

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

IZABELA ROMA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS COM
ARTRITE REUMATOIDE**

MARÍLIA

2013

Izabela Roma

Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa.

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Renato de Assis.

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Roma, Izabela

Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide / Izabela Roma. - - Marília, 2013.

61 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento)
- Faculdade de Medicina de Marília.

1. Qualidade de vida. 2. Artrite reumatoide. 3. Idoso.

Izabela Roma

Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa
Faculdade de Medicina de Marília

Profa. Dra. Fernanda Paula Cerântola Siqueira
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Tereza Lais Menegucci Zutin
Universidade de Marília

Data da aprovação: _____

Dedico esta conquista à minha avó Geni, que está junto de Deus

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar em cada passo desta caminhada.

Aos meus pais, Silmara e Roberto que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos meus avós e irmãos, simplesmente por fazerem parte de minha vida.

Ao Samuel, pela compreensão, cumplicidade, motivação e, acima de tudo, por estar sempre ao meu lado.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa, por ter-me conduzido com competência durante as etapas deste trabalho, pelo incentivo, apoio e confiança em todos os momentos.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Marcos Renato de Assis por ter estruturado o meu conhecimento científico e pela dedicação em todas as terças pela manhã.

À Mariana, companheira de turma e acima de tudo amiga, que muito contribuiu com este trabalho, pela amizade, determinação e compromisso.

Aos participantes deste estudo por aceitarem compartilhar suas experiências. A todos que, direta ou indiretamente, compartilharam e contribuíram para o meu amadurecimento e crescimento durante o processo de aprendizado.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida (QV) de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide (AR) em acompanhamento no ambulatório de especialidade de reumatologia de um hospital escola. A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Especialidade da Faculdade de Medicina de Marília- SP. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. A amostra foi constituída por 98 pacientes divididos em dois grupos, adultos e idosos com diagnóstico de AR. Os instrumentos aplicados foram o *Medical Outcomes Study-36 Short Form* (SF-36), o *Disease Activity Score 28* (DAS-28), o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), a escala de depressão de Beck (BDI), e o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6). A análise dos dados foi feita por estatística descritiva, teste t e teste de regressão linear, sendo adotado nível de significância de $p < 0,05$. Como resultado, no SF-36, os grupos apresentaram o domínio dor como o mais comprometido e o domínio aspectos emocionais como menos comprometido. Ambos os grupos apresentaram nível moderado de atividade da doença, e deficiência leve. Os idosos apresentaram sinais de depressão leve e os adultos ausência de sintomas depressivos. No test t, com exceção do TC6, a diferença entre os grupos não foi significativa. Na regressão linear, houve correlação entre o TC6 e o aumento da idade, sendo que os idosos apresentaram piores médias em relação aos adultos. A QV e a capacidade funcional na AR mostraram-se afetadas tanto nos indivíduos adultos quanto nos idosos, porém, os resultados mostraram que não há diferença na QV entre os grupos e que há correlação entre aumento da idade e a diminuição da distância percorrida no TC6. Sugere-se que, na implementação de ações que objetivem melhorar a QV do idoso e do adulto com AR, sejam consideradas as magnitudes e as diferenças de cada grupo sobre o que eles mesmos valorizam na busca de seu bem estar.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Artrite reumatoide. Idoso.

ABSTRACT

This study aims analyze quality of life (QoL) in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis (RA) in attending the outpatient rheumatology specialist at a teaching hospital. The data collection was performed at the Outpatient Specialty School of Medicine of Marília-SP. It is a cross sectional study, quantitative. The sample was composed of 98 patients divided in two groups, adults and elderly diagnosed with RA. The instruments used were the Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36), the Disease Activity Score 28 (DAS-28), the Assesment Health Questionnaire (HAQ), the Beck Depression Scale (BDI), and the Walk Test 6 minutes (WT6M). The data analysis was made by descriptive statistics, t test and linear regression analysis, with the level of significance $p < 0.05$. As a result, in the SF-36, the groups presented the pain domain as the most committed and emotional aspects domain as less committed. Both showed moderate level of disease activity, and mild disability measured by HAQ. The elderly showed signs of mild depression and the adults lack depressive symptoms. In the t test, except in the WT6M, the difference between groups was not significant. In linear regression correlation between WT6M and increasing age, in which the elderly showed lower averages for the adults. QOL and functional capacity in RA showed affected both in adults and in the elderly, however, the results showed no difference in QOL between the groups and there is a correlation with increasing age and decreasing the distance walked in the WT6M. It is suggested that, in the implementation of actions that aim to improve the QOL of the elderly and adults with RA, are considered the magnitudes and differences of each group about what they themselves value in the search for their welfare.

Keywords: Quality of life. Arthritis rheumatoid. Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Comparação entre os grupos com a utilização do DAS-28	28
Gráfico 2 - Diferença entre os grupos no SF-36.....	29
Gráfico 3 - Diferença entre os grupos no BDI.....	31
Gráfico 4 - Diferença entre os grupos no HAQ.....	32
Gráfico 5 - Diferença entre os grupos no TC 6 minutos	33
Gráfico 6 - Curva de dispersão mostrando a correlação entre o aumento da idade e o desempenho no TC6	34
Gráfico 7 - Comparação entre as médias do SF-36 entre idosos com AR de nosso estudo e idosos saudáveis no estudo de Lima et al	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade, duração da doença e número de comorbidades	26
Tabela 2- Características sociodemográficas (%)	27
Tabela 3- Atividade da doença segundo o DAS-28	28
Tabela 4- Qualidade de vida segundo as dimensões do SF-36.....	30
Tabela 5- Questão comparativa do estado de saúde atual e a de um ano atrás no SF-36.....	30
Tabela 6- Inventário de depressão de Beck	31
Tabela 7- Health Assessment Questionnaire (HAQ).....	32
Tabela 8- Teste de caminhada de 6 minutos (TC6).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AIMS	<i>Arthritis Impact Measurement Scales</i>
AR	Artrite Reumatoide
AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CF	Capacidade Funcional
DP	Desvio- Padrão
Das-28	<i>Disease Activity Score</i>
EGS	Estado Geral de Saúde
<i>EQ-5D</i>	<i>EuroQol</i>
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HRQol	<i>Heath-related quality of life</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SF-36	<i>Medical Outcomes Study-36 Short Form</i>
NTI	Núcleo Técnico de Informação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OA	Osteoartrite
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SM	Saúde Mental
SJC	<i>Swollen Joints Count</i>
TJC	<i>Tender Joints Count</i>
TC6	Teste de Caminhada de 6 minutos
VHS	Velocidade de Hemossedimentação
VIT	Vitalidade
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Envelhecimento	12
1.2 Qualidade de vida	13
1.3 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	14
1.4 Artrite reumatoide.....	16
1.5 Qualidade de vida de idosos com artrite reumatoide.....	17
2 OBJETIVO	19
2.1 Objetivos específicos.....	19
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
3.1 Local de estudo.....	19
3.2 Tipo de estudo	20
3.3 População de estudo	20
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	20
3.4 Coleta de dados.....	21
3.4.1 Operalização da coleta de dados.....	21
3.5 Instrumentos de avaliação	22
3.5.1 Medical Outcomes Study 36- Short Form (SF-36)	22
3.5.2 Health Assessment Questionnaire (HAQ).....	23
3.5.3 Disease Activity Score 28 (DAS 28).....	24
3.5.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	24
3.5.5 Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6).....	25
3.6 Análise dos dados	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE	48
ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

A realização deste estudo surgiu da oportunidade que tive em conviver diariamente com pessoas idosas, cuja maioria apresentava doenças crônicas e degenerativas, bem como da minha atuação como enfermeira em uma Instituição de longa permanência para idosos e, atualmente, em um hospital na área de clínica médica. No convívio com esses pacientes, foi possível perceber aspectos importantes sobre as condições de suas vidas, as dificuldades enfrentadas no cotidiano advindas com o envelhecimento e com as doenças crônicas.

Dentre as doenças crônicas, chama-me atenção em especial a artrite reumatoide (AR), patologia que pode afetar todas as faixas etárias, mas principalmente a dos idosos. O tema vem, então, provocando inquietações, principalmente relacionadas à qualidade de vida (QV) destes pacientes, pois as experiências obtidas em meu cotidiano de trabalho mostram a importância de conhecê-la a fim de focalizar aspectos relevantes para o embasamento do tratamento dessas pessoas, focando os aspectos mais comprometidos.

O envelhecimento é um processo natural, que se dá por meio de mudanças físicas, psíquicas e sociais, acometendo de forma particular a vida de cada indivíduo. No Brasil, infelizmente, os idosos são, muitas vezes, excluídos da sociedade por serem considerados incapazes e improdutivos, acarretando seu afastamento do meio social, da família e do mercado de trabalho.

Esta situação vem ganhando importância à medida que os líderes governamentais começam a se preocupar em promover um envelhecimento populacional saudável, demonstrando interesse em construir programas e estabelecer leis que protejam os idosos. Vale ressaltar, porém, de que nada adiantam leis e programas se não houver condições para a sua execução, bem como supervisão e aconselhamento executados por profissionais qualificados.

Em vista do exposto, me propus a pesquisar a QV de indivíduos adultos e idosos com doenças crônicas degenerativas, mais especificamente, com AR. Procurou-se valorizar a opinião dos próprios pacientes sobre sua QV, dificuldades do dia a dia, e sobre como enfrentam a doença a fim de poder colaborar para um tratamento mais eficaz e consequente melhora da QV destes indivíduos.

A finalidade desta pesquisa é, então, contribuir com argumentos científicos para fundamentar possíveis intervenções de profissionais da saúde, subsidiando a construção de projetos de intervenção que propiciem melhor QV a estes doentes, sejam idosos ou não.

1.1 Envelhecimento

O Brasil vem passando por mudanças significativas na pirâmide populacional nas últimas décadas, como redução da taxa de fecundidade, menores taxas de mortalidade, aumento nas taxas de urbanização e diminuição do ritmo de crescimento, indicando envelhecimento e menor participação de crianças e adolescentes no conjunto geral.¹⁻²

O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.³

Estima-se que, em 2025, os idosos representarão 15% da população brasileira total, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas⁴, o que representa um desafio para a nossa sociedade, pois ainda são necessárias maiores informações sobre envelhecimento populacional e particularidades da saúde do idoso para a adequada promoção do envelhecimento saudável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo a partir dos 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, a política nacional do idoso entende como idosa a pessoa maior de 60 anos de idade⁵. Os idosos diferem dos jovens e também entre si nos extremos de idade, em virtude de seus valores e história de vida. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80.⁶

O envelhecimento da população tem trazido desafios de diversas dimensões, cujo enfrentamento depende do suporte familiar ou social, da assistência por profissionais qualificados e do respaldo de leis e políticas públicas.

A lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003⁷, que dispõe sobre o Estatuto do idoso, e a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994⁸, designada Política Nacional do Idoso constituem um paradigma em termos de políticas públicas, traduzindo em apoio e favorecimento da inserção do idoso no contexto social, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Embora as leis existam, não têm sido eficientemente aplicadas. Isso se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo. Para que esta situação se modifique, são necessários contínuos debates, reivindicações em todos os espaços possíveis, pois somente a mobilização permanente da sociedade pode ser capaz de configurar um novo olhar sobre o processo de envelhecimento.

1.2 Qualidade de vida

Há indícios de que o termo QV tenha aparecido pela primeira vez na literatura médica na década de 30 em um levantamento de estudos que tinha por objetivo a sua definição e que fazia referência à avaliação da qualidade de vida.⁹⁻¹⁰ Por alguns anos o termo foi esquecido e reapareceu com mais força quando o presidente dos Estados Unidos, na época, Lyndon Johnson, declarou que “O bem-estar da população não pode ser medido pelo balanço dos bancos, e sim pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.¹¹

O desenvolvimento da tecnologia na área da saúde tem trazido como consequência certa desumanização dos profissionais, acentuando ainda mais a preocupação com o conceito de QV, visto ser necessário valorizar conceitos mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida. É preciso eliminar ou minimizar a visão medicalizada, bioestatística e economicista relacionada ao conceito da QV.^{9,10,12}

Atualmente, o termo QV vem sendo cada vez mais utilizado em pesquisas relacionadas à saúde, ficando evidente o amadurecimento do conceito, pois o que era considerado “boa vida” incluía melhoria das condições materiais e de subsistência com ênfase na aquisição de bens. Aos poucos, a QV foi sendo incorporada às políticas sociais, e o conceito passou a envolver aspectos relacionados à saúde física, ao estado psicológico, ao nível de independência, às relações sociais, às crenças pessoais e à relação com o meio ambiente.¹³ Apesar de ser um tema bastante utilizado em diversas áreas, não há um consenso quanto à conceituação da QV, faltando clareza e consistência ao termo.¹⁴⁻¹⁵

As inúmeras conceituações para QV podem ser explicadas devido ao termo ter significados diferentes para cada pessoa e variar de acordo com a época, país, cultura e classes sociais, sendo portanto um termo em construção social e cultural.¹²

Apesar das divergências no que se refere à conceituação, há dois aspectos em comum entre as diversas opiniões: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde em cada uma das dimensões relacionadas à QV. A multidimensionalidade está representada pela variedade de domínios abordados pelos instrumentos mais abrangentes na avaliação do indivíduo, por exemplo, seus aspectos físicos, sociais, psicológicos e ambientais.^{9,11,16}

Sendo assim, a OMS¹⁷ definiu qualidade de vida 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*”. Bowling¹⁸, ao rever os conceitos sobre QV, conclui ser um conceito amorfo, utilizado por muitas disciplinas,

vago e multidimensional, incorporando, teoricamente, todos os aspectos da vida humana.

Duas tendências, quanto à conceituação do termo na área de saúde, podem ser identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS ou HRQoL- do inglês *health-related quality of life*). O termo qualidade de vida, em geral, apresenta um sentido mais amplo sem fazer referência a disfunções ou agravos, visto que a QV pode ser influenciada por diversos fatores e não somente pela saúde¹¹ e QVRS, que abrange aspectos mais diretamente associados às doenças, refere-se ao impacto da saúde sobre a habilidade funcional de um indivíduo interferindo nos domínios físico, mental e social da vida¹⁸.

Atualmente, os pesquisadores da área e órgãos relacionados têm-se esforçado para empregar informações sobre QV como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos e doenças. Portanto, a melhoria da QV deve ser considerada como um desfecho a ser obtido após práticas assistenciais, e como ferramenta para elaboração de políticas públicas nas ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, levando em conta o contexto cultural, social e histórico dos indivíduos.^{9,12}

A avaliação da QV incorpora-se no cotidiano dos serviços de saúde à medida que influencia nas decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde, podendo ser empregada em relação ao impacto físico e psicossocial que as enfermidades ou incapacidades podem acarretar para as pessoas, o que permite melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição.¹⁹

Partindo do princípio de que a QV envolve um conceito individual e dinâmico, que tem a intenção de descrever as respostas frente às situações de saúde e de doença, o seu estudo implica a avaliação e a intervenção dos fatores que contribuem para o bem-estar e felicidade dos indivíduos.

1.3 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Em conjunto com o crescente interesse pela conceituação da QV, há necessidade de construção de instrumentos que avaliem a QV dos pacientes com doenças crônicas ou outras comorbidades, com o intuito de possibilitar uma análise de situação da saúde e manifestações da doença na vida do indivíduo a partir de sua própria perspectiva, complementando dados clínicos e objetivos.

Fazer uso do termo QV implica em um processo de avaliação de como se vive e, conseqüentemente, do contexto em que se processa este viver. Envolve a avaliação dos seus

componentes sob a ótica do usuário dos serviços (cliente, família e comunidade) e sob a ótica profissional, permeada pelos significados atribuídos coletivamente à QV, no tempo e no espaço.¹¹

Atualmente, recomenda-se a utilização dos questionários de QV para acompanhamento da eficácia terapêutica e do impacto da doença na vida das pessoas, fornecendo medidas quantitativas que podem originar instrumentos mensuráveis, apresentando um menor componente de subjetividade. Estes instrumentos traduzem a vivência individual a partir de uma perspectiva biopsicossocial, proporcionando uma visão global da experiência do paciente em relação a seus problemas de saúde, no que concerne à função física, emocional, social e dor.^{15, 20-22}

Os exames laboratoriais, radiológicos e a avaliação clínica, se constituem como medidas tradicionais de desfecho em saúde, que são de inegável importância. Entretanto, podem ser insuficientes quando utilizadas sozinhas, podendo ser complementadas por avaliações focadas no doente, e que visem a redução do impacto da doença na vida do paciente. A avaliação da QV se configura como uma dessas avaliações, possui em sua singularidade o caráter complementar às medidas tradicionais, uma vez que trabalham de forma paralelas e se convergem para o bem estar do paciente.¹³

Os instrumentos de avaliação de QV podem ser classificados como genéricos e específicos para determinadas doenças.

Os questionários genéricos, mais comumente utilizados, avaliam de forma global os aspectos mais importantes relacionados à QV dos pacientes, dentre eles está o *Medical Outcomes Study (SF-36) Health Survey*, o *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)* e o *EuroQol (EQ-5D)*. Nesses questionários, os conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permitem comparações entre a população normal ou com determinada patologia, diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos.^{11,15}

Os questionários específicos implicam aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde¹¹. Dentre os específicos para artrite reumatoide, encontram-se o HAQ (*Stanford Health Assessment Questionnaire*) e o AIMS (*Arthritis Impact Measurement Scales*).²³⁻²⁴

Embora os instrumentos de avaliação sejam inúmeros, ainda há necessidade de se estabelecer uma rotina de avaliação de QV, o que inclui demonstrar a utilidade desses instrumentos para aprimorar diagnósticos e para avaliações de tratamentos.

1.4 Artrite reumatoide

A AR é uma doença inflamatória, crônica, autoimune, sistêmica e progressiva, com etiologia ainda desconhecida, que causa danos no sistema musculoesquelético, podendo levar à dor, a deformidades e até mesmo à destruição óssea e cartilaginosa irreversível.²⁵⁻²⁷

As principais características da AR envolvem o acometimento simétrico das pequenas e grandes articulações, apresenta um caráter aditivo ou cumulativo, acometendo progressivamente novas articulações sem deixar de inflamar as anteriores. A queixa clínica envolve dor, calor, rigidez matinal e, eventualmente, rubor.²⁶

Manifestações extra-articulares também são observadas na AR, acometendo 50% dos pacientes. As mais comuns são os nódulos reumatóides, resultantes de vasculite de pequenos vasos e consequente necrose; a Síndrome de Sjögren, que acomete glândulas salivares e lacrimais; e complicações cardíacas e infecções associadas a altos índices de mortalidade entre os pacientes com AR. Com o avanço de novas opções terapêuticas, porém, essa perspectiva tende a melhorar.²⁷⁻²⁸

Além dos problemas relacionados à dor e à inflamação, os pacientes com AR também são acometidos por problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Estudos demonstram que a evolução da AR está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade e da depressão, com uma prevalência de 13 a 47%, sendo que esses transtornos são 3 vezes mais prevalentes em portadores de AR.²⁸⁻²⁹

A AR atinge aproximadamente 0,5% a 1% da população mundial e predomina de duas a três vezes mais no sexo feminino em relação ao sexo masculino. Apesar de acometer todas as faixas etárias, afeta com mais prevalência aqueles entre 40 e 60 anos.²⁵⁻²⁶

De acordo com Mota et al²⁵, no Brasil, foi encontrada a prevalência de até 1% na população adulta, estimando-se em 1.300.000 o número de pessoas acometidas. Os pacientes com AR apresentam deficiência funcional importante e têm 3 vezes mais risco de mortalidade em comparação com os da população geral³⁰, sendo sua expectativa de vida reduzida em uma proporção de 3 a 18 anos.²⁷ Além disso, aproximadamente 50% dos indivíduos com AR ficam impossibilitados de trabalhar por volta de 10 anos a partir do início da doença.²⁷

A AR tem sido apontada como causa importante na redução da produtividade e da QV dos pacientes, acarretando altos custos para o indivíduo e para a sociedade.^{25,26,31} Esses custos podem ser classificados como diretos, como gastos com medicamentos, despesas médicas e hospitalares, e indiretos como perda da produtividade no emprego, absenteísmo e pagamento de aposentadoria por invalidez.^{26,31}

De acordo com Lee et al³¹, o custo da AR é influenciado pela gravidade funcional, ou seja, quanto maior a gravidade da doença maior o custo, ficando claro que a prevenção do agravamento da doença é crucial para diminuição dos gastos.

Atualmente o tratamento da AR consiste em um conjunto de medidas que envolvem a educação do paciente, terapias psico-ocupacionais e terapia medicamentosa.²⁶⁻²⁷ Como objetivo principal do tratamento da AR é a melhora da QV do paciente, deve-se priorizar a prevenção, o controle da lesão articular e da perda de função, além da diminuição da dor. Em vista disso, o tratamento deve ser constantemente reavaliado como um processo contínuo e complexo, a partir do resultado de avaliações de QV, de capacidade funcional, do índice de atividade da doença e investigação de manifestações extra-articulares.^{20,27}

1.5 Qualidade de vida de idosos com artrite reumatoide

O processo de envelhecimento e a longevidade afetam diretamente a QV das pessoas, com importantes consequências para as dimensões física, psíquica e social.³²⁻³³ Apesar de ser desejada por muitos, a longevidade pode ser marcada por incapacidades e dependência, sem garantia de uma vida com boa qualidade. O grande desafio da longevidade, portanto, é manter uma boa QV.³⁴⁻³⁵

A dimensão “saúde” tem importância fundamental para a QV dos idosos, razão pela qual a avaliação da QV deste grupo se tornou parte importante da pesquisa na área, juntamente com o crescente interesse pelo tema da longevidade e da transição demográfica.³⁶

Um estudo multicêntrico realizado no sudeste brasileiro, com o objetivo de avaliar a QV de idosos segundo fatores demográficos e sócioeconômicos, utilizando o questionário SF-36, mostrou que os aspectos mais afetados nos idosos foram a vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. Obtiveram maior pontuação os que envolvem dados emocionais, sociais e físicos.³³ Os resultados apontam a necessidade de os programas de saúde levarem em conta a multidimensionalidade da saúde e priorizarem os aspectos mais comprometidos da QV e os grupos mais vulneráveis.

Em consequência da transição demográfica, houve também a chamada transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas no lugar das doenças infecciosas como causas de morbimortalidade.³⁷ A AR se configura como uma dessas doenças e afeta 4,5% da população na faixa etária de 55 a 75 anos.³⁸ Com o crescimento da população acima dos 60 anos, o impacto da AR nesse grupo se torna cada vez mais importante e deverá aumentar drasticamente.

Pesquisas mostram que pacientes com AR têm uma baixa QV comparados aos que não possuem a doença. Esses estudos focam indivíduos adultos sem, no entanto, especificar ou classificar a idade. Neles a QV aparece afetada nos componentes físico e mental, revelando pior QV aqueles que apresentam doença muito ativa, maior dor e deficiência funcional.^{23,39-47}

Por meio de uma revisão na literatura, é possível encontrar um estudo específico que avalia a QV de idosos, comparando aqueles com AR, osteoartrite (OA) e um grupo controle (sem o diagnóstico das respectivas doenças). Como resultado, foi possível encontrar que aqueles com AR e OA tiveram pontuações menores no questionário de QV em relação ao grupo controle, no que diz respeito à saúde geral, saúde física, saúde mental, dor, sono e energia. As pontuações também foram menores para aqueles com AR em relação à OA, confirmando que os que possuem AR têm pior QV comparados aos que apresentam OA. Entre os indivíduos com AR, a idade, a residência em instituições de longa permanência para idosos e maior número de comorbidades foram significativamente relacionadas com pior QV.⁴⁸

Em contrapartida, há estudos que não confirmam a associação entre idade e pior QV. Um estudo que objetivou avaliar a QV de pacientes com AR na Índia apresenta como resultado, que idade, sexo, duração da doença, escolaridade, fator reumatoide positivo, erosões e deformidades não influenciam a QV⁴³, confrontando esse resultado com o de pesquisas que afirmam a associação entre o avanço da idade e diminuição da QV. Outra pesquisa, realizada por Maués et. al³⁷, com o objetivo de avaliar e comparar a QV de idosos jovens (60-70 anos) e muito idosos (80 ou mais), mostrou que a QV parece não decair com a idade, tal estudo, porém, não é específico para idosos com AR.

Em uma revisão de literatura realizada por Jakobsson e Hallberg⁴⁹, sobre a QV de pacientes com AR e OA, não foram encontradas pesquisas que envolvessem apenas pessoas de 75 anos ou mais. O estudo mostra a inconsistência quanto à relação QV e idade, mas indica que pacientes com AR/OA têm baixa QV comparada aos que não possuem a doença. As pesquisas inclusas na revisão tinham baixa representação de pessoas com mais de 75 anos e nenhuma focou somente esta faixa etária, mostrando que não há conclusões a respeito de dor e QV para idosos, sendo uma área importante para futuras pesquisas.

Fica perceptível uma inconsistência quanto à relação QV e idade, o que nos leva a acreditar que pesquisas sobre dor, capacidade funcional e QV, focando especialmente os idosos e os muito idosos com AR, ainda são necessárias. Se o estudo da QV tem mostrado sua importância em vários segmentos, ele se revela também importante na avaliação da população

idosa. Decidimos, então, buscar resposta para a seguinte pergunta: Há diferença na QV entre adultos e idosos com AR?

Considerando a importância crescente que a QV vem recebendo como parâmetro de avaliação de resultados, condutas, tratamentos e políticas, quanto para avaliação de atendimento e serviços, e sabendo que a AR pode levar a modificações profundas na saúde e na autonomia das pessoas, especialmente num grupo vulnerável e em crescimento como os idosos, a avaliação da QV desta população merece ser considerada, supondo que os dados colhidos sirvam para melhor nortear a escolha das intervenções adotadas em programas terapêuticos para a AR, bem como para avaliar seus efeitos.

2 OBJETIVO

Avaliar a QV de pacientes adultos e idosos com AR em acompanhamento no ambulatório de especialidade de reumatologia de um hospital escola.

2.1 Objetivos específicos

- Verificar o perfil sociodemográfico dos pacientes com AR atendidos no ambulatório Mario Covas.
- Comparar os resultados dos questionários SF-36, HAQ, DAS-28, BDI, TC6, entre adultos e idosos com AR.
- Verificar se há correlação entre o aumento da idade e a QV, a capacidade funcional e a depressão nos grupos de pacientes adultos e idosos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Local do estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Marília-SP, no ambulatório de Especialidades Governador Mário Covas, pertencente à Faculdade de Medicina de Marília (Famema). O Ambulatório Mário Covas está em funcionamento desde outubro de 1999 para atendimento especializado de clínica cirúrgica e médica, ortopedia e traumatologia. Sua abertura deu-se para atender à demanda de atenção secundária em Marília e em toda a região. Administrativamente, esse ambulatório está subordinado ao Hospital das Clínicas Unidade I,

com abrangência territorial de 62 municípios e populacional aproximadamente de 1077.491 habitantes, chegando a uma média anual de 23.227 atendimentos.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter transversal com abordagem quantitativa. No estudo transversal, todas as medições são feitas em um único momento, sem o período de acompanhamento. Examinam-se as distribuições das variáveis dentro de uma amostra⁵⁰. A pesquisa quantitativa se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados, atuando em níveis de realidade com o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.⁵¹

3.3 População do estudo

A amostra foi selecionada por conveniência, por meio de uma lista solicitada ao Núcleo técnico de informação (NTI) da Faculdade de Medicina de Marília, incluindo todos os pacientes cadastrados na agenda de reumatologia do ambulatório de especialidades com o diagnóstico de AR. Esta lista totaliza 586 pacientes.

As perdas encontradas no recrutamento dos pacientes por telefone os quais não tinham retorno agendado, foram as seguintes: acompanhamento com outro médico, recusa, óbitos, e diagnóstico incerto. Motivo pelo qual chegamos ao número de 98 pacientes. Apenas 3 pacientes atendiam aos critérios de exclusão, sendo 2 cadeirantes e 1 deficiente auditivo.

Sendo assim, a amostra do estudo foi composta por adultos e idosos com diagnóstico de AR, em acompanhamento no ambulatório na especialidade de reumatologia da FAMEMA, totalizando 98 pacientes, sendo 37 idosos e 61 adultos.

Vale ressaltar que foram considerados idosos os indivíduos com 60 anos ou mais, segundo a classificação de idoso da OMS para países em desenvolvimento.

Consideramos adultos aqueles entre 18 e 59 anos.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os sujeitos envolvidos neste estudo compreendem idosos e adultos com diagnóstico de AR confirmado após avaliação médica pelos Critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1987 para classificação de AR (ANEXO A) ou pelos Critérios

Classificatórios para AR de 2010 ACR/EULAR (European League Against Rheumatism)²⁵ (ANEXO B). Como os pacientes atendidos no referido ambulatório são encaminhamentos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), não foram enquadrados em nossa amostra pacientes de origem de atendimento particular. Foram incluídos apenas pacientes usuários do SUS, de ambos os sexos e em condições de estado de saúde de participar do estudo, incluindo capacidade cognitiva e física. Foram excluídos os pacientes que apresentaram algum tipo de déficit de compreensão que limitasse a entrevista, como, por exemplo, aqueles com deficiência auditiva ou visual e com dificuldade de locomoção, que usam cadeiras de rodas.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi feita por um médico reumatologista e pela pesquisadora juntamente com duas colaboradoras, sendo uma ingressante do mestrado acadêmico e outra graduanda do 4º ano de enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília.

Os dados foram coletados por um período de 8 meses, de agosto de 2012 a abril de 2013, com a periodicidade de uma vez na semana.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da FAMEMA, protocolo nº 477/12 (ANEXO C).

Como já mencionado anteriormente, o recrutamento dos pacientes foi realizado com o auxílio de uma lista solicitada ao NTI, constando todos os pacientes cadastrados na agenda da reumatologia com diagnóstico de AR. Posteriormente, foi feito contato via telefone com os pacientes que não tinham consulta marcada ou retorno nos 6 meses seguintes, agendando uma consulta com o médico reumatologista e explicando brevemente sobre a pesquisa. Também fizeram parte da amostra aqueles que vinham em consulta de retorno com o médico reumatologista.

Durante a consulta, os pacientes foram avaliados pelo médico para confirmação do diagnóstico de AR ou reavaliação de retorno, ocasião em que foram feitas as mensurações de atividade da doença. Após a consulta médica, os pacientes que se enquadravam aos interesses da pesquisa foram encaminhados para uma pós consulta com a pesquisadora, com o intuito de esclarecer o objetivo do estudo para ser iniciada a coleta dos dados. Uma vez obtendo a compreensão e aceitação do paciente em participar, foi assinado um termo de livre esclarecimento e consentimento, atendendo aos princípios éticos legais (ANEXO D).

Após o consentimento, os pacientes que não tinham resultados de exames recentes foram submetidos a uma coleta de sangue para obtenção da velocidade de hemossedimentação (VHS), item necessário para a avaliação da atividade da doença. Em seguida, foram entrevistados pela pesquisadora, envolvendo o levantamento de dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A) e responderam às questões propostas nos instrumentos de avaliação de QV e capacidade funcional. Os questionários não foram autoaplicáveis, a fim de que todos pudessem ser incluídos na pesquisa, inclusive os que não sabiam ler e escrever. As entrevistas e teste físico foram aplicados pela pesquisadora juntamente com duas colaboradoras.

Todas as avaliações foram realizadas no Ambulatório Mário Covas da FAMEMA e a análise bioquímica do sangue foi realizada no Hemocentro de Marília.

O teste de caminhada de 6 minutos (TC6) foi realizado em local plano com um percurso de 30 metros. O paciente recebia uma clara explicação do procedimento do teste, sendo orientado a caminhar em ritmo próprio e rápido, porém, sem correr. Caso houvesse necessidade, poderia parar e descansar. A pressão arterial e a frequência cardíaca eram verificadas antes e após o teste. Ao final, anotava-se o número de voltas dadas a fim de calcular a distância percorrida em metros.

3.5 Instrumentos de avaliação

Para atender ao objetivo do estudo, optamos por alguns instrumentos de avaliação para que os dados obtidos pudessem nos dar mais e melhores informações sobre a QV dos pacientes. Desta forma, os resultados apontados, mediante a aplicação destes instrumentos, subsidiaram a discussão com mais propriedade. Os instrumentos selecionados e aplicados durante a coleta de dados estão descritos a seguir.

3.5.1 Medical Outcomes Study 36- Short Form (SF-36)

É um instrumento genérico de avaliação de QV que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde. Não é específico para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento. Foi validado por Ciconelli em 1997 e tem sido amplamente utilizado em pesquisas clínicas.⁵²⁻⁵⁴

Trata-se de um questionário de fácil administração e compreensão, pode ser autoadministrável ou ser aplicado pelo entrevistador, levando em torno de 15 minutos para ser completado.^{23,52,54}

Contém 36 itens, englobados em oito componentes: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (DOR), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VIT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM), e uma questão de avaliação que permite comparar a condição de saúde atual à de um ano atrás, e que não se engloba nos domínios.

É possível analisar os resultados do SF-36, agrupando as dimensões em dois componentes: físico e mental. Trata-se de um agrupamento interessante, bastante usado em pesquisas realizadas no exterior, mas que não utilizamos em nosso estudo, pois exige dados representativos da população geral do país, dados estes que desconhecemos. Além disso, partimos de um princípio de que o SF-36 é um questionário multidimensional, sendo assim, não achamos desejável que um instrumento que mensure a QV tenha um único escore, mas sim que sua medida seja feita por meio de vários domínios.

Embora não tenhamos calculado os componentes (físico e mental), utilizamos a informação de que o componente físico é constituído de algumas dimensões, como capacidade funcional, aspectos físicos e dor, enquanto o componente mental envolve os aspectos sociais, emocionais e saúde mental. As dimensões estado geral de saúde e vitalidade pertencem aos dois componentes.

Como resultado, o SF-36 apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, sendo cada dimensão analisada em separado.

Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não serem identificados os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo subestimá-los (ANEXO E).

3.5.2 Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Questionário específico indicado para avaliar indivíduos com AR quanto à capacidade funcional. É composto por 20 questões sobre atividades do dia-a-dia, agrupadas em 8 categorias, identificando-se o nível de dificuldade para realizar tais atividades assim como a necessidade ou não de assistência para realizá-las.^{23,55} Para cada uma das categorias, o

paciente atribui o grau de dificuldade que vai de “nenhuma dificuldade= 0” até “incapaz de fazê-lo= 3”. A pontuação final do HAQ corresponde à média das pontuações das 8 categorias. Os resultados de 0 a 1 correspondem à deficiência leve; maior que 1 a 2, deficiência moderada e maior que 2 a 3, deficiência grave (ANEXO F)

3.5.3 Disease Activity Score 28 (DAS 28)

Utilizado para avaliar o nível de atividade da doença, é composto por 4 variáveis: VHS, número de articulações dolorosas (*TJC- tender joints count*), número de articulações inflamadas (*SJC- swollen joints count*) entre 28 articulações e o grau de comprometimento causado pela doença, por meio de uma escala analógica visual, preenchida pelo paciente. Os resultados esperados são os seguintes: remissão ($\leq 2,6$), baixa ($\leq 3,2$), moderada ($\leq 5,1$) e alta ($> 5,1$) em relação a atividade da doença, de acordo com os critérios da American Rheumatism Association⁵⁶ (ANEXO G). O cálculo da medida do DAS-28 é realizado da seguinte forma:

$$\text{DAS-28} = 0,56 \times \sqrt{\text{TJC}} + 0,28 \times \sqrt{\text{SJC}} + 0,70 \times \text{VHS} + 0,014 \times \text{avaliação global do paciente.}$$

3.5.4 Inventário de Depressão de Beck

O BDI (Beck Depression Inventory) foi desenvolvido por Beck e colaboradores para avaliar a presença e a intensidade de depressão. O BDI discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos e vem sendo considerado referência padrão e uma das escalas autoaplicáveis mais comumente utilizadas para avaliação de depressão. É um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão.⁵⁷

Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. Na dependência da pontuação total, os escores de até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e, de 30 a 63 pontos, depressão grave (ANEXO H)

3.5.5 Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6)

O TC6, desenvolvido em 1963 por Balke, avalia a capacidade funcional e a tolerância ao exercício na doença respiratória crônica e insuficiência cardíaca, porém é usado também para avaliar a capacidade funcional em outras populações. É um teste que mede a maior distância percorrida pelo indivíduo caminhando em sua velocidade máxima durante seis minutos, sendo-lhe permitido descansar e ir ao seu próprio ritmo. Deve ser feito em um local seguro, plano, coberto, com pelo menos 30 metros e cones para indicar local das voltas, podendo ser dado estímulo verbal a cada minuto e o paciente deve ser monitorado quanto aos sinais vitais e percepção de esforço. Quanto maior a distância percorrida em seis minutos, melhor a capacidade funcional do paciente. Estudos mostram valores de referência em adultos saudáveis de 580 metros para homens e 500 metros para mulheres, sendo encontrados também valores entre 400 a 700 metros. Não foi encontrado, na literatura, um valor de referência para pacientes com AR.⁵⁸⁻⁵⁹

3.6 Análise dos dados

Foi utilizada estatística descritiva para análise das variáveis contínuas, com apresentação de medidas de tendência central e dispersão conforme natureza da distribuição das variáveis (média, desvio padrão e mínimo e máximo) para idade, tempo de doença e valores de escore dos testes.

O cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, para os quais 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. Os resultados são apresentados em uma escala de zero a 100, em que zero representa o pior estado de saúde e 100, o melhor.

As médias dos scores de QV, capacidade funcional e depressão entre os grupos de adultos e idosos foram comparadas pelo teste t student.

Os escores com valores de $p < 0.05$ foram testados para avaliar se há uma relação linear com o aumento da idade por meio da regressão linear. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS v20.

4 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, optou-se por descrevê-los em tabelas e figuras, para se obter uma melhor visualização e compreensão dos dados coletados.

Como já citado anteriormente, foram incluídos no estudo 98 pacientes, 61 adultos e 37 idosos com diagnóstico de AR, todos eles preenchendo os critérios do ACR para o diagnóstico.

Os resultados relacionados à idade, à duração da doença e às comorbidades para os dois grupos estudados estão apresentados na tabela 1.

No que se relaciona à média de idade, as referentes ao grupo adulto foram de 49 anos (DP= 8,44) e ao grupo idosos, 67,5 anos (DP= 5,6). Quando se analisou a duração média da doença, para o grupo adulto encontrou-se o tempo de 10,9 anos (DP=7,7) e para os idosos, de 15,9 anos (DP=10,5). Quanto ao número de comorbidades, os idosos obtiveram uma média de 2 comorbidades, sendo que, em sua maioria (60%), apresentam hipertensão; já para os adultos, obteve-se média de 1 comorbidade, também com predominância da hipertensão, totalizando 45%. Apesar de a hipertensão predominar nos dois grupos, também foram encontradas outras doenças: osteoporose, labirintite, bronquite, diabetes melitus, artrose, hipotireoidismo, parkson, doença de chagas, depressão e OA.

Tabela 1 - Idade, duração da doença e número de comorbidades

		Mínima	Média	Máximo	DP
Idade	Adultos	23	49,1	59	8,4
	Idosos	60	67,5	88	5,5
Duração da doença (anos)	Adultos	2	10,9	31	7,7
	Idosos	4	15,9	40	10,5
Nº de comorbidades	Adultos		1		
	Idosos		2		

Na descrição das características sociodemográficas apontadas na tabela 2, verifica-se que em ambos os grupos há predominância da raça branca e de indivíduos casados. Ao se verificar o dado relacionado ao sexo, o resultado aponta 90,2 % para os adultos e 86,5% para os idosos do sexo feminino em relação ao masculino. Já quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos adultos completou o ensino fundamental e grande parte dos idosos não estudou, o

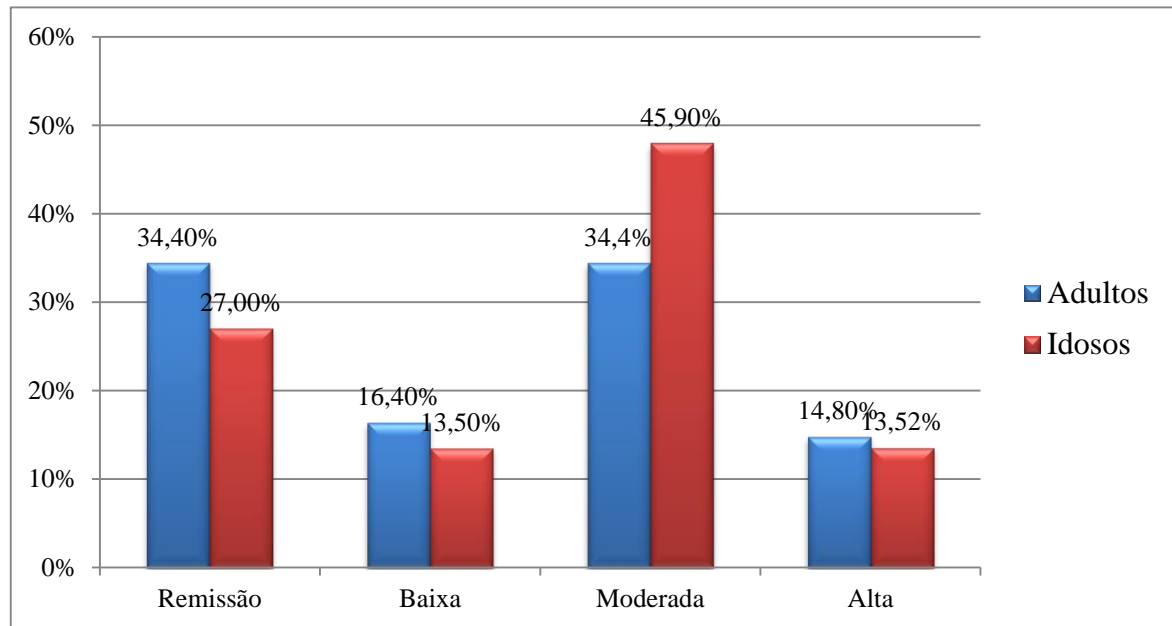
que pode ser considerado um fator limitante à compreensão no que se refere, principalmente, em responder os questionários propostos na pesquisa.

Tabela 2- Características sociodemográficas (%)

	Adultos	Idosos
Raça		
Branco	62,3	59,5
Pardo	24,6	27
Negro	13,1	13,5
Estado Civil		
Casado	55,7	64,9
Solteiro	21,3	13,5
Divorciado	9,8	10,8
Viúvo	8,2	10,8
Amasiado	4,9	0
Sexo		
Feminino	90,2	86,5
Masculino	9,8	13,5
Escolaridade		
Não estudou	11,5	46
Primário	26,2	27
Fundamental	31,1	24,3
Médio	26,3	2,7
Superior	4,9	0

Nos resultados relacionados à atividade da doença, medida pelo DAS-28, identifica-se que 34,4% dos adultos estão em remissão da doença, comparados aos 27% dos idosos. Na atividade baixa, há proximidade entre os grupos, com 16,4% dos adultos e 13,5% dos idosos. Na atividade moderada, estão 34,4% dos adultos e 45,9% dos idosos. E, na atividade grave, há 14,8% dos adultos e 13,5% dos idosos, mostrando também uma proximidade, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1- Comparação entre os grupos com a utilização do DAS-28



Ao calcular a média do DAS-28 foi constatado um resultado de 3,5 para os adultos e 3,7 para os idosos, significando que ambos estão com a doença em atividade moderada, visto que a atividade grave corresponde a um resultado maior que 5,1⁵⁶(Tabela 3).

Utilizando o teste t-student para comparar as médias entre os grupos, não se encontra diferença significativa. Nesse teste o valor de p foi de 0,559. A média, DP, mínimo, máximo e valor de p estão representados na tabela 3.

Tabela 3- Atividade da doença segundo o DAS-28

	Média	DP	Mínimo	Máximo	p
Adultos	3,5	1,4	1,7	7,5	0,559
Idosos	3,7	1,2	2,3	6,6	

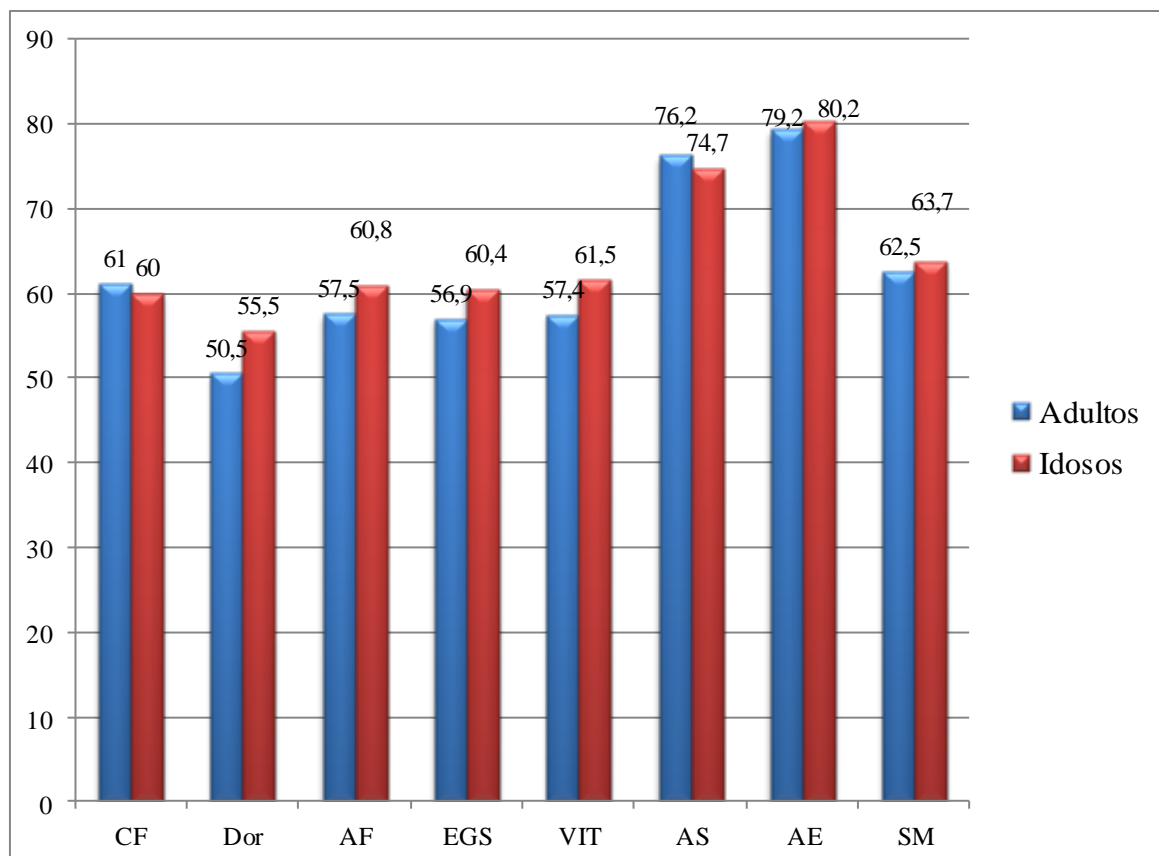
Em relação à avaliação da QV pelo questionário genérico SF-36, as médias dos escores obtidos nos oito domínios, em relação aos adultos, variaram de 50,5 a 79,2, sendo o domínio dor, o mais comprometido nesses pacientes. O domínio aspectos emocionais foi o menos comprometido. Nos idosos, as médias dos escores variaram de 55,5 a 80,2 sendo também o domínio dor o mais comprometido e aspectos emocionais, o menos comprometido.

Pôde-se verificar que os idosos apresentaram piores médias em relação aos adultos somente nos domínios: capacidade funcional, com uma média de 61 pontos para os adultos e 60, para os idosos; aspecto social, 76,2 para os adultos e 74,7 para os idosos (Figura 2).

Vale ressaltar que, em todos os domínios do instrumento houve proximidade nos resultados. Nos aspectos supracitados, entretanto, os idosos apresentaram piores médias, não necessariamente nos dando a impressão de que são somente estes aspectos que devem ser considerados no processo de avaliação

Nos outros domínios do SF-36, como dor, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos mentais e emocionais, para nossa surpresa, houve melhor resultado para os idosos. (Gráfico 2).

Gráfico 2- Diferença entre os grupos no SF-36



Ao compararmos as médias dos grupos, utilizando o teste t student, como forma de obter uma avaliação mais fidedigna, verificamos que não houve significância estatística em

todos os domínios do SF-36, ou seja, não há diferença na QV entre adultos e idosos com AR. As médias, DP, mínimo e máximo e valor de p dos grupos estão representados na tabela 4.

Tabela 4- Qualidade de vida segundo as dimensões do SF-36

Dimensões do SF-36		Média	DP	Mínimo	Máximo	p
CF	Adultos	61	25,2	5	100	0,859
	Idosos	60	28	10	100	
DOR	Adultos	50,5	25,2	10	100	0,351
	Idosos	55,5	26,2	0	100	
AF	Adultos	57,5	45,6	0	100	0,722
	Idosos	60,8	44,3	0	100	
EGS	Adultos	56,9	24,3	0	100	0,484
	Idosos	60,4	23,1	20	100	
VIT	Adultos	57,4	25,3	5	100	0,424
	Idosos	61,5	23,3	5	95	
AS	Adultos	76,2	30	25	100	0,798
	Idosos	74,7	30,1	12,5	100	
AE	Adultos	79,2	40,5	0	100	0,908
	Idosos	80,2	38,9	0	100	
SM	Adultos	62,5	23,2	12	100	0,797
	Idosos	63,7	19,9	28	96	

A segunda questão do SF-36, a qual traz uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, não está incluída nos cálculos dos domínios, sendo então analisada separadamente.

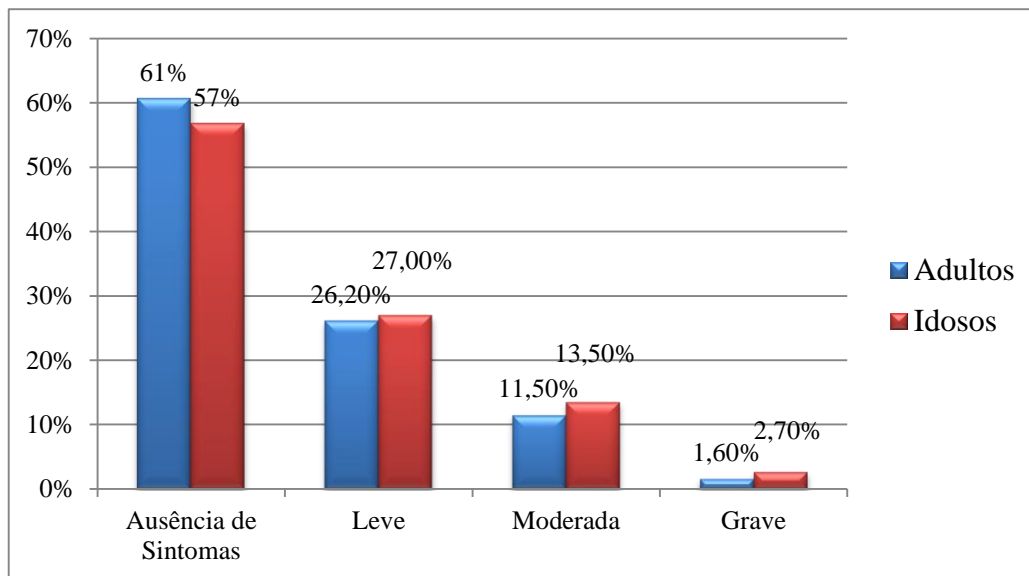
Em nossa amostra, 29,7% dos idosos relataram que sua saúde está um pouco melhor comparada a um ano atrás, e 41% dos adultos acham que estão muito melhor, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5- Questão comparativa do estado de saúde atual e a de um ano atrás no SF-36 (%)

	Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
Adultos	41	19,7	21,3	14,8	3,3
Idosos	21,6	29,7	18,9	21,6	8,1

O questionário que mensura a depressão, denominado questionário de depressão de Beck, mostrou que os idosos apresentaram média de pontuação condizente à depressão leve e os adultos, à ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos. Comparando os grupos, verificou-se que 61% dos adultos apresentam ausência de sintomas depressivos bem como 57% dos idosos. No que diz respeito à depressão leve e moderada, os dois grupos apresentaram uma porcentagem muito próxima de 26,2% e 27% e 11,5% e 13,5% apresentaram depressão moderada, para adultos e idosos respectivamente. Já os relacionados à depressão grave, uma minoria de 1,6% de adultos e 2,7% de idosos apresentaram sinais de sintomas depressivos graves, resultados estes que de certa forma podem ser considerados surpreendentes, visto que estas pessoas são portadoras de uma doença crônica degenerativa e um número considerável de comorbidades associadas (Gráfico 3).

Gráfico 3- Diferença entre os grupos no BDI



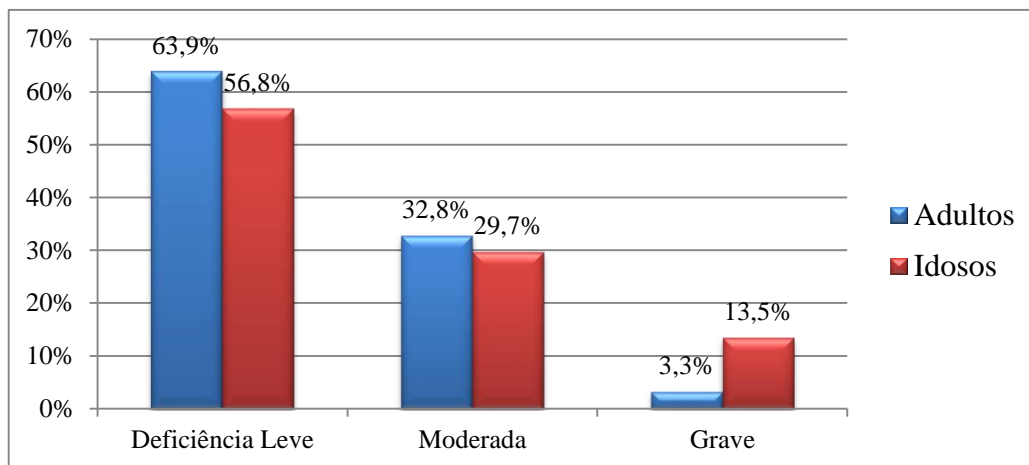
No teste *t student*, não se encontra diferença significativa entre os grupos, onde $p=0,498$ ou seja, a diferença entre adultos e idosos no que diz respeito à depressão não foi significante (Tabela 6).

Tabela 6- Inventário de depressão de Beck

	Média	DP	Mínimo	Máximo	Valor de p
Adultos	8,7	8,3	0	35	0,498
Idosos	9,9	7,9	0	30	

Pela média do HAQ, instrumento que mede a capacidade funcional sobre as atividades da vida diária, os resultados demonstraram que os dois grupos apresentam deficiência leve, sendo 63,9% dos adultos e 56,8% dos idosos; uma deficiência moderada, com 32,8% dos adultos e 29,7% dos idosos, e deficiência grave, 3,30%, dos adultos e 13,5 % dos idosos. Diante desses resultados, verifica-se que entre as atividades leves e moderadas há uma proximidade nos valores dos adultos e dos idosos, embora com uma pequena diferença de 3,1% para os adultos nas moderadas e de 7,1%, nas leves. Quanto aos resultados considerados graves, há uma inversão, passando então a haver predomínio entre os idosos, com uma diferença entre eles de 10,2% (Gráfico 4).

Gráfico 4- Diferença entre os grupos no HAQ



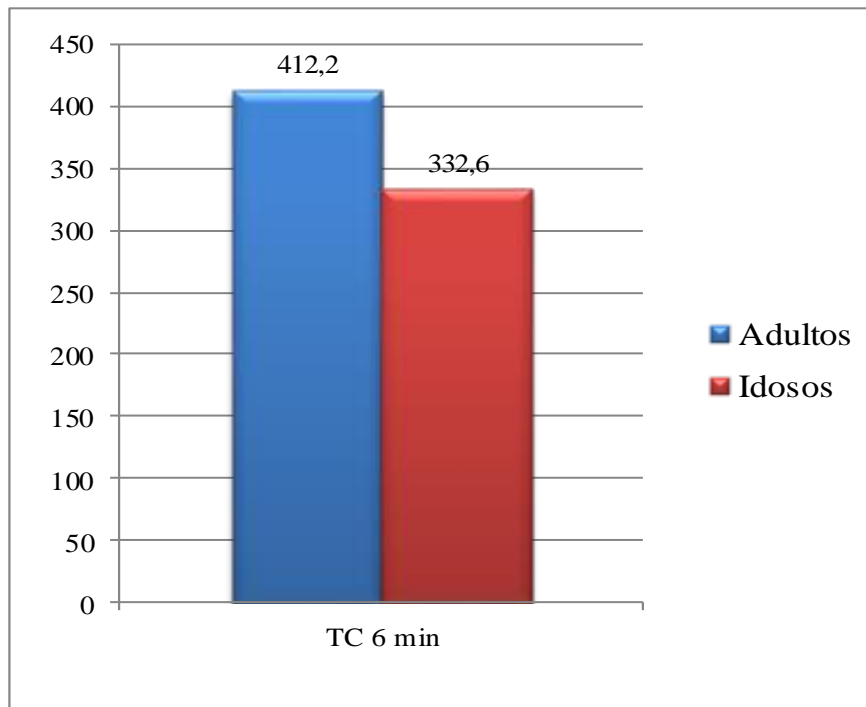
No teste *t student*, não houve diferença significativa entre os grupos adultos e idosos, com um $p=0,523$, conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7- Health Assessment Questionnaire (HAQ)

	Média	DP	Mínimo	Máximo	P
Adultos	0,84	0,74	0	3,00	0,523
Idosos	0,94	0,86	0	2,88	

No TC6, os idosos apresentaram uma média de 332,6 metros enquanto os adultos uma média de 412,2 m., sabendo que o valor de referência para adultos saudáveis é de 400 a 700 metros^{58,59}(Gráfico 5).

Gráfico 5- Diferença entre os grupos no TC6



Aplicando o teste *t student*, obteve-se uma diferença significativa entre os adultos e os idosos, onde *p* foi igual a 0,000. Na tabela 7, estão representadas as médias, DP, mínimo, máximo e valor de *p*.

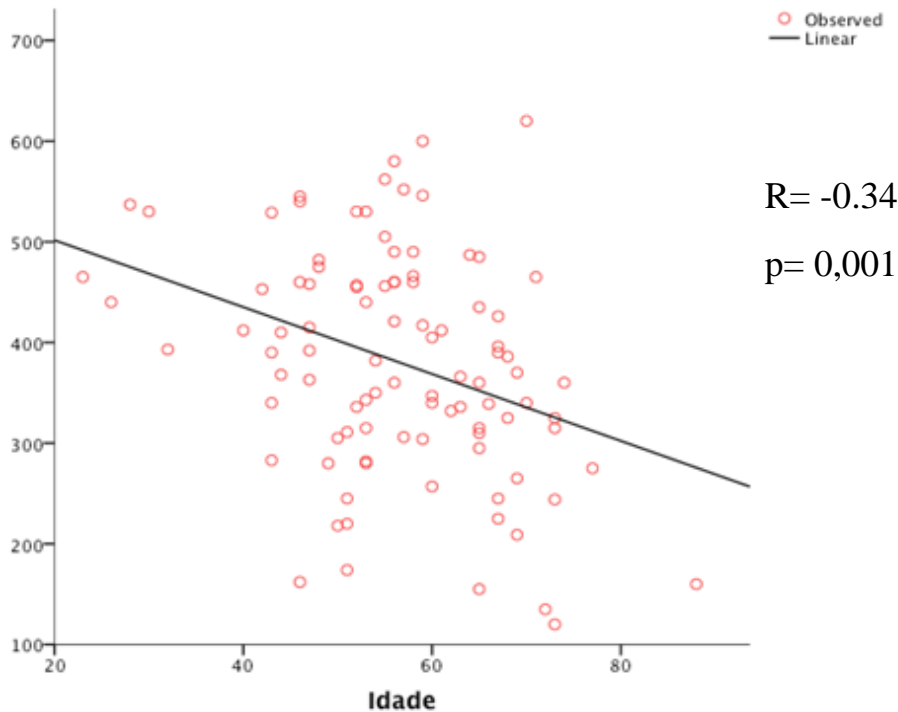
Tabela 8- Teste de caminhada de 6 minutos (TC6)

	Média	DP	Mínimo	Máximo	P
Adultos	412,2	105,6	162	600	0,000*
Idosos	332,6	104,4	120	620	

**p* < 0,05 significante

Para avaliar a influência da idade na QV e capacidade funcional, escolhemos o teste de regressão linear, em que foi encontrada correlação significativa somente com o TC6, $r = -0,34$ ($p = 0,001$). Sendo assim, pode-se considerar que quanto maior a idade menor a distância percorrida no TC6 (Gráfico 6).

Gráfico 6- Curva de dispersão mostrando a correlação entre o aumento da idade e o desempenho no TC6



5 DISCUSSÃO

Foi estudada uma amostra de pacientes com AR no intuito de avaliar a QV de pacientes adultos e idosos bem como a influência do aumento da idade na QV e capacidade funcional a fim de melhorar ou subsidiar as intervenções terapêuticas de adultos e idosos com AR.

Este estudo mostrou uma predominância do sexo feminino em ambos os grupos, o que já era esperado devido ao fato de a AR afetar preferencialmente as mulheres em uma proporção de 3:1²⁵, o que também foi demonstrado em outras pesquisas que envolvem o tema, as quais também mostram uma predominância de mulheres na amostra.^{39, 20,60,48} A prevalência de mulheres no grupo de idosos também pode ser explicada pela notável feminização do envelhecimento.⁶¹

Quanto ao tempo de duração da doença, nossa amostra apresentou uma média de 10,9 anos para os adultos e 15,8 anos para os idosos, o que chama a atenção para uma população possivelmente com dano articular irreversível. Estudos semelhantes^{42,45,52,60,62,63} analisaram amostras com média de duração de doença aproximada à encontrada neste estudo, o que possibilita que façamos comparações fidedignas.

O resultado do DAS-28, instrumento que avalia a atividade da doença, mostrou que ambos os grupos obtiveram uma média correspondente à atividade moderada, o que pode ser explicado devido aos doentes pesquisados já estarem em acompanhamento médico no ambulatório de especialidades em reumatologia.

A maioria dos estudos que analisa a avaliação da atividade da AR também utiliza amostras com doença moderada.^{60,42,43,64} Alguns trabalhos, no entanto, também utilizam amostras com doença ativa grave.^{29,39,40}

Não houve diferença significativa entre os resultados dos idosos e adultos no DAS-28, evidenciando que ser idoso não implica, necessariamente, em ter a doença em atividade grave.

No que diz respeito à QV, ambos os grupos apresentaram pior escore no domínio dor, com 50,5 para os adultos e 54,9 para os idosos.

De uma maneira geral, os adultos apresentaram piores médias nos domínios dor (50,5), estado geral de saúde (56,9), vitalidade (57,4) e aspectos físicos (57,5), e as melhores médias nos domínios emocional (79,2), social (76,2), saúde mental (62,5) e capacidade funcional (61).

Percebe-se que os domínios referentes à saúde física afetaram mais a QV dos pacientes com AR do que os domínios referentes à saúde mental. Outros estudos^{21,52} também mostram que pacientes adultos com AR apresentam baixa QV, principalmente nos domínios referentes a aspectos físicos, dor e vitalidade.

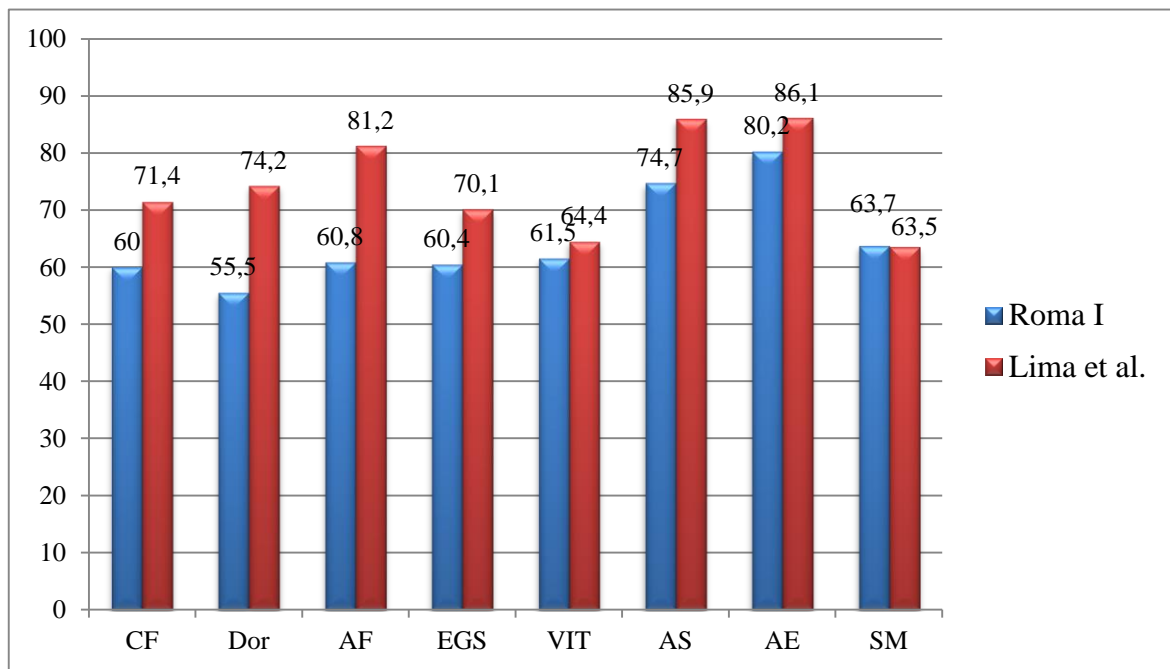
Em pesquisas que utilizam a divisão dos oito domínios em componentes físico e mental, o componente físico aparece como mais afetado em todas elas.^{40,43,47,60,64}

Quanto aos idosos, estes apresentaram piores médias no SF-36 nos domínios dor (55,5), capacidade funcional (50), aspectos físicos (60,8), e estado geral de saúde (60,4), e as melhores médias foram para os domínios emocional (80,2), social (74,7), mental (63,7) e vitalidade (61,5). Estes dados podem ser comparados com os de um estudo que avalia a QV de idosos com AR e OA, em que as piores médias envolvem saúde geral, saúde física, saúde mental, dor, sono e energia. No referido estudo, o questionário utilizado não foi o SF-36 e sim, um módulo do Centro de controle e prevenção de doenças (Center for Disease Control and Prevention- CDC).⁴⁸

Outra pesquisa, também realizada para avaliar a QV de idosos, porém sem especificações para AR ou qualquer outro tipo de doença, obteve como piores médias no SF-36 os domínios aspectos físicos, dor e estado geral de saúde⁶⁵, o que nos leva a afirmar que os aspectos relacionados ao componente físico, capacidade funcional e dor são os mais afetados no idoso com e sem AR.

No estudo de Lima et al³³, que avaliou a QV de idosos saudáveis através do SF-36, estes obtiveram médias maiores em todos os domínios do SF-36 quando se comparam com as médias dos idosos com AR de nosso estudo, com exceção do domínio referente a saúde mental no qual os idosos de nosso estudo obtiveram uma média maior. Essas diferenças podem ser visualizadas no gráfico 7.

Gráfico 7- Comparação entre as médias do SF-36 entre idosos com AR de nosso estudo e idosos saudáveis no estudo de Lima et al.



Em nosso estudo, não houve diferença significativa na QV entre adultos e idosos com AR, o que, de certa forma, surpreende, pois acreditava-se que os idosos com AR relatariam uma pior QV devido ao próprio processo de envelhecimento e às alterações advindas com ele.

No entanto, há estudos com resultados semelhantes, como uma pesquisa realizada por Khanna et al⁴¹ nos Estados Unidos que objetivou analisar o impacto da artrite autoreferida em uma população adulta. Os autores utilizaram seis questionários de avaliação de QV, dentre eles o SF-36 e obtiveram como resultado uma melhora da QV na faixa etária de 65-74 anos ao comparar os dados com os daqueles com 35-64. Surpresos, os autores esclareceram este resultado explicando que as pessoas mais saudáveis na faixa etária dos 35-64 anos podem estar muito ocupadas, ou, talvez, as pessoas menos saudáveis do grupo 65-74 podem estar muito doentes ou debilitadas para participar da pesquisa.

Há, também, pesquisas que comparam a QV entre idosos a fim de identificar se a idade influencia na QV, mesmo não sendo específicas para AR. A pesquisa de Maues et al.³⁷ mostrou uma comparação entre a QV de idosos jovens e idosos com idade mais avançada aposentados, resultando, surpreendentemente, pontuações maiores para aqueles mais velhos no que diz respeito à capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, semelhante a outro estudo com o mesmo objetivo, o qual também demonstrou que a QV parece não decair com a idade.⁶⁵

Em nossa pesquisa apesar de os idosos apresentarem piores médias em relação aos adultos nos domínios capacidade funcional e social, esta diferença não foi significativa, bem como nos outros domínios do SF-36, nos quais as pontuações foram muito próximas.

Este resultado pode ser explicado devido à enorme variabilidade do envelhecimento, o que torna a heterogeneidade dos idosos maior que a dos jovens, pois estes são mais suscetíveis a influências ambientais, além de as próprias características do envelhecimento e o contexto sócio cultural tornarem mais complicada a aferição da QV nessa faixa etária.

Devemos entender, assim como defende Haddad⁶⁶⁻⁶⁷, que o envelhecimento imprime aos indivíduos alterações naturais. Há diferença, no entanto, entre o envelhecimento fisiológico, que ocorre em razão da idade cronológica, e o patológico, que afeta até pessoas não idosas por depender principalmente de como a pessoa lida com a doença e com suas dificuldades. Alguns idosos tendem a se abster de obrigações e de seus papéis sociais e profissionais, enquanto outros adotam uma postura mais ativa, por meio de atividades físicas e de lazer, não se afastando do convívio social.

Em seu livro, Spilker⁶⁸ afirma que conclusões a respeito da QV de idosos devem ser altamente individualizadas, pois existem grandes diferenças individuais entre os idosos, mais que em qualquer outro grupo etário. São diferenças em quase todos os tipos de características, incluindo as físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socioeconômicas. O autor explica que muitos idosos podem permanecer bastante saudáveis e com boa habilidade funcional até anos tardios, mantendo suas características físicas, mentais e sociais, desde que tenha hábitos e estilos de vida saudáveis, o que traz adaptabilidade e reserva funcional suficientes para a maioria das atividades do cotidiano. Para cada pessoa, o processo de envelhecimento apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento.

O fato de não haver diferença entre a QV de adultos e idosos com AR, neste estudo, também pode ser explicado devido ao uso de um questionário genérico para a avaliação da QV, não específico para a população idosa, grupo que possui especificidades que diferem dos

grupos etários mais jovens, principalmente por passarem por diversas situações sociais como a aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais.

Há, então, a necessidade de instrumentos multidimensionais que possam captar a variabilidade dos idosos e aferir com mais fidedignidade a QV desta faixa etária.

Grimley-Evans⁶⁹ levanta alguns problemas na aplicação de questionários de QV em pessoas idosas, visto que se deve suspeitar de que os idosos terão mais dificuldade de responder a conceitos de probabilidade ao tomar decisões, diferentemente dos adultos mais jovens. Também alerta para a tendência de avaliação otimista entre os idosos de seu estado de saúde e de seu bem-estar, ou até mesmo de ignorar os sintomas por acreditarem fazer parte do processo natural de envelhecimento.

A inexistência da correlação entre a QV e a idade não significa que se deve subestimar a avaliação dos idosos com AR, uma vez que possuem especificidades e devem ser tratados de acordo com suas necessidades. Em nosso país, os estereótipos destinados à velhice e a confusão entre o envelhecimento normal e o patológico retardam, e até mesmo impedem, tratamentos adequados o que pode ter consequências negativas para a QV dos idosos.^{36,69}

Esta visão estereotipada também é reforçada por parte dos profissionais de saúde, que tendem a explicar sintomas ou queixas trazidas pelos idosos como fazendo parte deste processo de envelhecimento, o que leva à omissão e à negligência, impedindo tratamento, reabilitação e cura.

Como procuramos demonstrar, embora as características do envelhecimento e o contexto sociocultural aumentem a complexidade da mensuração da QV das pessoas idosas essa avaliação deve ser realizada sem subestimar as particularidades do envelhecimento.

Enfim, acreditamos que duas avaliações de QV jamais podem ser iguais, todos os indivíduos têm identidade específicas no que diz respeito ao físico, emocional, social e espiritual. Cada avaliação mostra uma experiência individual que pode ser limitada pelo ambiente particular do indivíduo ou por um momento específico.

No BDI, instrumento que avalia a presença de sintomas depressivos, embora os idosos apresentem uma média condizente com sintomas de depressão leve e os adultos, de ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos, essa diferença não foi significativa ($p=0,511$).

Em pesquisas anteriores, é possível identificar que há maior prevalência de sintomas depressivos em pessoas com AR comparados a quem não possui a doença.^{29, 63,70}

Dario et al. demonstraram que a evolução da AR está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade e da depressão, sendo três vezes mais prevalentes em portadores de

AR. Foi encontrada associação entre esses distúrbios e dor recorrente, obesidade, inatividade física e limitações funcionais ou sociais.²⁸

Apesar de não haver consenso na literatura quanto à origem da maior prevalência de sintomas depressivos na AR, achamos importante avaliar os indivíduos de nosso estudo quanto a esses sintomas por, provavelmente, a presença deles agravar as queixas relacionadas à AR, dificultando a continuidade do atendimento, o que, muitas vezes, piora o quadro evolutivo e interfere na avaliação da QV.

Os resultados deste estudo quanto ao HAQ, instrumento que mede a capacidade funcional, mostraram que não houve diferença significativa entre os adultos e os idosos, o que pode ser explicado pelo mesmo motivo dos resultados obtidos no SF-36, visto que os idosos tendem a avaliar de maneira otimista o seu estado de saúde e a ignorar os sintomas por acreditarem fazer parte do processo de envelhecimento. Fato esse que pode ser comprovado através do resultado do TC6, teste que também avalia a capacidade funcional, porém, na prática. Nele, os idosos obtiveram menores médias em relação aos adultos, e houve diferença significativa com o aumento da idade, sendo $p < 0,05$.

No TC6, o indivíduo caminha a maior distância possível dentro de 6 minutos, não sendo possível distorcer os dados ou ignorar os sintomas. Os resultados demonstram que os idosos da presente pesquisa têm menor capacidade funcional em relação aos adultos nesse teste e que quanto maior a idade é menor a distância percorrida.

Outros estudos também demonstram a relação entre o aumento da idade com menor distância no TC6.⁷⁰⁻⁷³ Ao se aplicar o TC6 em idosos saudáveis com idade entre 50 a 85 anos, observou-se que a distância percorrida no teste diminui conforme aumenta a idade dos indivíduos.⁷²

Contudo, se compararmos nossos dados com os obtidos por Pires et al⁷⁰, que avaliaram os resultados do TC6 em diferentes faixas etárias, podemos constatar que nossos adultos e idosos com AR obtiveram uma média menor no teste comparados àqueles do estudo. Os adultos referidos obtiveram uma média de 606,3 m enquanto que, em nossa pesquisa, os apresentaram uma média de 412,2 m. O mesmo aconteceu com os idosos: no estudo de Pires et al, tiveram uma média de 447,2 m e os idosos com AR, de nosso estudo, 330,8 m.

Em outra pesquisa, realizada por Steffen et al⁷¹ objetivou fornecer dados para 4 testes físicos realizados com idosos, dentre eles, o TC6. Os idosos desta pesquisa apresentaram uma média de 486,2 m enquanto, em nosso estudo, os idosos com AR obtiveram a média de 332,6m.

Troosters et al⁷³ também avaliaram a distância percorrida no TC6 em idosos saudáveis. Como resultado, encontraram uma média maior quando comparada à dos idosos de nosso estudo, com uma média de 631 m.

Acreditamos que a diferença significativa da distância caminhada entre adultos e idosos em nosso estudo pode ser explicada pelas alterações fisiológicas advindas do próprio processo de envelhecimento, como diminuição da força muscular global e alteração da função pulmonar e cardíaca. Este resultado também pode ter sofrido influência do tempo de doença, que é alta em ambos os grupos, e pela atividade da doença no momento do teste, que interfere no desempenho físico do paciente. As comorbidades existentes nos indivíduos da amostra, também podem interferir no resultado do teste físico, variável esta que não foi possível afastar de nosso estudo, considerando que seria difícil encontrar idosos sem nenhuma comorbidade associada.

6 CONCLUSÃO

Este estudo se soma a descobertas anteriores em vários aspectos importantes. Primeiro: comparamos a QV entre adultos e idosos com diagnóstico de uma doença específica. Estudos prévios de QV de idosos com AR não têm incluído um grupo adulto a fim de fazer comparação entre eles ou incluem pacientes com diagnóstico autoreferido. Segundo: este estudo envolve especificamente idosos, grupo demográfico que mais vem sendo afetado pela AR. Sendo assim, é importante entender como a AR influencia na QV desta população. Terceiro: avaliamos, juntamente com a QV, a depressão e a capacidade funcional, itens que podem ter grande influência na QV, pois entendemos que, para uma boa QV no envelhecer, é necessário o desenvolvimento de pesquisas que enfatizem não somente os aspectos físicos e sociais, mas também aqueles relacionados à saúde emocional.

Com o nosso estudo pudemos entender que, excetuando-se o TC6, não há diferença entre os grupos adultos e idosos com AR. Os dados obtidos mostraram-se iguais quanto aos questionários utilizados (SF-36, HAQ, DAS-28 e BDI), ou seja, não há diferença quanto à QV, capacidade funcional, gravidade da doença e presença de sintomas depressivos.

No TC6, a diferença entre adultos e idosos foi significativa, bem como na relação linear, ou seja, quanto maior a idade, menor a distância percorrida no teste. No entanto, acreditamos que este resultado pode ter sido influenciado por outras variáveis, como as alterações advindas com o envelhecimento, o tempo da doença, a atividade da doença e as comorbidades preexistentes nos pacientes portadores de AR.

É possível compreender que o processo de envelhecimento se desenvolve de maneira diferente para cada pessoa bem como sua QV, a qual varia de acordo com o modo de pensar, viver e lidar com a doença. Neste estudo, a QV e a capacidade funcional na AR é afetada tanto nos indivíduos adultos quanto nos idosos, porém, devemos entender as necessidades e especificidades de cada grupo, para aprimorar o tratamento e melhorar a QV.

Em vista dos resultados obtidos, sugere-se que, na implementação de ações que objetivem melhorar a QV do idoso, sejam consideradas as magnitudes e as diferenças de cada grupo sobre o que eles mesmos valorizam na busca do bem estar na terceira idade.

REFERÊNCIAS

1. Silva BCN, Mello e Silva BM, Coelho AS, Silva MP. Estruturas etárias da população do Brasil e dos estados brasileiros. RDE Rev Desenvol Econ [Internet]. 2007 [citado 12 out 2012];9(16):93-7. Disponível em:
<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/1019/797>
2. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil : sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul. 2006;23(1):5-26.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2011[citado 25 abr 2013]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1
4. World Health Organization - WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado 25 abr 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
5. Organização Mundial da Saúde - OMS. Ageing and life course [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 23 abr 13]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en>
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA [Internet]. Brasília (DF): IPEA; [2013?] [citado 23 abr 13]. Disponível em: www.ipea.gov.br.
7. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBBG. Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. São Paulo: SBBG; 2004.
8. Brasil. Lei nº 10741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 3 out 2003.
9. Monteiro R, Braile DM, Brandau R, Jatene FB. Qualidade de vida em foco. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010;25(4):568-74.
10. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.
11. Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde : aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
12. Buss PM. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
13. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA, editor. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. p. 19-28.

14. Gill TM. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.
15. Scott DL, Garrood T. Quality of life measures: use and abuse. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2000;14(4):663-87.
16. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*. 1997; 278(1):47-50.
17. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-10.
18. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales [Internet]. 2nd ed. Philadelphia (PA): Ann Bowling; 2001:1-19. [cited 2013 Apr 15]. Available from: <http://mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206417.pdf>
19. Morris J, Perez D, McNoe B. The use quality of life in clinical practice. *Qual Life Res*. 1998;7(1):85-91.
20. Louzada Junior P, Dias B, Souza B, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no Estado de São Paulo. *Rev Bras Reumatol*. 2007;47(2):84–90.
21. Oliveira P, Monteiro P, Coutinho M, Salvador MJ, Costa ME, Malcata A. Qualidade de vida e vivência da dor crônica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port* [Internet]. 2009 [citado 2 mai 2013];34:511-9. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/782/1/Qualidade%20de%20Vida.pdf>
22. Ski CF, Thompson DR. Quality of life in cardiovascular disease: what is it and why and how should we measure it? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(4):201-2.
23. Brandão L, Ferraz MB, Zerbini CAF. Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide : revisão atualizada. *Rev Bras Reumatol*. 1997;37(5):275-81.
24. Ferreira LN, Ferreira PL, Baleira RR. Qualidade de vida em doentes com artrite reumatoide. *Acta Reumatol Port*. 2008;33 (3):331-42.
25. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, Freitas MVC, Silva NA, Louzada-Junior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Pinheiro GRC. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(3):207-19.
26. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo M B, Freitas MVC, Silva NA, Louzada-Júnior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Pinheiro GRC. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(2):152-74.
27. Goeldner I, Skare TL, Reason ITDM. Artrite reumatoide : uma visão atual. *J Bras Patol Med Lab*. 2011;47(5):495-503.

28. Dario AB, Faraco HC, Gevaerd MS, Domenech SC. Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade* [Internet]. 2010 [citado 29 mai 2013];6(3):21-30. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/142/131>
29. Mella LFB, Bértolo MB, Dalgalarrodo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):257-63.
30. Sokka T, Kautiainen H, Hannonen P, Pincus T. Changes in health assessment questionnaire disability scores over five years in patients with rheumatoid arthritis compared with the general population. *Arthritis Rheum.* 2006;54(10):3113-8.
31. Lee TJ, Park BH, Son HK, Song R, Shin KC, Lee EB, et al. Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in South Korea: Value Health [Internet]. 2012 Jan-Feb [cited 2013 Mar 20];15(1 Suppl):S43-9. Available from: <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Cost-of-Illness-and-Quality%20of%20Life-of-Patients-with-Rheumatoid-Arthritis-in-South-Korea.pdf>
32. Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):246-52.
33. Lima MG, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(10):2159-67.
34. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia.* São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p. 26-43.
35. Paschoal SMP, Jacob W, Márcio S, Litvoc J. Clinical science development of elderly quality of life index - EQOLI: Item reduction and distribution into dimensions. *Clinics.* 2008;63(2):179-88.
36. Paschoal SMP. Desafios da Longevidade: qualidade de vida. *Mundo saúde.* 2005;29(4):608-11.
37. Maues CR, Paschoal SMP, Jaluul O, Jacob W, França CC. Avaliação da qualidade de vida : comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010;8(5):405-10.
38. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun. Rev.* 2005;4(3):130-6.
39. Mota LMH, Laurindo IMM, Santos Neto LL. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol.* 2010;55(61):249-61.
40. Corbacho MI, Dapueto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(1):31-43.
41. Khanna D, Maranian P, Palta M, Kaplan RM, Hays RD, Cherepanov D, Fryback DG. Health-related quality of life in adults reporting arthritis: analysis from the National Health

- Measurement Study. *Qual Life Res*[Internet]. 2011 Set [cited 2013 Apr 15];20(7):1131–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156343/>
42. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol*. 2007;17(4):290–5.
43. Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res*. 2005;14(8):1953–8.
44. Mathew J, Antony J, Eremenco S, Paul B V, Jayakumar B, Philip J. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients in South India. *Singapore Med J* [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 May 5];50(8):800–3. Available from: <http://smj.sma.org.sg/5008/5008a9.pdf>
45. Ekdahl C, Manthorpe R, Wistro I. Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol*. 2000; 29:20-8.
46. Sokka T, Krishnan E, Häkkinen A, Hannonen P. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2003 Jan [cited 2013 Apr 15];48(1):59–63. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.10731/pdf>
47. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia 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* [Internet]. 2009 Mar [cited 2013 Mar 15];7(25):1-12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2674445&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
48. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller D a. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2004 Jan [cited 2013 May 25];2(5):1-22. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=324570&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
49. Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2002 Jul [cited 2013 May 20];11(4):430–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100639>
50. Newman TB. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003. p.128-140
51. Minayo MCDS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo : oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Públ* [Internet]. 1993 Jul/Set [citado 15 mar 2013]; 9(3): 239-262.
52. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*.1999;39(3):143-150.

53. Walker JG, Littlejohn GO. Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2007 May [cited 2013 May 2];26(5):671–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1847465/>
54. Tugwell P, Idzerda L, Wells GA. Generic quality of life assessment in rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care*. 2008;14(4): 234-36
55. Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23(2):137-45.
56. Prevoo ML, Hof MA, Kuper HH, Leeuwen MA, Putte LB, Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):44-8.
57. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock, J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1961 Jun [cited 2013 May 5];4:561-71. Available from: http://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/Beck_AT_1961.pdf
58. Rondelli RR, Nogueira A, Oliveira AN, Dal SC, Malaguti C. Uma atualização e proposta de padronização do teste de caminhada dos seis minutos. *Fisioter Mov* [Internet]. 2009 jun [citado 5 mai 2013];22(2):249–59. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/rfm?dd1=2708&dd99=view>
59. American Thoracic Society. ATS Statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2002 mar [citado 10 abr 2013];166:111-17. Disponível em: www.atsjournals.org
60. Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Weisman MH. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of Life and disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 2011;71(2):79-85.
61. Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu* [Internet]. 2004 jul/dez [citado 15 abr 2013];5(9): 77-86. Disponível em: http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf
62. Yacoub YI, Amine B, Laatiris A, Hajjaj-Hassouni N. Rheumatoid factor and antibodies against citrullinated peptides in Moroccan patients with rheumatoid arthritis: association with disease parameters and quality of life. *Clin Rheumatol*. 2012;31(2):329–34.
63. Costa AFC, Brasil MAA, Papi JA, Azevedo MNL. Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(1):7-11.
64. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van Den Bos GA. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol*. 2006;35(3):175.

65. Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, Rezende NA. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):55-60.
66. Haddad EGM. A velhice em movimento. *Gerontologia.* 1993;1(1): 29-30.
67. Haddad EGM. A ideologia da velhice. São Paulo (SP): Cortez;1986.
68. Spilker B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* 2 ed. 1995.
69. Evans JG. Quality of Life assessments and elderly people. In: Hopkins A, editor. *Measures of quality of life and the uses to which such measures may be put.* London (LDN): Royal College of Physicians of London; 1992:107-16.
70. Pires SR, Oliveira AC, Parreira VF, Britto RR. Teste de caminhada de seis minutos em diferentes faixas etárias e índices de massa corporal. *Rev Bras Fisioter.* 2007;11(2): 147-51.
71. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test, berg balance scale, timed up and go test, and community-dwelling elderly people: six-minute walk age- and gender-related test performance in gait speeds. *Phys Ther.* 2002;82(2):128-37
72. Enright PL, Sherrill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 1998 Nov [cited 2013 Jul 13];158(5):1384–7. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.158.5.9710086>
73. Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Six minute walking distance in healthy elderly subjects. *Eur Respir J* [Internet]. 1999 Aug [cited 2013 Jul 13]; 14(2): 270-4. Available from: <http://erj.ersjournals.com/content/14/2/270.long>

APÊNDICE A- Questionário de Identificação

Nome: _____ RG: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Sexo: (F) (M) Prontuário: _____

Idade: _____ anos Data nasc: ___/___/___ Raça: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Tempo de AR: _____

Doenças crônicas referidas: _____

ANEXO A

Critérios de Classificação para AR do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1987

Para a classificação como Artrite Reumatoide, o paciente deve satisfazer a pelo menos 4 dos 7 critérios. Os critérios 1 até o 4 devem estar presentes por, no mínimo, 6 semanas.

Critério	Definição
1. Rigidez matinal	Rigidez matinal com duração de pelo menos 1 hora até a melhora máxima
2. Artrite de 3 ou + áreas articulares	Ao menos três áreas articulares simultaneamente afetadas, observadas pelo médico (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e metatarsofalangeanas)
3. Artrite das articulações das mãos	Artrite em punhos ou metacarpofalangeanas ou interfalangeanas proximais
4. Artrite simétrica	Envolvimento simultâneo de áreas de ambos os lados do corpo
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas, superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares
6. Fator reumatoide sérico positivo	Presença de quantidades anormais de fator reumatoide
7. Alterações radiográficas	Radiografias posteroanteriores de mãos e punhos demonstrando rarefação óssea justa-articular ou erosões

ANEXO B

Critérios Classificatórios para AR do ACR/EULAR (*European League Against Rheumatism*) de 2010

Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR.

População-alvo (quem deve ser testado?)
Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema).* Sinovite que não seja mais bem explicada por outra doença. *Os diagnósticos diferenciais podem incluir condições tais como lúpus eritematoso sistêmico, artrite psoriática e gota. Se houver dúvidas quanto aos diagnósticos diferenciais relevantes, um reumatologista deve ser consultado.
Acometimento articular (0-5)
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 1 pequena) 5
Sorologia (0-3)
FR negativo E ACPA negativo 0 FR positivo OU ACPA positivo em baixos títulos 2 FR positivo OU ACPA positivo em altos títulos 3
Duração dos sintomas (0-1)
< 6 semanas 0 ≥ 6 semanas 1
Provas de atividade inflamatória (0-1)
PCR normal E VHS normal 0 PCR anormal OU VHS anormal 1

Legenda: FR = fator reumatoide; ACPA = anticorpos antiproteína/ peptídeo citrulinados; VHS = velocidade de hemossedimentação; PCR = proteína C-reativa.

ANEXO C- Aprovação do Comitê de Ética da Famema



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 22 de Junho de 2012

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Prof. Dr. Pedro Marco K. Barbosa
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 477/12, intitulado: "Qualidade de Vida de Pacientes Idosos com Artrite Reumatoide", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 23/04/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- Alterações no Objetivo, TCLE e Instrumento sem interferir na estrutura do projeto aprovado.

Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Aprovado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa:- Qualidade de vida de pacientes adultos idosos com artrite reumatoide.

O presente trabalho objetiva analisar a qualidade de vida de adultos e idosos com artrite reumatoide em acompanhamento no ambulatório de especialidade de reumatologia de um hospital escola. Para tanto será realizado um trabalho quantitativo com entrevistas estruturadas utilizando questionários e testes físicos que avaliam a qualidade de vida e capacidade funcional, bem como um levantamento dos dados sócio-demográficos dos pacientes. Por esse instrumento, que atende às exigências legais, o Sr. (a)..... portador (a) da cédula de identidade....., após leitura minuciosa deste termo, devidamente explicado em seus mínimos detalhes, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: “**Qualidade de vida de pacientes idosos com artrite reumatoide**” realizada por Izabela Roma, enfermeira, Coren 037.525, aluna regular do mestrado na Faculdade de Medicina de Marília, sob orientação do Profº Drº. Pedro Marco Karan Barbosa. Fica claro que a participação é livre e que o sujeito da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar dela, estando ciente de que todas as informações prestadas são confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, mesmo com a posterior publicação dos resultados desse trabalho. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, esse termo assinado, elaborado em duas vias, fica uma para o entrevistado e a outro será mantida em arquivo pelo pesquisador. Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Marília,..... de de

ENTREVISTADO

PESQUISADOR

Nome dos pesquisadores responsáveis:

Izabela Roma/ RG – 33.894.088-1/ CPF 390.007.358-90
 End: Av. Nelson Severino Zambom 80, apto 302
 Bairro Fragata- Fone (14) 88120289 e-mail: izabelaroma@hotmail.com

Profº Drº. Pedro Marco Karan Barbosa/ RG – 9.398.827-8 / CPF 031.131.618-27
 Rua: Plínio Amaral 612 casa 45 – Marília SP. CEP 17.519-520
 Telefone: (14) 34178584 e-mail karan@famema.br

ANEXO E - Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
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, 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, dançar ou nadar	1	2	3
c) Levantar ou carregar compras de supermercado	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 ou 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
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. 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
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) 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, quanto 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, dê uma resposta que mais se aproxime de 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 sentindo 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 anima-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)?

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

ANEXO F- Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Você é capaz de:	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
1. Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3
2. Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3
3. Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
4. Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
5. Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
6. Levar à boca um copo ou uma xícara cheio de café, leite ou água?	0	1	2	3
7. Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
8. Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
9. Subir degraus?	0	1	2	3
10. Lavar e secar seu corpo após o banho?	0	1	2	3
11. Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12. Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
13. Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilogramas, que está posicionado um pouco acima da cabeça?	0	1	2	3
14. Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
15. Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3
16. Abrir potes ou vidros de conservas, que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17. Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3
18. Fazer compras nas redondezas aonde mora?	0	1	2	3
19. Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20. Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para a água?	0	1	2	3

Escore do HAQ = _____

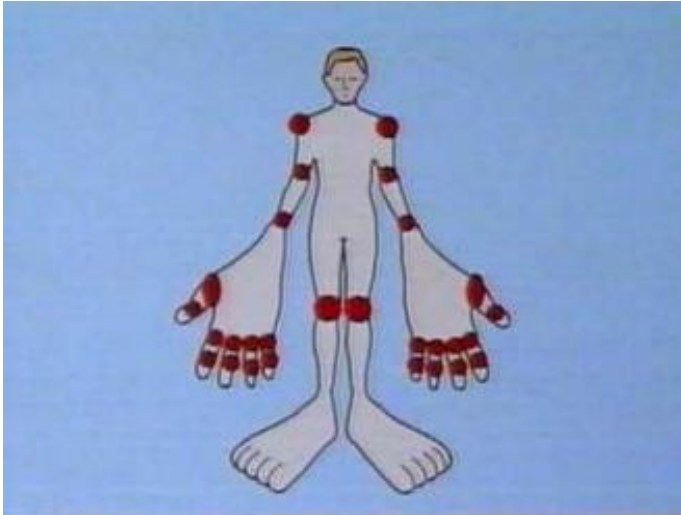
(Média aritmética dos escores dos componentes)

Deficiência leve (HAQ de 0 a 1)

Deficiência moderada (HAQ > 1 a 2)

Deficiência grave (HAQ > 2 a 3)

ANEXO G- DAS-28 – Disease Activity Score in 28 Joints (Escore de Atividade de Doença em 28 Articulações)



Parâmetro Clínico	Valor
Contagem de articulações com edema (0-28)	
Contagem de articulações dolorosas (0-28)	
VHS (mm/1ª hora)	
*,**Saúde geral do paciente (VAS, mm)	

*0 _____ 100mm

**Pergunta ao paciente: Como você se sente em relação a sua artrite ? (0= muito bem, 100mm- muito mal)

VALORES DO DAS 28- (0 a 9,3)

> 5,1 – alta atividade

≤ 5,1 – moderada atividade

≤ 3,2 – baixa atividade

≤ 2,6 – remissão

ANEXO H- Inventário de depressão de Beck (BDI)

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar

2. 0 = não me sinto especialmente desanimado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desanimado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que lutar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo comum
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como antes
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)

7. 0 = não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me decepcionado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio

8. 0 = não me considero pior do que as outras pessoas
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem

9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar, mas não os levaria adiante

- 2 = gostaria de me matar
- 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade

10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual

- 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
- 2 = atualmente choro o tempo todo
- 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira

11. 0 = não me irrito mais agora do que em qualquer outra época

- 1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
- 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
- 3 = absolutamente não me irrito com as coisas que costumam irritar-me

12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas

- 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
- 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época

- 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
- 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
- 3 = não consigo mais tomar decisões

14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser

- 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
- 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
- 3 = considero-me feio(a)

15. 0 = trabalho o mesmo que antes

- 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
- 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
- 3 = não consigo fazer trabalho nenhum

16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito

- 1 = não durmo tão bem quanto costumava
- 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
- 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir

17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito

- 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
- 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
- 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

- 18.** 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 2 = meu apetite está muito pior agora
 3 = não tenho mais nenhum apetite
- 19.** 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 1 = perdi mais de 2,5 kg
 2 = perdi mais de 5,0 kg
 3 = perdi mais de 7,0 kg
 Estou deliberadamente tentando perder peso comendo menos: () sim () não
- 20.** 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 3 = estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
- 21.** 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

Pontuação final= _____

Até 9 pontos= Ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos

10-18= depressão leve a moderada

19-29= depressão moderada a grave

30-63= depressão grave