whitney</i> .....	34
<b>TABELA 12</b>	– Análise descritiva correlacionando os domínios de distribuição normal com o DAS28.....	35
<b>TABELA 13</b>	– Correlação dos domínios com distribuição normal e o DAS28, através do teste <i>Post Hoc</i> .....	36
<b>TABELA 14</b>	– Correlação entre os domínios sem distribuição normal com o DAS28, através do teste <i>Kruskal-Wallis</i> .....	37

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.

**ANEXO B** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**ANEXO C** – Ficha de Identificação do Questionário.

**ANEXO D** – Questionário de Qualidade de Vida – SF-36.

**ANEXO E** – Comprovante de submissão à Revista

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACR:** *American College of Rheumatology*
- ADL:** *Katz Activities of Daily Living instrument*
- AGS:** *Avaliação Global de Saúde*
- AIMS:** *Arthritis Impact Measurement Scales*
- AR:** *Artrite Reumatóide*
- AVDs:** *Atividades da Vida Diária*
- CAAE:** *Certificado de Apresentação para Apreciação Ética*
- DAS28:** *Disease Activity Score 28*
- EULAR:** *European League Against Rheumatism*
- EVA:** *Escala Visual Analógica*
- FSI:** *Functional Status Index*
- HAQ:** *Stanford Health Assessment Questionnaire*
- HRQL:** *Health Related Quality of Life*
- HUAC:** *Hospital Universitário Alcides Carneiro*
- MHI:** *Mental Health Inventory*
- MHIQ:** *McMaster Health Index Questionnaire*
- NHP:** *Nottingham Health Profile*
- OMS:** *Organização Mundial de Saúde*
- PCR:** *Proteína C Reativa*
- QV:** *Qualidade de vida*
- QVLS:** *Qualidade de Vida Ligada à Saúde*
- QVRS:** *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde*
- Rand HIS:** *Rand Health Insurance Study*
- SF-36:** *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*
- SIP:** *Sickness Impact Profile*
- SPSS:** *Statistical Package for Social Sciences*
- VHS:** *Velocidade de Hemossedimentação*
- WHO/ILAR:** *World Health Organization/ International League Against Rheumatism*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1.1 JUSTIFICATIVA</b>	13
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	14
<b>3 METODOLOGIA</b>	23
<b>4 RESULTADOS</b>	28
<b>5 DISCUSSÃO</b>	38
<b>6 CONCLUSÕES</b>	42
<b>REFERÊNCIAS</b>	43
<b>ANEXO A</b>	46
<b>ANEXO B</b>	47
<b>ANEXO C</b>	50
<b>ANEXO D</b>	51
<b>ANEXO E</b>	56

## 1 INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica, relativamente comum, que afeta homens e mulheres, de todas as idades. A característica principal da AR é o acometimento simétrico das pequenas e das grandes articulações, com maior frequência de envolvimento das mãos e dos pés. O caráter crônico e destrutivo da doença pode levar a acentuada limitação funcional, com perda de capacidade laboral e de Qualidade de Vida (QV), acarretando altos custos para o indivíduo acometido e para a sociedade, a menos que o diagnóstico seja feito em fase inicial e o tratamento determine melhora clínica. Além de deformidade irreversível e limitação funcional, pacientes com AR e doença avançada podem apresentar menor sobrevida, o que confirma a gravidade dessa doença (MOTA et al., 2011).

Essas alterações podem interferir de forma negativa no desempenho das Atividades de vida diária (AVDS) e do trabalho, com consequente impacto na QV. Foi avaliado o impacto da AR na QV e demonstrado que esses pacientes apresentavam menores índices de QV quando comparados com a população geral e menores escores de capacidade funcional quando comparados com outras doenças crônicas. Outros estudos demonstraram que, mesmo nos estágios mais precoces da evolução da doença, as alterações na QV já podiam ser notadas (CAMPOS e NETO, 2013).

Recentemente tem-se buscado utilizar instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida em pacientes portadores de patologias que levam ao comprometimento físico e funcional (FLECK et al., 1999). Como exemplo, temos o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36), questionário multidimensional composto por 36 itens que abrangem oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, dor, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. É um instrumento que pode ser utilizado em pesquisas com a população geral, estudos clínicos, prática clínica diária e outras aplicações em diversas populações (LOGE et al., 1998). Além disso, por ser compreensível e de fácil aplicabilidade, tem sido bastante utilizado, inclusive em pacientes com AR.

Além da avaliação da QV, torna-se necessário para avaliação clínica e resposta terapêutica, buscar escores de avaliação de atividade inflamatória da doença. Uma medida bastante utilizada é o DAS28 (*Disease Activity Score 28*) que, além de mensurar a atividade da

doença numa escala contínua, permite categorizar o paciente em estratos de atividade, com o uso de diferentes pontos de corte, como a remissão, atividade leve, moderada e alta.

O trabalho partiu dos seguintes problemas de pesquisa: que pacientes com Artrite Reumatoide tem a qualidade de vida afetada por esta patologia, que aspecto da QV encontra-se mais comprometido, além de questionar se o índice de atividade de doença determina uma melhor ou pior qualidade de vida de acordo com o seu nível.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

A Artrite Reumatoide (AR) acomete preferencialmente a membrana sinovial e o processo inflamatório persistente resulta em dano permanente em tendões, ligamentos, cartilagens e ossos, gerando, assim, grave deformidade articular.

Alguns estudos apontam que, vinte anos depois do diagnóstico inicial, 80 a 90% dos pacientes com AR se tornarão clinicamente incapacitados, tornando-se, então, importante avaliar o impacto destas incapacidades na qualidade de vida de cada paciente.

## **1.2 OBJETIVOS**

A principal finalidade deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com Artrite Reumatoide, através da aplicação do questionário SF-36 naqueles acompanhados no ambulatório especializado de Reumatologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, bem como da associação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) desses pacientes com o índice de atividade de doença (DAS28). Dessa forma, avaliando o impacto da AR na saúde individual em termos de bem estar físico, mental e social.

Esta pesquisa visa, através da aplicação do questionário SF-36, avaliar quais aspectos relacionados à QV dos pacientes estão mais afetados pela doença, uma vez que a AR interfere diretamente na QV do paciente.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A AR é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, crônica e progressiva, bastante complexa, caracterizada por sinovite simétrica, gerando deformidade e destruição articular em virtude da erosão progressiva de ossos e cartilagens. (SHIRATORI et al., 2014). A evolução da AR pode variar desde acometimento leve e intermitente até formas mais graves e progressivas (BRANDÃO et al., 1997).

Trata-se de uma condição que acomete 0,5% a 1% da população mundial adulta, com predomínio no sexo feminino (duas a três vezes em relação ao sexo masculino), ocorrendo, principalmente, em pacientes entre a quarta e a sexta décadas de vida, embora existam relatos em todas as faixas etárias, sendo incomum em homens jovens (MOTA et al., 2011). “A AR ocorre em todas as raças e em todas as partes do mundo, não havendo diferença na prevalência quanto a latitude, longitude ou clima” (BRANDÃO et al., 1997). Mais de 60% dos indivíduos a partir dos 65 anos de idade são afetados, com a prevalência aumentando de acordo com o avançar da idade. É estimado que, por volta de 2030, cerca de 67 milhões de indivíduos desse grupo serão afetados pela AR, quando o percentual da população nessa faixa etária deverá ser 20% maior (SHIRATORI et al., 2014).

De acordo com a população acometida, as características demográficas e clínicas da AR são variáveis. A maior parte das informações disponíveis provém da Europa e Estados Unidos, sendo poucos os estudos realizados em população brasileira (MOTA et al., 2013). Através de achados clínicos e exames complementares, é possível estabelecer o diagnóstico da AR. Nenhum teste isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico, confirma o diagnóstico (MOTA et al., 2013).

Os métodos diagnósticos e o manejo terapêutico da AR sofreram consideráveis avanços nos últimos anos, mas apesar desses, os indicadores diagnósticos e prognósticos atuais (clínicos, laboratoriais e radiográficos) tem valor restritivo para o diagnóstico precoce e estabelecimento de prognóstico individual (MOTA et al., 2013).

Com base na necessidade de se estabelecer o diagnóstico de AR de forma precoce, preferencialmente nos primeiros 12 meses de sintoma (durante a “janela de oportunidade terapêutica”), foram criados novos critérios classificatórios segundo o *American College of Rheumatology* (ACR) / *European League Against Rheumatism* (EULAR.). Sendo o paciente

diagnosticado com a doença em sua forma inicial, apresentará benefícios em comparação àqueles com diagnóstico mais tardio com relação a prognóstico radiográfico e funcional (MOTA et al., 2013).

Os critérios propostos se baseiam em um sistema de pontuação por meio de um escore de soma direta. As manifestações são divididas em quatro domínios: acometimento articular, sorologia, duração dos sintomas e provas de atividade inflamatória. Uma pontuação  $\geq 6$  classifica o paciente como tendo AR (MOTA et al., 2013).

Os critérios classificatórios, segundo ACR/EULAR, podem ser aplicados a qualquer paciente, desde que dois requisitos básicos estejam presentes:

1. Deve existir evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame em pelo menos uma articulação;
2. Os critérios só não são aplicáveis aos pacientes para os quais a sinovite não possa ser melhor explicada por outros diagnósticos (MOTA et al., 2013).

**Tabela 1** - Critérios diagnósticos para AR 2010 ACR/EULAR

<b>Acometimento articular (0-5)</b>	<b>Pontuação</b>
1 grande articulação	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações (grandes não contadas)	2
4-10 pequenas articulações (grandes não contadas)	3
> 10 articulações (pelo menos uma pequena)	5
<b>Sorologia (0-3)</b>	
FR negativo E ACPA negativo	0
FR positivo OU ACPA positivo em baixos títulos	2
FR positivo OU ACPA positivo em altos títulos	3
<b>Duração dos sintomas (0-1)</b>	
< 6 semanas	0
$\geq 6$ semanas	1
<b>Provas de atividade inflamatória (0-1)</b>	
PCR normal E VHS normal	0
PCR anormal OU VHS anormal	1

FR: Fator Reumatóide; ACPA: *Anti-citrullinated protein/peptide antibodies*; PCR: Proteína C Reativa; VHS: Velocidade de Hemossedimentação.

Em relação ao acometimento articular, refere-se a qualquer articulação dolorosa ou com presença de edema, que não compreenda as interfalangeanas distais do pé ou mão, primeira metatarsofalangeana e primeira carpometacarpa. Exames de imagem que sugiram evidências adicionais podem ser utilizados como forma de confirmação dos achados clínicos. Para fins de classificação, consideram-se como pequenas articulações as maticarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsofalangeanas (segunda a quinta), primeira interfalangeana e punhos, e como grandes articulações ombros, cotovelos, quadril, joelhos, tornozelos. Articulações adicionais como temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular, podem ser contadas, na avaliação de “mais de 10 articulações”, desde que uma pequena articulação, ao menos, esteja afetada (MOTA et al., 2013).

Em relação à sorologia, considera-se o resultado de FR ou de ACPA negativos quando o valor encontrado for igual ou menor ao limite superior da normalidade; positivo baixo se o resultado for maior que o limite superior de normalidade, mas menor ou igual a três vezes o limite superior de normalidade e positivo alto quando o valor encontrado for superior a três vezes o limite superior da normalidade (MOTA et al., 2013).

A duração dos sintomas é avaliada de acordo com o relato do próprio paciente em relação à duração máxima dos sinais e sintomas de qualquer articulação clinicamente envolvida no momento da avaliação (MOTA et al., 2013).

As provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) são consideradas normais ou anormais de acordo com os valores de referência do laboratório em questão (MOTA et al., 2013).

Dentre os critérios diagnósticos expostos na **Tabela 1**, é necessária uma pontuação maior ou igual a seis para classificação definitiva de um paciente como AR (MOTA et al., 2013).

O desenvolvimento de incapacidades físicas, tendo como consequência a diminuição das habilidades funcionais, resulta da característica crônica da AR. Desta forma, a progressão da doença impõe dificuldades na realização das AVDs e profissional, refletindo de maneira negativa nas condições econômicas para o indivíduo e para a sociedade (SHIRATORI et al., 2014). “As AVDs são aquelas identificadas como essenciais para a manutenção do bem-estar físico e psicológico do indivíduo, relacionadas com alimentar-se, vestir-se, fazer a higiene e mobilidade física.” (DIÓGENES et al., 2005, p.43).

Pacientes com AR deixam de trabalhar 20 anos antes do que se espera na sua idade e que apresentam grandes prejuízos na qualidade de vida (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

Existem indicadores clinimétricos e questionários relatados pelo paciente, que avaliam a capacidade funcional e a QV e que servem para a avaliação clínica dos pacientes com AR e a resposta aos diversos tratamentos (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “*não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social*” (OMS, 1948).

Na conceituação recente adotada pela OMS, a QV foi definida como “[...] *a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

Outro conceito existente é o de qualidade de vida ligada à saúde (QVLS), sendo como “[...] *valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial*” (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é definida como sendo “*a avaliação que o próprio sujeito faz do impacto que a doença e seus tratamentos têm sobre as diferentes dimensões física, funcional, emocional, social e espiritual*” (CORBACHO; DAPUETO, 2010).

A versão inglesa do conceito de *health related quality of life* (HRQL), exposto por Gianchello, é similar: “[...] *é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos*”. É o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (BRANDÃO et al., 1997).

Apesar de não haver uma definição consensual, existe crescente interesse em transformar QV em uma medida quantitativa, como um importante parâmetro de avaliação de impacto em saúde (CAMPOS; NETO, 2008). Com a finalidade de reconhecer os estados de “completo bem-estar físico, mental e social” dos sujeitos, têm-se desenvolvido vários instrumentos para avaliar a QV que, além de medir essas dimensões, têm a capacidade de

detectar as alterações no estado de saúde ao longo do tempo, bem como avaliar prognóstico e os riscos e benefícios de determinada intervenção terapêutica (BRANDÃO et al., 1997).

A escolha do instrumento depende do objetivo a que se propõe determinada avaliação, não existindo um instrumento único que possa ser utilizado na avaliação de todas as situações (AGUIAR et al., 2008).

Segundo Aguiar et al. (2008, p. 934):

Um aspecto importante a ser considerado em relação aos instrumentos é a sua confiabilidade, que se refere ao quanto uma medida pode ser reaplicada repetidamente nos mesmos indivíduos, obtendo-se resultados semelhantes (em diferentes intervalos de tempo e por variados entrevistadores).

Atualmente existem duas categorias de instrumentos: os específicos e os genéricos.

Geralmente, as escalas específicas são multidimensionais e, embora a ênfase habitualmente seja sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade avaliam ainda a percepção geral da QV. Tem a vantagem de analisar mais detalhadamente as alterações na QV em determinadas patologias e avaliam de maneira específica e profunda aspectos de QV, como dor, capacidade funcional e *status* emocional (AGUIAR et al., 2008). A desvantagem de qualquer instrumento específico de uma doença é que os resultados obtidos não podem ser comparados com resultados de pacientes com outros diagnósticos (LILLEGRAVEN; KVIEN, 2007). Como representantes dessa categoria temos: *Katz Activities of Daily Living instrument* (ADL); *Lee's Functional Status instrument*; *Functional Status Index* (FSI); *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ); *Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS), dentre outros (AGUIAR et al., 2008).

Já os instrumentos genéricos são aqueles que têm sido desenvolvidos para refletir o impacto de uma doença em ampla variedade de populações, avaliando a função, a incapacidade e o desconforto físico e mental. Esses instrumentos são divididos em subcategorias que incluem: os perfis de saúde (avaliação do estado de saúde) e as medidas de *utility* (preferência do paciente por determinado estado de saúde, sendo 1= saúde perfeita; 0= morte). Na subcategoria *perfil de saúde*, um único instrumento mede diferentes aspectos da QV em grande variedade de condições, podendo ser utilizado em qualquer população. Entretanto, apresenta como principal desvantagem uma potencial insensibilidade na detecção da melhora ou piora de doenças específicas. Estas escalas podem ser utilizadas para avaliar a eficácia de políticas e

programas de saúde, como a alocação de recursos a serem utilizados, ou para comparar duas enfermidades distintas. Os instrumentos mais comumente utilizados são: *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ); *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS); *Sickness Impact Profile* (SIP); *Nottingham Health Profile* (NHP); *Medical Outcomes Study 36-Item Form Health Survey* (SF-36) (AGUIAR et al., 2008).

Sendo a AR uma doença crônica que pode evoluir com deformidade articular e incapacidade funcional, levando a alterações na QV do indivíduo, não deve ser avaliada pelas medidas epidemiológicas tradicionais, tais como morte ou cura (que refletiriam os extremos da doença) e sim por seu impacto na saúde individual em termos de bem-estar físico, mental e social. Logo, a aplicação de questionários genéricos para a avaliação desses pacientes têm-se mostrado útil por, também, permitir a comparação de patologias entre si (BRANDÃO et al., 1997).

O SF-36 tem sido utilizado na avaliação do estado de saúde em ampla variedade de estudos, incluindo as doenças reumáticas (BRANDÃO et al., 1997). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de QV de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito domínios ou escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta score final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999). Seu tempo de preenchimento é de cerca de cinco a dez minutos, apresenta versatilidade em sua aplicação por autopreenchimento, entrevistas presenciais ou telefônicas com pessoas de idade superior a 14 anos, com níveis de confiabilidade e validade que tornam este instrumento atraente para uso em inquéritos populacionais (LAGUARDIA et al., 2013).

Esse instrumento se propõe a identificar diferenças clínicas e socialmente relevantes no estado de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade. O volume de referências disponíveis nas bases de dados bibliográficas e o número crescente de estudos de validação em diferentes países e contextos culturais, demonstram a extensão do seu uso em inquéritos populacionais e em estudos avaliativos de políticas públicas e do status de saúde de pacientes (LAGUARDIA et al., 2013).

O SF-36 foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, tendo-se mostrado válido, confiável e com boa aceitabilidade tanto em populações saudáveis como em pacientes

de diversos grupos de patologias. Uma versão do questionário foi validada no Reino Unido para aplicação na população geral (TALAMO et al., 1997).

O questionário foi idealizado a partir de uma revisão de outros instrumentos relacionados à QV já existente na literatura nos últimos 20 anos, tendo sido traduzido, adaptado para a população brasileira e validado para o português por Ciconelli et al., no ano de 1999.

A tradução do SF-36 foi feita em três etapas buscando uma equivalência cultural para a população brasileira. Inicialmente, os itens da versão em inglês foram traduzidos por dois professores de inglês independentes, brasileiros, cientes do objetivo da pesquisa. As duas traduções foram comparadas pelos tradutores e coordenador do estudo e, nos casos de divergências, foram feitas modificações até ser encontrado um consenso quanto à tradução inicial, obtendo-se assim, a versão número 1 em português (CICONELLI et al., 1999).

Numa segunda etapa, a tradução inicial foi vertida para o inglês por dois professores de inglês, americanos, que não participaram da etapa anterior. Foi feita então a comparação dessas duas versões com o instrumento original em inglês e as discrepâncias foram documentadas e analisadas por um comitê que, quando necessário, reescreveram as sentenças até a obtenção de um consenso, gerando assim a versão número 2 em português (CICONELLI et al., 1999).

No terceiro e último momento, o questionário foi aplicado a 20 pacientes com artrite reumatoide selecionados aleatoriamente do Ambulatório de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp. A cada uma das 36 questões da versão nº 2 foi acrescentada a opção “não aplicável”, a fim de identificar questões que não fossem compreendidas ou não executadas por nossa população, sendo dessa forma consideradas impróprias culturalmente. Assim, as questões com índice maior do que 15% de resposta “não aplicável” foram selecionadas e analisadas por dois reumatologistas (um clínico e um fisioterapeuta) que as substituíram por outras de mesmo conceito. Depois de modificada, a versão nº 3 em português foi novamente aplicada a outros 20 pacientes com AR, sendo sua equivalência cultural testada novamente, até que nenhum item fosse considerado “não aplicável” por mais de 15% dos pacientes (CICONELLI et al., 1999).

O SF-36 foi administrado por meio de entrevistas a 50 pacientes, sendo destes, sete homens com AR. Para a avaliação da reprodutibilidade, os pacientes foram entrevistados em dois momentos, sendo a primeira avaliação feita por dois entrevistadores (1 e 2), e a segunda

avaliação, após um período de 15 dias, feita por apenas um entrevistador (1). Os pacientes também foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial (CICONELLI et al., 1999).

A validade do SF-36 foi avaliada através da verificação da relação de seu escore com os outros parâmetros clínicos comumente utilizados na avaliação de pacientes com AR, tais como: rigidez matinal (em minutos), avaliação da dor por escala numérica (0 a 10, sendo 0 = sem dor e 10 = dor extrema), classe funcional (de acordo com critérios da ACR), avaliação global da atividade de doença pelo médico e pelo paciente por escala numérica (0 = sem atividade e 10 = atividade extrema), contagem de articulações dolorosas e inflamadas. Também foi comparado com parâmetros laboratoriais (velocidade de Hemossedimentação – VHS - e pesquisa do fator reumatoide - FR), avaliados durante a visita inicial do paciente. Além destes, o SF-36 foi comparado com questionários de avaliação de QV, como NHP, HAQ e AIMS-2 (CICONELLI et al., 1999).

Além da avaliação da QV, torna-se necessário para avaliação clínica e resposta terapêutica, buscar medidas de avaliação de atividade inflamatória da doença. Dessa forma, no início dos anos 1990 foi proposto pela ACR, a EULAR e a *World Health Organization/International League Against Rheumatism* (WHO/ILAR), a criação de um índice para medidas de atividade da AR, na prática clínica chamado *Disease Activity Score* (DAS), que leva em consideração o número de articulações dolorosas e edemaciadas, VHS e avaliação global de saúde ou da atividade de doença feita pelo paciente. O DAS original usa o índice articular de Ritchie para avaliação de 26 regiões articulares dolorosas e 44 articulações edemaciadas (MEDEIROS et al., 2015).

Posteriormente, foi proposto o DAS28, em que se passou a usar somente 28 articulações para contagem de regiões com dor e edema, além de permitir o uso opcional da Proteína C reativa (PCR) como marcador inflamatório, além da VHS. Desde então, o DAS28 passou a ser a medida mais usada para avaliar a atividade inflamatória, tanto dos ensaios clínicos quanto na prática clínica diária. No entanto, esse índice requer uma fórmula complexa que inclui raiz quadrada de logaritmo neperiano e necessita de um instrumento tecnológico para seu cálculo, sendo de fácil acesso através do uso de aplicativos disponíveis gratuitamente para *smartphones* e também através de calculadora disponível em site <<http://www.4s-dawn.com/DAS28/>> Acesso em: 17 de maio de 2015 (MEDEIROS et al., 2015).

O DAS28, além de medir a atividade da doença numa escala contínua permite categorizar o paciente em estratos de atividade, com o uso de diferentes pontos de corte:

remissão, atividade leve, moderada e alta. Os pontos de corte dos índices para definir remissão da doença variam na literatura. Por exemplo, o DAS28 original estabeleceu que a remissão clínica fosse definida quando o DAS-28 fosse inferior 2,6, quando se usa o valor de VHS para o cálculo. Em 2005, Aletaha et al. propuseram baixar o ponto de corte para inferior 2,4. Com relação ao melhor ponto de corte para definir remissão quando se usa a PCR no cálculo do DAS28, propuseram baixá-lo para menos de 2,4. Em 2013, estudo de Fujiwara e Kita concluiu que o melhor índice para definir remissão clínica era o DAS28 medido pela PCR com o ponto de corte convencional de 2,3 reduzido para 1,72 (FUJIWARA; KITA, 2013 *apud* MEDEIROS et al., 2015).

Durante o acompanhamento clínico de pacientes com AR, as principais metas a serem atingidas ao longo do tratamento são o alívio da dor, o controle rigoroso do processo inflamatório articular e compreensão da experiência dos pacientes acerca da doença, a fim de minimizar o comprometimento do bem estar físico, mental e social advindos da AR.

### 3 METODOLOGIA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no dia 05/11/2014, com aprovação em 25/11/2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38202614.7.000.5182 (ANEXO A). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido redigido para este fim, concordando em participar da pesquisa (ANEXO B).

A pesquisa foi desenvolvida no HUAC, situado na Rua Carlos Chagas s/n, São José, CEP 58.107-670, Campina Grande, Paraíba.

Este estudo caracterizou-se por ser do tipo descritivo, observacional e transversal.

A população alvo do estudo foi os 70 pacientes cadastrados no ambulatório de Reumatologia especializado em AR. O acompanhamento dos pacientes neste ambulatório específico havia iniciado quatro meses antes da pesquisa, todos oriundos de ambulatórios gerais de Reumatologia. Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, todas as faixas etárias e para participar, era preciso ter sido previamente diagnosticado com AR segundo os critérios do ACR. Foram excluídos aqueles que não compareceram ao ambulatório no período da coleta dos dados, os que possuíam outras patologias reumatológicas que poderiam interferir na QV, aqueles que não desejaram aderir à pesquisa e os que não apresentaram entendimento a cerca das perguntas do questionário aplicado.

A avaliação foi feita durante o período de 01/02/2015 a 31/03/2015, por meio da aplicação de uma ficha de identificação com nome, sexo, idade, telefone, profissão, doença e tempo de diagnóstico (ANEXO C) e em seguida, os participantes foram orientados a responder o questionário de qualidade de vida SF-36 (ANEXO D). O SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, na qual investiga aspectos distintos:

1. Capacidade funcional (dez itens): avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física;
2. Aspectos físicos (dois itens);
3. Aspectos emocionais (três itens);
4. Dor (dois itens): baseados numa questão sobre intensidade da dor, acrescido da interferência da dor nas atividades de vida diária;
5. Estado geral de saúde (cinco itens): derivados do questionário *General Health Rating Index*;

6. Vitalidade (quatro itens): considera o nível de energia, com a fadiga sendo derivado do questionário *Mental Health Inventory* (MHI);
7. Aspectos sociais (dois itens): analisam a integração do indivíduo em atividades sociais;
8. Saúde mental (cinco itens): investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Resumem os 38 itens do questionário de avaliação de Saúde mental (MHI-38).

O cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente que varia de zero a cem. O resultado é chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade em medida.

Cada escala recebe um valor que varia de zero a cem, que corresponde do pior ao melhor estado de saúde.

A questão 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o estado geral e o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

O primeiro domínio a ser calculado é o da capacidade funcional, que corresponde a 3ª questão, onde é feita a soma dos valores obtidos em todos os itens, subtraindo-se pelo limite inferior (10), multiplicando-se por cem e dividindo-se pela variação (20).

A pontuação do domínio limitação por aspectos físicos, que corresponde a 4ª questão, é feita pela soma dos valores obtidos em todos os itens, subtraindo-se pelo limite inferior (4), multiplicando-se por cem e dividindo-se pela variação (4).

A pontuação para o domínio dor, que corresponde às questões 07 e 08, foi somada e aplicada à fórmula, onde o valor obtido nessas questões será subtraído pelo limite inferior (2), multiplicado por cem e dividido pela variação (10). Sendo que, a questão 07 é pontuada de acordo com a resposta equivalente ao valor preestabelecido na tabela de ponderação de dados, a seguir:

- Se a resposta for 1, a pontuação será 6,0;
- Se a resposta for 2, a pontuação será 5,4;
- Se a resposta for 3, a pontuação será 4,2;
- Se a resposta for 4, a pontuação será 3,1;
- Se a resposta for 5, a pontuação será 2,0;
- Se a resposta for 6, a pontuação será 1,0

A pontuação da questão 08, depende da nota da questão 07:

- Se 7 = 1, o valor da questão é 6;

- Se 7 = 2, o valor da questão é 5;
- Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão é 4;
- Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão é 3;
- Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão é 2;
- Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 5, o valor da questão é 1;

E se a questão 07 não for respondida, o escore da questão 08 passa a ser o seguinte:

- Se a resposta for 1, a pontuação será 6,0;
- Se a resposta for 2, a pontuação será 4,75;
- Se a resposta for 3, a pontuação será 3,5;
- Se a resposta for 4, a pontuação será 2,25;
- Se a resposta for 5, a pontuação será 1,0;

A pontuação para o domínio estado geral de saúde, que corresponde às questões 01 e 11 do questionário, onde os valores são somados entre si, em seguida subtraído o limite inferior (5), multiplicado por cem e dividido pela variação (20).

A pontuação para a vitalidade é obtida através do somatório dos itens “a”, “e”, “g” e “i” da questão 09, sendo que, para os itens “a” e “e”, devemos seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for 1, o valor será 6,0;
- Se a resposta for 2, o valor será 5,0;
- Se a resposta for 3, o valor será 4,0;
- Se a resposta for 4, o valor será 3,0;
- Se a resposta for 5, o valor será 2,0;
- Se a resposta for 6, o valor será 1,0;

Para os itens “g” e “i”, o valor deverá permanecer o mesmo. A pontuação final é obtida através da soma dos valores de cada item, subtraído o limite inferior (4), multiplicado por cem e dividido pela variação (20).

A pontuação para o domínio aspectos sociais é obtida com o somatório das questões 06 e 10, subtraindo o limite inferior (2), multiplicado por cem e dividindo pela variação (8). Para a questão 10, os valores permanecem o mesmo, mas para questão 06 seguimos a orientação abaixo:

- Se a resposta for 1, a pontuação será 5,0;
- Se a resposta for 2, a pontuação será 4,0;
- Se a resposta for 3, a pontuação será 3,0;

- Se a resposta for 4, a pontuação será 2,0;
- Se a resposta for 5, a pontuação será 1,0;

Para a limitação por aspectos emocionais, o valor obtido na questão 05 é subtraído o limite inferior (3), multiplicado por cem e dividido pela variação (3).

E por fim, para o domínio de saúde mental, a pontuação é obtida através do somatório dos itens “b”, “c”, “d”, “f” e “h” da questão 09, sendo que, para os itens “d” e “h”, devemos seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for 1, o valor será 6,0;
- Se a resposta for 2, o valor será 5,0;
- Se a resposta for 3, o valor será 4,0;
- Se a resposta for 4, o valor será 3,0;
- Se a resposta for 5, o valor será 2,0;
- Se a resposta for 6, o valor será 1,0;

Para os demais itens, o valor permanece o mesmo. A pontuação final é obtida pela soma dos valores de cada item, subtraindo o limite inferior (5), multiplicado por cem e dividido pela variação (25).

Ao final do cálculo dos oito domínios, obtivemos oito notas, que foram mantidas separadamente, não as somando nem fazendo uma média, e armazenadas em forma de tabela no programa *Microsoft Office Excel 2010*.

Uma vez que a pontuação do SF-36 varia de 0 a 100, foi estipulado um valor de corte de 50 para determinar os pacientes que estão melhores e os que estão piores, devido à falta de um grupo controle. Os pacientes que pontuaram com menos de 50 estariam com a QV pior e aqueles que pontuaram acima de 50 estariam com boa QV.

Neste estudo foi utilizado também o DAS28. O DAS28 utiliza apenas 28 articulações (ombros, cotovelos, punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e joelhos bilateralmente), o número de articulações edemaciadas e o número de articulações dolorosas sem ponderar a intensidade da dor. Considera-se que seja dolorosa uma articulação que apresente algum grau de desconforto, não necessariamente dor intensa, quando avaliada pela digitopressão de sua interlinha ou por sua mobilização passiva. Utiliza também a avaliação global de saúde (AGS), obtida por uma Escala Visual Analógica (EVA) – 0 a 100, e marcadores de atividade inflamatória, PCR ou VHS. Através do acesso a um banco de dados pertencente a uma pesquisa que ocorreu de maneira paralela a esta, com a mesma amostra, foi

obtido o escore. De acordo com o valor encontrado, o DAS28 foi categorizado em quatro classes: remissão ( $\leq 2,6$ ), baixa ( $>2,6$  e  $\leq 3,2$ ), moderada ( $>3,2$  e  $\leq 5,1$ ) e alta ( $>5,1$ ).

Para avaliar a QV, conforme propõe o questionário SF-36, de uma amostra ( $n = 31$ ) dos pacientes acompanhados no ambulatório especializado de AR do HUAC, foram aplicados métodos estatísticos descritivos (conjunto de técnicas que servem para descrever e sumarizar um conjunto de dados) e inferenciais (conjunto de técnicas utilizadas para identificar relações entre variáveis que representem ou não relações de causa e efeito). A estatística descritiva foi utilizada para determinar as medidas de média, mediana, variância, desvio padrão e valor máximo e mínimo. Já a estatística inferencial foi aplicada para realizar as comparações dos domínios do SF-36 com faixa etária, tempo de diagnóstico e DAS28.

Foi aplicado, inicialmente, o teste de normalidade para todos os domínios do SF-36 para identificar aqueles com distribuição normal ou distribuição não normal. Foi visto que os domínios dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental apresentaram distribuição normal, sendo, então, aplicado para estes, testes de hipóteses baseados em métodos paramétricos (teste t e teste *Post Hoc*). Já os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais não apresentaram distribuição normal, tendo seus dados avaliados através de testes de hipóteses baseados em métodos não paramétricos (teste *Mann-Whitney* e teste *Kruskal-Wallis*). Todo este processamento estatístico foi realizado através do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 17). Considerou-se como significativo a associação quando  $p < 0,05$ .

#### 4. RESULTADOS

O ambulatório especializado em AR do HUAC possui 70 pacientes cadastrados atualmente. Destes, 36 pacientes não tinham consulta agendada e, portanto, não compareceram ao ambulatório durante o período de coleta de dados, dois foram excluídos da pesquisa por apresentarem outras doenças reumatológicas associadas que poderiam interferir na QV (síndrome de Sjögren e osteoartrite) e o terceiro paciente excluído não apresentou entendimento acerca das perguntas abordadas no questionário. Por fim, a amostra foi constituída por 31 pacientes.

A distribuição foi feita com relação às variáveis sociodemográficas [gênero (feminino e masculino) e faixa etária (anos)] e variáveis clínicas [tempo de diagnóstico (< 3 anos e ≥ 3 anos) e índice de atividade de doença [DAS28]].

De acordo com as características sociodemográficas, dois indivíduos eram do gênero masculino (6,45%) e 29 do gênero feminino (93,55%). Em relação à faixa etária, que foi distribuída entre os pacientes abaixo de 55 anos e aqueles com idade igual ou superior a 55 anos, foi encontrado 14 pacientes com idade inferior a 55 anos (45,16%) e 17 pacientes com faixa etária igual ou superior a 55 anos (54,84%) (**tabela 2**).

**Tabela 2** – Características Sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas		N	%
Gênero	Feminino	29	93,55
	Masculino	2	6,45
Faixa Etária	< 55 anos	14	45,16
	≥ 55 anos	17	54,84

**Fonte:** Protocolo da pesquisa

De acordo com a **Tabela 3**, que demonstra as características clínicas da amostra, foi encontrado que oito (25,81%) pacientes possuíam tempo de diagnóstico inferior a três anos, enquanto que 23 (74,19%) possuíam três anos ou mais.

Durante a coleta de dados, não foi possível calcular o índice de atividade de doença, o DAS28, de todos os pacientes da amostra, pois cinco deles não apresentavam os exames recentes necessários (VSH ou PCR) para obtenção de um escore atualizado. Em relação a este

indicador, de um total de 26 pacientes, quatro (15,38%) apresentavam-se em remissão, nove (34,62%) e 13 (50%) em moderada e alta atividade de doença, respectivamente.

**Tabela 3** – Características Clínicas da Amostra.

Variáveis Clínicas		N	%
Tempo de Diagnóstico (n 31)	< 3 anos	8	25,81
	≥ 3 anos	23	74,19
Índice de Atividade de Doença - DAS 28 (n 26)	Remissão	4	15,38
	Baixo	0	0
	Moderado	9	34,62
	Alto	13	50

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Com relação à análise descritiva dos oito domínios do questionário SF-36, a capacidade funcional obteve média de 38,83 (DP 27,408); os aspectos físicos apresentaram média de 24,17 (DP 34,418); para o domínio dor, a média foi 39,80 (DP 25,531); o estado geral de saúde obteve média de 45,47 (DP 27,115); o domínio vitalidade apresentou média 56,83 (DP 23,248); nos aspectos sociais, a média foi de 59,55 (DP 32,2614); os aspectos emocionais apresentaram média de 55,4767 (DP 40,43356); na saúde mental a média foi 60,53 (DP 27,786). De acordo com o ponto de corte estabelecido, na metade dos domínios, os pacientes apresentaram uma boa QV com média acima de 50 e na outra metade, uma QV pior (**Tabela 4**).

**Tabela 4** – Análise Descritiva dos oito domínios do questionário SF-36.

	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental	
<b>Média (DP)</b>	38,83 (27,408)	24,17 (34,418)	39,80 (25,531)	45,47 (27,115)	56,83 (23,248)	59,55 (32,261)	55,4767 (40,434)	60,53 (24,786)	
<b>Mediana</b>	32,5	0	41	41	55	50	66	64	
<b>Mínimo-Máximo</b>	0-95	0-100	0-100	0-87	0-100	0-100	0-100	4-92	
<b>Erro Padrão</b>	5,004	6,284	4,661	4,950	4,245	5,8901	7,38212	4,525	
<b>Variação</b>	751,178	1184,626	651,821	735,223	540,489	1040,799	1634,873	614,326	
<b>Intervalo de Confiança</b>	<b>Limite Superior</b>	28,60	11,31	30,27	35,34	48,15	47,503	40,3785	51,28
	<b>Limite Inferior</b>	49,07	37,02	49,33	55,59	65,51	71,597	70,5748	69,79

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Os oito domínios foram agrupados nos componentes físicos e mentais. Os componentes físicos corresponderam à capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, enquanto os componentes mentais à vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Nos componentes físicos a média foi 37,37903 (DP 29,64275), visto na **Tabela 5**.

**Tabela 5** – Análise descritiva dos Componentes Físicos.

<b>Componentes Físicos</b>	
<b>Média (DP)</b>	37,37903 (29,64275)
<b>Mediana</b>	31
<b>Mínimo - máximo</b>	0 - 100
<b>Erro padrão</b>	2,661997
<b>Variância</b>	878,6926
<b>Intervalo de Confiança</b>	100

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Nos componentes mentais, a média obtida foi mais elevada, de 58,78699 (DP 30,59966), observados na **Tabela 6**.

**Tabela 6** – Análise descritiva dos Componentes Mentais.

<b>Componentes Mentais</b>	
<b>Média (DP)</b>	58,78699 (30,59966)
<b>Mediana</b>	60
<b>Mínimo - máximo</b>	0 - 100
<b>Erro padrão</b>	2,759079
<b>Variância</b>	936,3393
<b>Intervalo de Confiança</b>	100

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

No Teste de Normalidade para os oito domínios do SF-36, foram observados valores estatisticamente significantes em Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental (**Tabela 7**).

O Teste t para comparar os domínios que apresentaram distribuição normal, de acordo com o Teste de Normalidade - Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com a faixa etária, categorizada em menor que 55 anos e maior ou igual a 55 anos, não apresentou significância estatística dentre os componentes.

**Tabela 7** – Teste de Normalidade para os domínios do SF-36.

<b>Teste de Normalidade</b>			
	<i>Teste de Kolmogorov-Smirnov</i>		
	<b>Statistic</b>	<b>Df</b>	<b>Significâncias</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	0,222	30	0,001
<b>Limitação por Aspectos Físicos</b>	0,325	30	0,00
<b>Dor</b>	0,114	30	0,200*
<b>Estado Geral de Saúde</b>	0,129	30	0,200*
<b>Vitalidade</b>	0,114	30	0,200*
<b>Aspectos Sociais</b>	0,162	30	0,044
<b>Limitação por Aspectos Emocionais</b>	0,231	30	0,00
<b>Saúde Mental</b>	0,145	30	0,109*

$p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Para o domínio dor, aqueles pacientes com menos de 55 anos apresentaram média de 34,14 (DP 20,624) e erro padrão de 5,512, e aqueles com 55 anos ou mais apresentaram média de 43,88 (DP 28,215), o  $p$  foi 0,291. No domínio estado geral de saúde, pacientes com menos de 55 anos apresentaram média de 42,21 (DP 25,204), erro padrão de 6,736, e aqueles com 55 anos ou mais apresentaram média de 47,65 (DP 28,401) e erro padrão de 6,888 ( $p$  0,582). Pacientes com menos de 55 anos, no domínio vitalidade, apresentaram média de 53,21 (DP 25,84) e erro padrão de 6,906, e os com idade igual ou superior a 55 anos apresentaram média de 60,00 (DP 21,055) e erro padrão de 5,264 ( $p$  0,435). Enquanto no domínio saúde mental, pacientes com idade inferior a 55 anos apresentaram média de 54,57 (DP 27,873), erro padrão de 7,449, e aqueles com 55 anos ou mais apresentaram média de 66,82 (DP 21,06) e erro padrão de 5,108 ( $p$  0,174) (**Tabela 8**).

**Tabela 8** – Análise descritiva e correlação entre os domínios de distribuição normal e a faixa etária, através do Teste t.

	<b>Faixa Etária</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio – Padrão</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>Significância</b>
<b>Dor</b>	< 55 anos	14	34,14	20,624	5,512	0,291
	≥ 55 anos	17	43,88	28,215	6,843	
<b>Estado Geral de Saúde</b>	< 55 anos	14	42,21	25,204	6,736	0,582
	≥ 55 anos	17	47,65	28,401	6,888	
<b>Vitalidade</b>	< 55 anos	14	53,21	25,840	6,906	0,435
	≥ 55 anos	16	60,00	21,055	5,264	
<b>Saúde Mental</b>	< 55 anos	14	54,57	27,873	7,449	0,174
	≥ 55 anos	17	66,82	21,060	5,108	

$p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

O Teste *Mann-Whitney* foi realizado para comparar os domínios que não apresentaram distribuição normal, de acordo com o Teste de Normalidade - Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com a faixa etária, categorizada em menor que 55 anos e maior ou igual a 55 anos. Entre as duas faixas etárias selecionadas e os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais, não foi observado significância estatística ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 9** – Análise descritiva e correlação entre os domínios sem distribuição normal e a faixa etária, através do teste *Mann-Whitney*.

	<b>Faixa Etária</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Significância</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Abaixo de 55 anos	14	14,93	0,550
	Acima de 55 anos	17	16,88	
<b>Limitação por Aspectos Físicos</b>	Abaixo de 55 anos	14	17,68	0,305
	Acima de 55 anos	17	14,62	
<b>Aspectos Sociais</b>	Abaixo de 55 anos	14	14,89	0,531
	Acima de 55 anos	17	16,91	
<b>Limitação por Aspectos Emocionais</b>	Abaixo de 55 anos	14	14,57	0,409
	Acima de 55 anos	17	17,18	

$p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

O tempo de diagnóstico de AR, categorizado em menos de 03 anos e 03 anos ou mais, com os domínios que apresentaram distribuição normal através do Teste t. Significância estatística não foi observada em nenhum dos domínios analisados. Para o domínio dor, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 39,63 (DP 16,852) e erro padrão de 5,958, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 39,43 (DP 27,804), erro padrão de 5,798. Para o domínio estado geral de saúde, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 56,00 (DP 29,321) e erro padrão de 10,366, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 41,43 (DP 25,328) e erro padrão de 5,281. No domínio vitalidade, foi observada a média de 53,13 (DP 21,537) naqueles com menos de três anos de diagnóstico, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 58,18 (DP 24,179) e erro padrão de 5,155. Nos pacientes com tempo de diagnóstico inferior a três anos, apresentaram média de 66,5 (DP 17,752) e erro padrão de

6,276, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 59,48 (DP 26,841) e erro padrão de 5,597 (**Tabela 10**).

**Tabela 10** – Análise descritiva e correlação entre os domínios de distribuição normal e o tempo de diagnóstico, através do Teste t.

Domínio	Tempo de Diagnóstico	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Significância
Dor	< 3 anos	8	39,63	16,852	5,958	0,9856
	≥ 3 anos	23	39,43	27,804	5,798	
Estado Geral de Saúde	< 3 anos	8	56	29,321	10,366	0,1884
	≥ 3 anos	23	41,43	25,328	5,281	
Vitalidade	< 3 anos	8	53,13	21,537	7,614	0,6070
	≥ 3 anos	22	58,18	24,179	5,155	
Saúde Mental	< 3 anos	8	66,5	17,752	6,276	0,4984
	≥ 3 anos	23	59,48	26,841	5,597	

$p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Confrontamos o tempo de diagnóstico de AR, categorizado em menos de três anos e três anos ou mais, com os domínios que não apresentaram distribuição normal através do Teste de *Mann-Whitney*. Não foi encontrado valores com significância estatística. Para o domínio capacidade funcional, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 18, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 15. No domínio limitação por aspecto físico, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 15, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 16. Para o domínio aspectos sociais, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 17, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 16. Para o domínio limitação por aspectos emocionais, os pacientes com menos de três anos de diagnóstico apresentaram média de 16, e os com três anos ou mais de diagnóstico apresentaram média de 16 (**Tabela 11**).

**Tabela 11** – Análise descritiva e correlação entre os domínios sem distribuição normal com o tempo de diagnóstico, através do teste *Mann-Whitney*.

	<b>Tempo de Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Significância</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	< 3 anos	8	18	0,525
	≥ 3 anos	23	15	
<b>Limitação por Aspecto Físico</b>	< 3 anos	8	15	0,728
	≥ 3 anos	23	16	
<b>Aspectos Sociais</b>	< 3 anos	8	17	0,801
	≥ 3 anos	23	16	
<b>Limitação por Aspectos Emocionais</b>	< 3 anos	8	16	0,963
	≥ 3 anos	23	16	

$p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Confrontamos o DAS28, categorizado em remissão, baixo, moderado e alto, com os domínios que apresentaram distribuição normal. O domínio dor para os pacientes com DAS28 classificado em remissão, apresentou média de 63,00 (DP 28,32), os categorizados em moderado obtiveram média de 37,44 (DP 21,887) e os agrupados em alto mostraram média de 29,77 (DP 19,934). O domínio estado geral de saúde para os pacientes com DAS28 classificado em remissão, apresentou média de 35,5 (DP 25,053), os categorizados em moderado obtiveram média de 50,67 (DP 33,181) e os agrupados em alto mostraram média de 41,31 (DP 26,278). O domínio vitalidade para os pacientes com DAS28 classificado em remissão, apresentou média de 71,25 (DP 10,308), aqueles categorizados em moderado obtiveram média de 56,67 (DP 20,917) e os agrupados em alto mostraram média de 51,67 (DP 21,356). O domínio saúde mental para os pacientes com DAS28 classificado em remissão, apresentou média de 69,00 (DP 18,583), os categorizados em moderado obtiveram média de 61,78 (DP 24,258) e os categorizados em alto mostraram média de 62,15 (DP 25,172) (**Tabela 12**).

**Tabela 12** – Análise descritiva correlacionando os domínios de distribuição normal com o DAS28.

		<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de Confiança		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
<b>Dor</b>	Remissão	4	63,00	28,32	14,16	17,94	108,06	31	100
	Moderado	9	37,44	21,887	7,296	20,62	54,27	10	62
	Alto	13	29,77	19,934	5,529	17,72	41,82	0	72
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Remissão	4	35,5	25,053	12,527	-4,37	75,37	5	57
	Moderado	9	50,67	33,181	11,06	25,16	76,17	5	87
	Alto	13	41,31	26,279	7,288	25,43	57,19	0	87
<b>Vitalidade</b>	Remissão	4	71,25	10,308	5,154	54,85	87,65	60	85
	Moderado	9	56,67	20,917	6,972	40,59	72,74	15	90
	Alto	12	51,67	21,356	6,165	38,1	65,24	30	100
<b>Saúde Mental</b>	Remissão	4	69,00	18,583	9,292	39,43	98,57	44	88
	Moderado	9	61,78	24,258	8,086	43,13	80,42	24	92
	Alto	13	62,15	25,172	6,982	46,94	77,37	12	88

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Através do Teste *Post Hoc*, confrontamos o DAS28 com os domínios que apresentaram distribuição normal e verificamos que, apenas no domínio dor, o índice de remissão ao ser confrontado com alto, mostrou valor com significância estatística ( $p=0,036$ ) (Tabela 13).

**Tabela 13** – Correlação dos domínios com distribuição normal e o DAS28, através do teste *Post Hoc*.

Domínios	DAS28		Significância
<b>Dor</b>	Remissão	Moderado	0,149
		Alto	0,036*
	Moderado	Remissão	0,149
		Alto	0,701
	Alto	Remissão	0,036*
		Moderado	0,701
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Remissão	Moderado	0,659
		Alto	0,934
	Moderado	Remissão	0,659
		Alto	0,736
	Alto	Remissão	0,934
		Moderado	0,736
<b>Vitalidade</b>	Remissão	Moderado	0,459
		Alto	0,230
	Moderado	Remissão	0,459
		Alto	0,839
	Alto	Remissão	0,230
		Moderado	0,839
<b>Saúde Mental</b>	Remissão	Moderado	0,873
		Alto	0,873
	Moderado	Remissão	0,873
		Alto	0,999
	Alto	Remissão	0,873
		Moderado	0,999

\* $p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

Através do Teste *Kruskal-Wallis*, confrontamos o DAS28 com os domínios que não apresentaram distribuição normal. No domínio capacidade funcional, os pacientes em categoria remissão apresentaram média de 19, em moderada a média foi de 17,06 e em por fim, naqueles em categoria alta, houve uma média de 9,35, sendo este domínio o único apresentando significância estatística ( $p=0,019$ ). No domínio limitação por aspectos físicos, os pacientes em categoria remissão apresentaram média de 17,13, em moderada a média foi de 13,89 e em por fim, naqueles em categoria alta, houve uma média de 12,12. No domínio aspectos sociais, os pacientes em categoria remissão apresentaram média de 15,75, em moderada a média foi de 13,67 e em por fim, naqueles em categoria alta, houve uma média de 12,69. No domínio limitação por aspectos emocionais, os pacientes em categoria remissão apresentaram média de

14,25, em moderada a média foi de 12,61 e em por fim, naqueles em categoria alta, houve uma média de 13,88 (**Tabela 14**).

**Tabela 14** – Correlação entre os domínios sem distribuição normal com o DAS28, através do teste *Kruskal-Wallis*.

	<b>DAS28</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Significância</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Remissão	4	19	0,019*
	Moderado	9	17,06	
	Alto	13	9,35	
<b>Limitação por aspectos físicos</b>	Remissão	4	17,13	0,430
	Moderado	9	13,89	
	Alto	13	12,12	
<b>Aspectos Sociais</b>	Remissão	4	15,75	0,774
	Moderado	9	13,67	
	Alto	13	12,69	
<b>Limitação por Aspectos Emocionais</b>	Remissão	4	14,25	0,901
	Moderado	9	12,61	
	Alto	13	13,88	

\* $p < 0,05$

**Fonte:** Protocolo da pesquisa.

## 5 DISCUSSÃO

A amostra consistiu em 31 indivíduos, com predomínio do sexo feminino e idade maior ou igual a 55 anos. Mota et al.(2011), também observaram predomínio do sexo feminino (duas a três vezes em relação ao sexo masculino), ocorrendo, sobretudo, em pacientes entre a quarta e sexta décadas de vida. Através de revisão sistemática da literatura, Matcham et al. (2014), avaliaram 31 publicações, e na maioria delas a média de idade dos pacientes analisados foi acima de 50 anos. A elevada faixa etária dos pacientes com artrite reumatoide envolvidos nas pesquisas, pode estar relacionada à característica de cronicidade desta doença, com alta morbidade e pelo uso de terapias que minimizam a evolução agressiva, com redução das complicações que levariam a uma mortalidade mais elevada, resultando em maior longevidade destes pacientes.

Altinkesen et al. (2011), realizaram estudo semelhante em pacientes noruegueses, estipularam um valor de corte de três anos para o tempo de diagnóstico e classificaram os pacientes com menos de três anos de diagnóstico como AR de estágio recente, e aquele com três anos ou mais, como AR de estágio tardio. Em nosso estudo, houve um predomínio de AR de estágio tardio, relacionado possivelmente a característica do ambulatório de formação recente, porém constituído de pacientes com diagnóstico prévio, já acompanhados e encaminhados por reumatologistas que atuam em ambulatório geral da especialidade.

Em relação à avaliação da QV pelo questionário SF-36, os escores obtidos nos oito domínios variaram de 24,17 a 60,53, sendo os aspectos físicos o domínio mais comprometido e saúde mental o menos comprometido. A maioria dos participantes de nossa pesquisa, tinham história de doença superior a três anos, tempo suficiente para desenvolver alterações irreversíveis em articulações, comprometendo a função articular, justificando a pontuação baixa obtida no domínio aspectos físicos. Da mesma forma, piores médias no domínio aspectos físicos na AR, foram demonstradas por Salaff et al. (2009) e Ovayolu et al. (2011).

No domínio estado geral de saúde, foi obtida a maior média entre os componentes físicos, apesar que os escores finais foram abaixo de 50, diferentemente de Murillo et al. (2015) com dados discordantes, onde verificaram que este domínio foi o mais comprometido. Já para Chorus et al. (2003), as piores médias apresentadas foram em capacidade funcional e para Garip et al. (2011), o domínio mais comprometido foi dor, assim como o estudo de Heiberg e Kvien (2002).

Ao agrupar os domínios em componentes físicos e mentais, concluímos que os físicos apresentaram média menor em relação aos mentais, determinando assim, uma pior QVRS, em concordância com os achados da revisão sistemática realizada por Matcham et al. (2014).

De acordo com o estudo de Campos e Neto (2008), embora todas as dimensões tenham sido comprometidas, os domínios do componente físico foram mais afetados, sugerindo, que essas variáveis sejam as mais relevantes dentre as que contribuem para diminuição da QVRS. Nos componentes físicos, aquele que demonstrou menor média foi aspectos físicos e o de maior média, estado geral de saúde. Já dentre os componentes mentais, a menor média obtida foi em aspectos emocionais e a maior em saúde mental.

Para possibilitar a análise estatística fornecendo resultados confiáveis, foi aplicado o teste de normalidade – *Kolmogorov-Smirnov* e observado que os domínios dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental apresentaram distribuição normal ( $p > 0,05$ ), enquanto que capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais não apresentaram distribuição normal ( $p < 0,05$ ).

Comparando os dados dos domínios com distribuição normal e sem distribuição normal com a faixa etária, utilizando o Teste t e o Teste de *Mann-Whitney*, respectivamente, verificamos que não houve significância estatística ( $p > 0,05$ ) em todos os domínios do SF-36, ou seja, a idade não interferiu na QVRS nos pacientes desta amostra. Em estudo semelhante, realizado por Roma et al. (2014), que avaliou pacientes adultos (18 a 59 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos), não houve também significância estatística em todos os domínios do SF-36.

Após confrontar os dados dos domínios com distribuição normal e sem distribuição normal com o tempo de diagnóstico e utilizar o Teste t e o Teste de *Mann-Whitney*, nesta ordem, constatamos que não houve significância estatística ( $p > 0,05$ ) em todos os domínios do SF-36, isto é, o tempo de diagnóstico não interfere na QVRS nos pacientes desta amostra. Altinkesen et al. (2011), demonstraram com significância estatística, que os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor sofreram influência com o tempo de diagnóstico, apresentando médias piores em pacientes com AR em estágio recente, discordando desta análise.

O comprometimento da QVRS na artrite reumatoide, observado neste estudo através da utilização do SF-36, colabora com confirmações anteriores, como a de Alonso et al. (2004) que avaliaram o impacto de condições crônicas comuns na QVRS entre a população geral em oito países, cuja amostra variou de 2.031-4.084. O SF-36 foi usado em indivíduos com e sem

condições crônicas. Mais da metade da amostra (55,1%) relatou ao menos uma condição e 30,2% relataram mais de uma condição crônica, sendo as mais frequentes a hipertensão, as alergias e a AR. Entre as doenças estudadas, a AR teve o maior impacto na QVRS da população geral.

O cálculo do DAS28, realizado em 26 pacientes, classificou a maioria destes como tendo alto índice de atividade doença, supondo que este fato possa corresponder a fatores como diagnóstico tardio ou má adesão ao tratamento, porém, não se pode afirmar, pois não fizeram parte dos objetivos do estudo.

Na comparação entre os domínios de distribuição normal e as categorias do DAS28, foi possível observar que, de todos os pacientes em estágio de remissão, o maior comprometimento foi no domínio estado geral de saúde. Já naqueles em moderada e alta atividade de doença o maior comprometimento foi no domínio dor. Shiratori et al. (2014), em seu estudo, verificaram que no estágio moderado o maior comprometimento foi no domínio estado geral de saúde, divergindo do resultado encontrado em nosso estudo.

A fim de verificar a influência da comparação entre os estágios do DAS28 sobre a QVRS em relação aos domínios de distribuição normal, foi aplicado o teste *Post Hoc*. Este demonstrou que pacientes em estágio de remissão quando comparados àqueles em estágio alto apresentaram discrepância estatisticamente significativa ( $p=0,036$ ) somente no domínio dor. Em contrapartida, não foi verificada diferença estatística ( $p>0,05$ ) nos confrontos dos estágios do DAS28 para os outros domínios.

Já para os domínios sem distribuição normal, onde foi aplicado o Teste *Kruskal-Wallis* e verificado que, de todos os pacientes em estágio de remissão, o maior comprometimento foi no domínio limitação por aspectos emocionais. Naqueles no estágio moderado de atividade de doença, o maior comprometimento foi também no domínio limitação por aspectos emocionais. Enquanto, no estágio de alta atividade, o maior comprometimento foi no domínio capacidade funcional. No estudo de Klooster et al. (2013), foi verificado que no estágio de atividade moderada, o maior comprometimento foi no domínio limitação por aspectos físicos, assim como no de Shiratori et al. (2012), apresentando discrepância quando comparado com o nosso estudo.

Através deste mesmo teste, foi possível verificar também a influência do nível de atividade doença sobre a QVRS nos domínios sem distribuição normal e constatou-se que houve significância estatística ( $p=0,019$ ) no domínio capacidade funcional, ou seja, foi possível

provar a interferência do nível de atividade doença neste domínio. Contudo, o teste não é capaz de inferir se a capacidade funcional está mais comprometida quando o paciente se encontra em remissão, moderado ou alto índice de atividade doença, configurando, assim, uma limitação do mesmo.

Diante dos dados obtidos através do SF-36 e do DAS28, com comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde e do predomínio de moderada a alta atividade de doença, fica exposta a necessidade de intervenções eficazes para controle de doença, a fim de promover uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

## 6 CONCLUSÕES

Os domínios do componente físico apresentaram as menores médias, com conseqüente comprometimento da QVRS.

O impacto na QV em pacientes com AR independe da faixa etária, surpreendendo, pois se acreditava que naqueles com faixa etária de 55 anos ou mais haveria um maior comprometimento devido ao próprio processo de envelhecimento e as alterações advindas com ele.

O tempo de diagnóstico não influenciou a QV dos pacientes da amostra, sugerindo que mesmo em fases iniciais, a AR é capaz de gerar impacto na QV.

A atividade de doença interferiu apenas nos domínios capacidade funcional e dor. Com relação à dor, foi visto que esta foi influenciada de forma diferente naqueles pacientes com DAS28 relacionado a remissão ou alta atividade de doença.

As limitações da pesquisa restringiram-se à dificuldade de compreensão de algumas questões do instrumento genérico de avaliação, o SF-36, o que resultou em um maior tempo dispensado, sendo assim, de difícil aplicabilidade nesta amostra e divergindo da literatura. Outra limitação foi o número reduzido de pacientes compondo a amostra, sendo recomendado novos estudos com recrutamento de um número maior de pacientes bem como de um grupo controle para melhor avaliação do comprometimento da QVRS nesses pacientes.

**REFERÊNCIAS**

1. AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, Aug. 2008.
2. ALONSO J; FERRER M; GANDEK B; WARE J.R.J.E; AARONSON N.K; MOSCONI P. et al. Healthrelated quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* v.4, n.13, p.283-98. 2004
3. ALTINKESEN, E.; GELECEK, N. Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis. *Fizyoter Rehabil*, v. 22, n. 2, p. 93-99, 2011.
4. BRANDÃO, L.; FERRAZ, M.B; ZERBINI, C.A. Avaliação na qualidade de vida na artrite reumatoide: revisão atualizada. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 275-281, set/out. 1997.
5. CAMPOS, A.P.R, et al. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Fisioter Pesq*, v.20, n. 4, p. 401-407. 2013.
6. CAMPOS, M.O; NETO, J.F.R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Montes Claros, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/agosto 2008.
7. CHORUS, A.M.J.; MIEDEMA H.S.; BOONEN A.; VAN DER LINDEN S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*, v. 62, n. 12, p. 1178-1184. 2003.
8. CICONELLI, R.M, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)\*. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai/jun. 1999.
9. CORBACHO, M.I; DAPUETO, J.J. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Montevideu, v. 50, n. 1, p. 31-43, 2010.
10. DIÓGENES, F.P., et al. Influência da variação temporal das atividades de vida diária na qualidade de vida após acidente vascular cerebral. *Revista Publica*, v. 1, p. 42-51, 2005.
11. FLECK, M.P.A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100)\*. *Revista de Saúde Pública*, v.33, n.2, p.198-205, abr.1999.
12. GARIP, Y.; ESER, F.; BODUR, H. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatol Int*, vol. 31, n. 4, p. 391-397. 2011.
13. HEIBERG, T.; KVIEN, TK. Preferences for improved health examined in 1,024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis Rheum*, vol. 47, n. 4, p. 391-397. 2002.

14. KLOOSTER, P. et al. Performance of the Dutch SF-36 version 2 as a measure of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 11, n. 77. 2013.
15. LAGUARDIA, J., et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 889-897, 2013.
16. LILLEGRAVEN, S.; KVIEN, T.K. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best Practice e Research Clinical Rheumatology*, Oslo, v. 21, n. 5, p. 827-840, 2007.
17. LOGE, J.H, et al. Translation and Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in Patients with Rheumatoid Arthritis. I. Data Quality, Scaling Assumptions, Reability, and Construct Validity. *Clin Epidemiol*, v.51, n.11, p. 1069-1076, 1998.
18. MATCHAM, F., et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthristis and Rheumatism*, London, n. 44, p. 123-130, 2014.
19. MEDEIROS, M.M.C., et al. Correlação dos índices de atividade da artrite reumatoide (Disease Activity Score 28 medidos com VHS, PCR, Simplifield Disease Activity Index e clinical Disease Activity Index) e concordância dos estados de atividade da doença com vários pontos de corte numa população do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2015.
20. MELO, L.F; SILVA, S.L. Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n. 2, p. 175-188, 2012.
21. MOTA, L.M.H, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 51, n.3, p. 199-219, 2011.
22. MOTA, L.M.H, et al. Diretrizes para o diagnóstico de artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 141-157, 2013.
23. MOTA, L.M.H.; LAURINDO, I.M.M.; NETO, L.L.S. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 50, n.3, p. 249-261, 2010.
24. MURILO, Y. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en arthritis reumatoide, osteoarthritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de um Hospital General em México. *Reumatol Clin*, v. 11, n. 2, p. 68-72. 2015.
25. OVAYOLU, N.; OVAYOLY, O.; KARADAG, G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparason with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol*, v. 30, n. 5, p. 655-664. 2011.

26. ROMA, I. et al. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Revista Brasileira Reumatologia*, v. 54, n. 4, p. 279-286. 2014.
27. SALAFFI, F.; CAROTTI, M.; GASPARINI, S.; INTORCIA, M.; GRASSI, W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*, p. 7-25. 2009.
28. SERVELHERE, K.R, et al. Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. *Arq Bras Neurocir*, v. 30, n.2, p. 69-75, 2011.
29. SHIRATORI, A.P, et al. Aspecto sóciodemográfico, clínico e qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira Promoção de Saúde*, Fortaleza, v. 27, n.5, p. 5-12, jan/mar. 2014.
30. TALAMO, J., et al. Use of the Short Form 36 “SF-36” for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Bristish Journal of Rheumatology*, London, v. 36, p. 463-469, 1997.

## ANEXOS

**ANEXO A** – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

**Pesquisador:** EVÂNIA CLAUDINO QUEIROGA DE FIGUEIREDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38202614.7.0000.5182

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 893.027

**Data da Relatoria:** 25/11/2014

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Universidade Federal de Campina Grande**  
**HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro**

---

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **ESTUDO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE.**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

---

Eu, ....., portador da Cédula de identidade, RG ....., e inscrito no CPF/MF....., nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com artrite reumatoide.” Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa avaliar a qualidade de vida dos pacientes diagnosticado com Artrite Reumatoide;

- II) Será aplicado um questionário (SF-36) já validado para a língua portuguesa para tal avaliação;
- III) As repostas dadas na aplicação dos questionários serão usadas apenas para este estudo e em nada influenciará (influenciarão) o meu tratamento; não vai (vão) me curar; não vai (vão) me causar nenhum problema. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, de de 2015

Paciente /  Responsável .....

**Testemunha 1 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Responsável pelo Projeto:** \_\_\_\_\_

Dra. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, Reumatologista  
CRM: 4032-PB

**Telefone para contato:** ( )

**ANEXO C – Ficha de Identificação do Questionário.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**REUMATOLOGIA**

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Diagnóstico:**

**Tempo de Diagnóstico:**

**DAS-28:**

**Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36**

**Função exercida no trabalho:**

**Há quanto tempo exerce essa função:**

## ANEXO D – Questionário de Qualidade de Vida – SF-36.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**REUMATOLOGIA**

**Nome:****Idade:****Sexo:****Diagnóstico:****Tempo de Diagnóstico:****DAS-28:**

**Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36**

**Função exercida no trabalho:****Há quanto tempo exerce essa função:**

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 – Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 – Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se, dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
k) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
l) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
m) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

n) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra).	1	2
---	---	---

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
o) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
p) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
q) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8 – Durante as últimas 4 semanas, quando a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_/100

Ass. Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



