Actividade de doença e qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide

Disease activity and quality of life in patients with Rheumatoid Arthritis

Cristina Isabel Antunes Duarte*
Susana Catarina Oliveira Simões*

Resumo

O presente estudo visa analisar a relação existente entre a actividade de doença e a qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide (AR), submetidos a tratamento com Infliximab.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de carácter quantitativo, numa amostra de 13 doentes, 7 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com maior incidência de idades entre os 50 e 60 anos. Na colheita de dados foram utilizadas duas escalas, já validadas: a *Disease Activity Score* (DAS), em que o índice de actividade de doença é baseado em 28 articulações (DAS28), que inclui a contagem articular de 28 articulações dolorosas (TJC), 28 articulações edemaciadas (SJC), a velocidade de sedimentação (VHS) e a escala de dor (VAS); e o Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ), que avalia a capacidade funcional e o impacto da doença no quotidiano e na qualidade de vida destes doentes.

Considerando os resultados obtidos, em que as relações existentes entre as variáveis são fracas e moderadas, e dado que a amostra é muito reduzida, não se podem tirar conclusões da amostra para a população. Contudo, este estudo deve servir como preliminar para ser usado numa amostra mais alargada.

Palavras-chave: artrite reumatóide; actividade de doença; qualidade de vida; Infliximab.

Abstract

The aim of this study was to analyse the relationship between disease activity and quality of life in patients with rheumatoid arthritis (RA) receiving treatment with Infliximab.

This was a quantitative descriptive-correlational study with a sample of 13 patients, 7 males and 6 females, with a range of ages between 50 and 60 years. Two previously-validated scales were used for data collection: a Disease Activity Score (DAS), where the index of disease activity is based on 28 joints (DAS28) and includes a joint count of 28 tender joints (TJC), 28 swollen joints (SJC), erythrocyte sedimentation rate (VHS), a pain scale (VAS), and the Health Assessment Questionnaire (HAQ) which evaluates functional capacity and disease impact on daily life and quality of life of these patients.

In terms of results, the relationship between variables was weak to moderate and, because of the small sample, no conclusions can be drawn from the study for use with larger samples.

Keywords: rheumatoid arthritis; disease activity; quality of life; Infliximab.

* Licenciatura em Enfermagem. Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Medicina 2

3º Classificado do Prémio de Investigação ESEnfC-Schering-Plough

Recebido para publicação em: 16.11.2009
Aceite para publicação em: 09.03.2010

I – Introdução

A palavra artrite é oriunda do grego-Arthon-articulação; significa inflamação articular.

A artrite reumatóide (AR) é, pela sua frequência e pela sua relevância médica e social, a doença reumática inflamatória crónica mais importante. No entanto, tal como as outras doenças auto-imunes, não é igual em todas as pessoas, tendo diferentes padrões, tanto de atingimento como de evolução. A sua prevalência é de 1% na população mundial e, em Portugal, calcula-se que existam cerca de 40000 casos (Queiroz, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, a AR atinge todas as etnias, podendo atingir indivíduos de todas as idades, sendo mais frequente entre os 20 e os 40 anos. Tem uma evolução mais rápida nos jovens e nas mulheres, sendo mais lenta quando surge nos homens ou em idade tardia (depois dos 50 anos). É mais frequente no sexo feminino do que no masculino, numa proporção de 3 mulheres para 1 homem.

A AR é caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva a deformidade e destruição das articulações em virtude de erosões ósseas e da cartilagem. Bértolo (2008) acrescenta ainda que envolve, predominantemente, as pequenas articulações das mãos e dos pés. Punhos, articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e metatarsofalangeanas são as articulações mais atingidas. A patogénese é complexa e multifactorial, com participação de factores genéticos, ambientais e hormonais. No início da doença há rigidez, rubor, edema e tumefacção das pequenas articulações das mãos. Posteriormente, as mãos começam a perder a sua agilidade normal e verifica-se uma agudização da dor que se intensifica durante a noite e ao acordar, assim como, quando o doente tenta apanhar um objecto ou executa determinados movimentos que requerem agilidade. Com o passar do tempo, estende-se aos punhos, joelhos, dedos dos pés, tornozelos, podendo levar à deformação dos mesmos. Na forma mais avançada da doença, os dedos das mãos adquirem um aspecto deformado (cuneiforme, há desvio cubital da mão), enquanto as outras articulações podem aumentar de volume. O atingimento das articulações na AR é sempre simétrico e bilateral.

Segundo Queiroz (2006), estudos recentes demonstraram que a presença de alguns genes que regulam o sistema imunitário implicam uma maior susceptibilidade no desenvolvimento da doença. Isto é, o nosso sistema imunitário é responsável pela defesa do nosso organismo mas, por razões desconhecidas, na AR reage atacando as células do próprio indivíduo dentro da cápsula da articulação. Existe um determinado número de células T do sistema imunitário que vai estimular outras a produzirem citoquinas e a atacarem a cartilagem da articulação. Primeiramente, a AR começa com a inflamação da membrana sinovial, uma estrutura que reveste a parede interna da cápsula fibrosa e cuja função é produzir o líquido sinovial, que nutre a cartilagem e lubrifica a sua superfície, permitindo o movimento normal da articulação. A membrana inflama, torna-se mais espessa (devido ao crescimento anormal das células) e aumenta de volume (o que se traduz numa tumefacção de consistência elástica). Concomitantemente, deixa de produzir o líquido sinovial normal, para produzir um líquido inflamatório que se acumula dentro da articulação e que destrói progressivamente as cartilagens que revestem a articulação, prejudicando a sua função e limitando os movimentos, causando dor. As citoquinas são potentes "mensageiros" químicos que se ligam aos receptores existentes na superfície das células imunitárias, estimulam a secreção de outras citoquinas e de moléculas implicadas na inflamação das articulações ou nos processos degenerativos dos ossos, das cartilagens e de outros tecidos conjuntivos. Destes "mensageiros", a citoquina TNFα produzida no decurso da resposta imunitária parece ter um papel primordial na origem da doença aumentando o processo inflamatório (Nedais, 2008).

É importante, que o diagnóstico da AR assente em diferentes tópicos, sendo eles: a anamnese, o exame físico, os exames laboratoriais, a termografia, a análise do líquido sinovial, a artroscopia entre outros (Branco, 2000).

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da actividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversível. Segundo Queiroz (2003) pretende-se prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida. Apesar da remissão completa ser o objectivo final do tratamento, ou seja, que a AR deixe de ser activa em termos de inflamação articular e geral, raramente é alcançada.

Bértolo (2008, p.10) defende que "o tratamento de base da AR é feito com as drogas modificadoras do decurso da doença (DMCD), que actuam inibindo a inflamação articular e consequentemente inibem o desenvolvimento de erosões e danos irreversíveis. Devem ser indicados no início da doença, o mais cedo possível, sendo o ideal dentro dos primeiros três meses de tratamento. Actualmente, o metotrexato (MTX), os antimaláricos, a sulfassalazina e a leflunomida têm sido as drogas prescritas com maior frequência. As DMCD são usadas, geralmente, em associação com os anti-inflamatórios não esteróides e corticóides. Os agentes biológicos, inibidores específicos de citoquinas, completam esse grupo de drogas ampliando as possibilidades terapêuticas na AR". Três agentes biológicos inibidores do TNF-α (adalimumabe, etanercepte e Infliximab) estão aprovados para o tratamento da AR. Relativamente ao Infliximab, este é um anticorpo monoclonal, quimérico, que se liga ao TNF-α. Administra-se por via endovenosa, de início nas semanas 0,2,6 e, posteriormente, a cada 8 semanas. No caso de não haver uma resposta adequada por parte do doente, a dose pode ser aumentada gradualmente, ou diminuir os intervalos entre as tomas para 4-6 semanas (Bértolo, 2008).

Além do tratamento médico, pode haver necessidade de recorrer a outras técnicas, tais como, a cirurgia, a fisiatria, as infiltrações, a adequação da dieta ao doente, entre outras.

Contrariamente ao que se pensava, o prognóstico da AR é desfavorável porque reduz a esperança média de vida em média 8-10 anos (Queiroz, 2003). São factores de pior prognóstico: o elevado número de articulações dolorosas e tumefactas; o aparecimento precoce de erosões ósseas; o aumento das proteínas da fase aguda; a presença de factores reumatóides no soro; e a presença do antigénio de histocompatibilidade HLA-DR4 nos linfócitos.

II – Objectivos do estudo

Pretende-se com o tratamento com agentes biológicos que exista uma melhoria significativa em todos os parâmetros de actividade de doença e, consequentemente, na qualidade de vida dos doentes. Nesse sentido, delineou-se a seguinte questão: "Qual o nível de qualidade de vida dos doentes com Artrite Reumatóide submetidos a tratamento com Infliximab?". Delinearam-se, para tal, os seguintes objectivos:

- Comparar os índices de actividade de doença e as suas variáveis internas nos doentes com Artrite Reumatóide, a receber tratamento com Infliximab, no Hospital de Dia do Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- Determinar a qualidade de vida destes doentes;
- Verificar a relação entre o índice de actividade de doença (DAS28) e as suas variáveis internas (articulações edemaciadas, articulações dolorosas, dor e velocidade de sedimentação) e o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ).

III – Metodologia

Amostra

A amostra é constituída por 13 doentes com Artrite Reumatóide a realizar tratamento com Infliximab, no Hospital de Dia do Serviço de Medicina II, dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Esta amostra foi retirada de um grupo de doentes inscritos no Hospital de Dia, portadores de doença auto-imune, seleccionando-se desse mesmo grupo somente os doentes que faziam tratamento com Infliximab.

Relativamente ao sexo, a nossa amostra é composta por 7 doentes do sexo feminino (53,80%) e 6 doentes do sexo masculino (46,20%), sendo que o maior leque de doentes tem idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Distribuição da amostra segundo a idade

Idades	Freq. Absoluta (num.)	Freq. Relativa (%)
$<$50 anos	3	23,10
50-60 anos	5	38,50
60-70 anos	3	23,10
$\geq$70 anos	2	15,40

(Média – 57,77%; Desvio padrão – 10,49, Mínimo – 44; Máximo – 75)

A idade de diagnóstico da doença varia entre os 24 e os 67 anos, apresentando uma média de cerca de 44 anos. No que concerne aos anos de tratamento com Infliximab, na altura da aplicação dos questionários, verificou-se uma média de 5 anos, variando estes entre os 0 e os 9 anos (QUADRO 2).

QUADRO 2 – Dados relativos à idade de diagnóstico e anos de tratamento

Variáveis (n=13)	Média	Desvio padrão	[Mínimo; Máximo]
Idade diagnóstico	44,46	12,44	[24;67]
Anos tratamento	5,00	2,80	[0;9]

Instrumento de colheita de dados

Com a progressão da doença, os doentes com AR desenvolvem incapacidade para a realização das suas actividades, tanto na vida diária como profissional, com impacto significativo na sua qualidade de vida. Assim, para que o tratamento destas doenças inflamatórias seja cada vez mais eficaz, torna-se necessária uma avaliação contínua do doente, de forma a optimizar o seu tratamento e a haver um controlo mais rigoroso da actividade inflamatória.

Em virtude da natureza multifacetada da AR, nenhum parâmetro clínico ou laboratorial, isoladamente, é capaz de traduzir, de forma satisfatória, o nível de actividade inflamatória em determinado momento. Visando minimizar o problema, foram criados os critérios de resposta e o índice de doença do *European League Against Rheumatism* (EULAR). Os índices de actividade de doença (ICADs) subdividem-se em: o índice de actividade de doença – *disease activity score* (DAS), o índice de actividade de doença baseado em 28 articulações (DAS28), o índice simplificado de actividade de doença – *simplified disease activity index* (SDAI) e o índice clínico de actividade de doença – *clinical disease activity index* (CDAI). Para a realização deste estudo, considerou-se mais pertinente a utilização da já validada (em 1995) DAS28, que inclui a contagem articular de 28 articulações dolorosas (TJC), 28 articulações edemaciadas (SJC), a velocidade de sedimentação (VHS – dado analítico da actividade inflamatória traduzida em mm/1ª hora) e a escala de dor (VAS – de visualização analógica medida de 0 a 100) (Merenlender, 2008). Todas estas variáveis são incluídas no seguinte cálculo:

$$DAS28 = 0{,}56 \times \sqrt{(TJC)} + 0{,}28 \times \sqrt{(SJC)} + 0{,}70 \times \ln(VHS) + 0{,}014 \times VAS$$

O cálculo fornece uma medida contínua, sendo que quanto mais alto é o valor, maior é a actividade de doença no momento da avaliação (Merenlender, 2008). Um dos maiores problemas do DAS28 é a dificuldade do cálculo, exigindo do profissional uma calculadora específica para obter o valor final.

Na década de 80, surgiu o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), que avalia a capacidade funcional de um doente com AR e o impacto da doença no quotidiano e na qualidade de vida do mesmo. Foi desenhado para ser simples e auto-aplicável, em doentes com o mínimo grau de instrução. Classifica a dificuldade de realizar uma determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 pontos), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos). O HAQ consiste em 20 perguntas e é dividido em oito áreas das actividades de vida diárias dos doentes: arranjar-se, levantar, comer, andar, higiene, alcançar, pegar e actividades. Aceita-se o maior valor de cada domínio, somam-se estes valores e divide-se o total por oito (Merenlender, 2008).

Tratamento estatístico

Procedeu-se a um estudo descritivo-correlacional, de carácter quantitativo, realizado no período compreendido entre Março e Outubro de 2009.

A colheita de dados foi realizada entre Abril e Julho.

A análise estatística decorreu entre Agosto e Setembro e, inicialmente, consistiu numa análise descritiva em que as variáveis categóricas foram traduzidas em frequências absolutas e relativas (percentagens) e as variáveis numéricas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a existência de uma distribuição normal. Para analisar a relação entre variáveis foram utilizados o teste de correlação de Pearson e o teste de t-Student

(teste de comparação de médias para amostras emparelhadas), atribuindo um nível de significância de 5% (p≤0,05).

O programa informático utilizado foi a versão 17 do SPSS.

Aspectos éticos e legais

Tornou-se necessário proteger os direitos de cada elemento da amostra no que diz respeito ao anonimato e confidencialidade. Para tal, na aplicação do instrumento de colheita de dados, foi atribuído um valor numérico a cada doente, protegendo a sua identidade. Certificou-se que cada elemento da amostra obteve a informação essencial, conhecendo bem o conteúdo da investigação e compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário que deu. Tal como refere FORTIN (1999) os resultados foram apresentados para que nenhum dos elementos da amostra possa ser reconhecido pelo investigador, nem pelo leitor do relatório, assim como o instrumento original foi guardado num local seguro e sob responsabilidade do investigador.

O projecto de pesquisa, da qual o presente trabalho de investigação fez parte, foi aprovado pelo Gabinete de Apoio à Investigação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sob a referência número HUC-31-09, autorizado a 17/06/09.

IV – Apresentação dos resultados

Actividade de doença (DAS28)

Relativamente à actividade de doença (DAS28), utilizou-se a versão de 4 variáveis: 28 articulações dolorosas (TJC), 28 articulações edemaciadas (SJC), a velocidade de sedimentação (VHS) e escala da dor (VAS). O cálculo fornece uma medida contínua, sendo que quanto mais alto é o valor, maior é a actividade de doença no momento da avaliação (Merenlender, 2008). Isto é, se o valor for <2,6 a doença encontra-se em remissão, se for entre 2,6-3,2 há baixa actividade, se for entre 3,2-5,1 há uma moderada actividade e se for> 5,2 há alta actividade.

De forma a simplificar a análise estatística, às articulações das mãos atribuiu-se o número 1, dos punhos o 2, dos cotovelos o 3, dos ombros o 4 e dos joelhos o 5.

Articulações edemaciadas

Como apresentado no QUADRO 3, as articulações edemaciadas (SJC) mais atingidas são as das mãos (com atingimento máximo de 20 articulações), seguindo-se os punhos, os ombros e, de igual forma, os cotovelos e os joelhos.

Comparando os mesmos parâmetros após o tratamento com o Infliximab, houve um decréscimo nos valores máximos, de 20 para 10 articulações edemaciadas ao nível das mãos. Contudo, além das articulações das mãos, também as articulações dos punhos e cotovelos aumentaram o valor da sua média na amostra, o que indica que houve um aumento do número de articulações afectadas. Isto é, apesar do número máximo de articulações ser inferior, numa segunda avaliação houve mais doentes a referir tumefacção articular.

QUADRO 3 – Dados relativos às articulações edemaciadas no início e no final do estudo

Variáveis (n=13)	Média		Desvio padrão		[Min; Max.]		Teste de diferença de médias
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	
ARTEDEM1 (mãos)	3,77	4,38	5,92	4,13	[0;20]	[0;10]	t= -0,49; p= 0,63
ARTEDEM2 (punhos)	0,77	1,23	0,93	0,93	[0;2]	[0;2]	t= -1,48; p= 0,17
ARTEDEM3 (cotovelos)	0,15	0,23	0,56	0,60	[0;2]	[0;2]	t= -0,32; p= 0,75
ARTEDEM4 (ombros)	0,31	0,31	0,75	0,75	[0;2]	[0;2]	t= 0,00; p= 1,00
ARTEDEM5 (joelhos)	0,15	0,15	0,56	0,56	[0;2]	[0;2]	t= 0,00; p= 1,00

Articulações dolorosas

Verificou-se um aumento das articulações dolorosas (TJC) afectadas nas mãos (aumentando o valor máximo de 10 para 15), assim como um aumento da sua média, de 2,46 para 4,69 (QUADRO 4). Tal como nas mãos, o valor da média nas articulações dos ombros e joelhos também aumentou ao longo do estudo.

QUADRO 4 – Dados relativos às articulações dolorosas, no início e final do estudo

Variáveis (n=13)	Média		Desvio padrão		[Min; Max.]		Teste de diferença de médias
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	
ARTDOR1 (mãos)	2,46	4,69	3,15	4,46	[0;10]	[0;15]	t= -1,80; p= 0,10
ARTDOR2 (punhos)	1,69	1,62	0,63	0,77	[0;2]	[0;2]	t= 0,25; p= 0,81
ARTDOR3 (cotovelos)	0,08	0,08	0,28	0,28	[0;1]	[0;1]	t= 0,00; p= 1,00
ARTDOR4 (ombros)	0,38	0,69	0,77	0,95	[0;2]	[0;2]	t= -1,30; p= 0,22
ARTDOR5 (joelhos)	0,31	0,54	0,75	0,88	[0;2]	[0;2]	t= -1,00; p= 0,34

Dor em termos gerais (VAS)

Os níveis de dor no início do estudo variam entre 17 e 90 (QUADRO 5), numa escala de 0-100, em que a média é de 46,53. No final, não se verificou uma melhoria significativa dos níveis de dor (t=0,15, p=0,88).

QUADRO 5 – Dados relativos à dor em termos gerais, no início e no final do estudo

Variáveis (n=13)	Média	Desvio padrão	[Mínimo; Máximo]	Teste de diferença de médias
DORINI (DOR INÍCIO)	46,53	20,67	[17;90]	t= 0,15 p= 0,88
DORFIM (DOR FIM)	45,46	23,14	[5;85]	

Velocidade de sedimentação (VHS)

Os valores de VHS oscilam entre 10 e 118 no início, sendo a média de 41,46.

Pela análise dos resultados, relativamente à VHS, verifica-se que há um decréscimo a nível de todas as medidas de tendência central (QUADRO 6). Como apresenta também um nível de significância ≤0,05 (p=0,05), significa que houve uma diminuição considerável a nível dos processos inflamatórios articulares dos doentes.

QUADRO 6 – Dados relativos à VHS no início e no final do estudo

Variáveis (n=13)	Média	Desvio padrão	[Mínimo; Máximo]	Teste de diferença de médias
VHSINI	41,46	32,52	[10;118]	t= 2,21 p= 0,05
VHSFIM	27,92	22,33	[2;79]	

DAS 28

Comparando os valores iniciais e finais da DAS28, podemos afirmar que houve um pequeno aumento do valor da média, embora os valores mínimos e máximos sejam inferiores, isto é, o intervalo das pontuações obtidas é mais heterogéneo, mais alargado (QUADRO 7).

QUADRO 7 – Dados relativos à DAS28 no início e no final do estudo

Variáveis (n=13)	Média	Desvio padrão	[Mínimo; Máximo]	Teste de diferença de médias
DAS28INIC	4,649	1,19	[3,16;6,52]	t= -0,22
DAS28FIM	4,729	1,47	[1,46;6,47]	p= 0,83

Qualidade de vida

O *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) avalia a capacidade funcional, de forma a classificar a dificuldade em realizar uma determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 ponto), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos). Foi dividido em oito categorias: arranjar-se, levantar, comer, andar, higiene, alcançar, pegar e actividades. Aceitou-se o maior valor de cada domínio, somando-se estes valores e dividindo-se o total por oito (Merenlender, 2008). Na análise deste questionário, sempre que o doente respondeu 0 ou 1, mas assinalou necessitar de outra pessoa ou de auxiliares, a pontuação traduziu-se automaticamente em 2, conforme descrito na grelha de pontuação da HAQ. Os valores encontrados poderão variar entre 0 e 3, sendo que 0 não há dificuldade, entre 0-1 os doentes apresentam alguma dificuldade, entre 1-2 apresentam uma dificuldade moderada e entre 2-3 apresentam muita dificuldade.

No estudo, o valor da média inicial do HAQ é de 0,93, o que demonstra um baixo grau de incapacidade na amostra. Após uma análise pormenorizada, constatou-se que a categoria para a qual os doentes demonstraram alguma dificuldade foi na categoria arranjar-se (x=0,62), contrariamente à categoria alcançar (x=1,15) e actividades (x=1,15), que apresentaram as maiores médias (QUADRO 8). No momento da segunda avaliação, pode-se observar que houve um agravamento da qualidade de vida dos doentes a nível da categoria arranjar-se (t=-1,48, p=0,17), higiene (t=-0,56, p=0,58) e alcançar (t=-1,39, p=0,19). Ou seja, ao aumentar o valor da média nestas categorias pressupõe-se um aumento na pontuação dada pelos doentes, o que indica maior dificuldade em realizar estas actividades.

QUADRO 8 – Dados relativos ao HAQ inicial e final no estudo

Variáveis (n=13)	Média		Des. padrão		[Min.; Max.]		Teste de diferença de médias
	inicial	final	inicial	final	inicial	final	
HAQ1 (arranjar-se)	0,62	0,77	0,51	0,60	[0;1]	[0;2]	t= -1,48; p= 0,17
HAQ2 (levantar)	0,92	0,62	0,64	0,51	[0;2]	[0;1]	t= 1,76; p= 0,10
HAQ3 (comer)	0,92	0,92	0,73	0,86	[0;2]	[0;2]	t= 0,00; p= 1,00
HAQ4 (andar)	0,85	0,77	0,80	0,73	[0;2]	[0;2]	t= 0,43; p= 0,67
haq5 (higiene)	0,77	0,85	0,73	0,69	[0;2]	[0;2]	t= -0,56; p= 0,58
HAQ6 (alcançar)	1,15	1,38	0,56	0,65	[0;2]	[0;2]	t= -1,39; p= 0,19
HAQ7 (pegar)	1,08	1,00	0,95	0,91	[0;2]	[0;2]	t= 1,00; p= 0,34
HAQ8 (actividades)	1,15	0,92	0,80	0,95	[0;2]	[0;2]	t= 1,15; p= 0,27
HAQTOTAL	0,93	0,904	0,53	0,47	[0,13;1,88]	[0,13;1,63]	t= 0.51; p= 0,62

Constatou-se que na avaliação inicial e final da HAQ, ninguém referiu ser incapaz de realizar qualquer uma das categorias.

Correlações

Considera-se no estudo que, para o teste de correlação de Pearson, valores de r entre 0-0,39 correspondem

a uma relação fraca, entre 0,40-0,69 uma relação moderada, entre 0,70-0,89 uma relação forte e superiores a 0,90 uma relação muito forte.

No estudo, verificou-se a existência de uma relação moderada entre a dor e a DAS 28, tanto na primeira avaliação (r=0,49; p=0,09) como na segunda (r=0,61; p=0,03), o que demonstra que, quando há compromisso articular, aliado a este há sempre dor. No que concerne à existência de relação entre a DAS28 inicial e a DAS28 final, observou-se uma relação moderada entre elas (r=0,53; p=0,06). Relativamente à VHS, também se constatou que existe uma relação moderada a forte entre esta e o índice de actividade de doença. Numa primeira avaliação obteve-se um r=0,78 (p=0,00) e numa segunda avaliação um valor de r=0,54 (0,06).

Na avaliação de relação entre o HAQ inicial e o HAQ final verificou-se uma relação muito forte (r=0,92; p=0,00), assim como uma relação moderada entre o HAQ inicial e a VHS inicial (r=1,63; p=0,02).

V – Discussão

Relativamente à amostra sobre a qual incidiu o estudo, constatou-se que há um ligeiro predomínio do sexo feminino, relativamente ao masculino. Tal como refere Hochberg (2009), a AR é mais comum em mulheres e incomum em homens com idade inferior a 35 anos. Embora a amostra do estudo seja muito reduzida, predomina a existência de 3 doentes do sexo feminino, com idades de 24, 25 e 33 (data de diagnóstico da doença), respectivamente, não se verificando o mesmo para doentes do sexo masculino. A menor idade de diagnóstico para o sexo masculino é de 43 anos.

Actividade de doença

No que diz respeito às articulações edemaciadas, observou-se um predomínio para as das mãos, punhos e ombros, enquanto nas articulações dolorosas houve um aumento a nível das mãos, ombros e joelhos. Conforme refere Bértolo (2008), no início da doença há rigidez, rubor, edema e tumefacção das pequenas articulações das mãos. Por isso, torna-se importante reconhecer os estados de actividade para que se evite ao máximo o dano articular e se direccione melhor o tratamento a implementar. Segundo Branco (2000) poder-se-á dividir a AR em 4 estadios: 1-artrite precoce, 2-artrite moderada, 3-artrite grave e 4-artrite terminal, o que indica que a doença será sempre progressiva e nunca regressiva. Ou seja, se houver um doente num estádio 3, ele nunca reverterá para o estádio 1 ou 2 pois a deformidade ou dano articular já se instalou e é irreversível.

O Infliximab, como agente biológico inibidor do TNF-α, ao permitir a supressão da actividade inflamatória, reduz a intensidade da AR sentida pelo doente. Segundo ASIF (2005), a redução e o controle dos sintomas da dor e inflamação articular minimizam a perda e a redução de dano e incapacidade. A evolução da AR provoca a destruição articular, por isso, mesmo que a actividade inflamatória seja reduzida e a dor referida pelo doente seja mínima, haverá sempre compromisso articular e existirão cada vez mais articulações envolvidas.

Não se constatou que nenhum dos doentes deixasse de ter compromisso articular, nem mesmo nos que fazem tratamento há 9 anos.

Segundo Pollard (2005), níveis elevados de dor parecem ser correlacionáveis com incapacidade, o que contribui significativamente para a redução da qualidade de vida em doentes com AR.

No que diz respeito à dor em termos gerais, verifica-se uma ligeira melhoria do início para o final, não sendo no entanto significativa. Muitos estudos indicam que os efeitos mais importantes sobre os doentes são a dor persistente e a perda de função atribuída à contínua destruição sinovial e ao progressivo dano articular.

Já na avaliação da VHS, pode-se verificar uma melhoria acentuada, com níveis de significância de p=0,05, entre o valor inicial e final. O inibidor do TNF – α, citoquina produzida no decurso da resposta imunitária e que tem um papel primordial na origem da doença, aumentando o processo inflamatório, após o tratamento com Infliximab, diminui, diminuindo portanto o processo inflamatório (Bértolo, 2008).

Qualidade de vida

Segundo Nedai (2008), apesar da AR ter um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa afectada, as actuais estratégias de tratamento melhoram de forma importante o seu quotidiano, através de um controlo mais eficaz da doença. A qualidade de vida relacionada com a saúde do doente é um conceito amplo, definido como o impacto da saúde na capacidade de um indivíduo realizar as suas funções e sentir-se bem nos domínios físico, mental e social

da sua vida. Portanto, avaliar a capacidade funcional de um doente com AR significa avaliar em que modo a doença afecta o quotidiano desse doente (Mello, 2008). Embora no estudo a diferença entre as médias inicial e final do HAQ não seja muito significativa, houve alguma melhoria na capacidade funcional e, consequentemente, na qualidade de vida dos mesmos. Pode-se então dizer que houve uma melhoria a nível físico dos doentes do estudo e que pode ser explicada pela supressão das citoquinas pró-inflamatórias.

Correlações

Não se verifica existir correlação significativa entre o HAQ e a DAS 28, por diversas razões: relativamente à VHS, esta apresentou valores mais baixos no 2º questionário, contrariamente aos valores de dor referidos pelos doentes. Contudo, segundo Merelender (2008), a VHS tem alta sensibilidade com a AR, mas baixa especificidade, o que leva a alterações em inúmeras situações patológicas (neoplasias, doenças renais, processos infecciosos) e em algumas situações fisiológicas (período menstrual, gravidez, temperatura aumentada). Ou seja, no momento da avaliação podem ter-se valores que não correspondem ao processo inflamatório da AR, mas sim a outras situações.

Sabe-se, à partida, que para a avaliação da escala DAS 28 é necessário o valor de VHS e VAS, sendo a AR uma doença crónica e não sendo o tratamento com Infliximab curativo, mas promotor de uma melhoria da qualidade de vida.

No momento anterior ao tratamento, acentuam-se os sintomas da doença e, quando o doente regressa para um novo tratamento, os parâmetros da VHS e da VAS já se encontram novamente alterados. Muitos deles referem que quando se aproxima a data do novo tratamento já apresentam uma limitação motora muito maior relativamente à semana posterior ao tratamento. Assim, pode-se colocar como hipótese que em estudos futuros a aplicação do questionário deverá ser feita em momentos diferentes, pois como os questionários foram aplicados no dia do tratamento, os doentes apresentavam sempre um índice de actividade inflamatória mais elevado, assim como referiam mais dor.

De entre as relações estudadas, foram poucas as que evidenciaram relação moderada (HAQini-VHSini; VASini-DASini; DASini-DASfim; VASfim-DASfim; VHSfim-DASfim). Contudo, entre a VHSini e a DASini verificou-se uma correlação forte. Apenas a HAQini e a HAQfim apresentam uma correlação muito forte.

Pode-se concluir que as variáveis internas VAS e VHS têm relação interna moderada com a escala DAS28.

Por outro lado, a relação entre HAQini e HAQfim é muito forte, o que demonstra que apesar da actividade da doença aumentar, estes doentes apresentam melhoria significativa na qualidade de vida.

No estudo efectuado verificou-se também que dois dos doentes tinham iniciado tratamento apenas há seis meses, isto é, ainda apresentavam altos índices de actividade de doença e múltiplas articulações envolvidas. Parece ser ainda muito cedo para verificar melhorias significativas em tão pouco tempo de tratamento, visto doentes com muitos anos de tratamento ainda apresentarem scores elevados. Se o tratamento de dados excluísse estes dois doentes, constatávamos que, paralelamente à melhoria da qualidade de vida, também a actividade de doença teria diminuído (diminuiriam os scores de DAS, o que nos indicaria uma melhoria, isto é, os scores de DAS28 finais seriam inferiores aos scores da DAS28 inicial). Paralelamente a esta situação, também três dos doentes estudados e que fizeram parte da amostra tiveram que suspender os seus tratamentos com Infliximab. Dois destes doentes, por agravamento das suas queixas articulares, tiveram que fazer switch para um outro produto biológico e o terceiro, por intolerância ao medicamento, suspendeu mesmo o tratamento com Infliximab. Nenhum tratamento cura ou previne a AR, o seu grande ganho está na redução do impacto da doença na vida dos doentes, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo a sua incapacidade (Pollard, 2005).

Conclusão

Com a realização deste estudo apenas podemos assumir resultados como hipóteses, uma vez que as relações entre as variáveis são fracas e moderadas. Tal resultado pode estar relacionado com diversos factores: o tamanho da amostra, algumas particularidades da mesma e o momento da aplicação do questionário. No que concerne ao tamanho da amostra (n=13), este não permite generalizar os resultados para a população. Relativamente às particularidades da amostra, determinados elementos têm alguns condicionantes: 2 iniciaram tratamento há

menos de 6 meses, 2 suspenderam tratamento devido ao agravamento de outras patologias e outro fez switch com outro produto biológico. Após a aplicação do questionário, considerou-se que o momento da colheita de dados não foi o mais indicado, uma vez que, de um modo geral, todos os elementos da amostra referem que cerca de uma semana antes do tratamento apresentam agravamento dos sinais e sintomas. Todos estes factores podem influenciar a avaliação da actividade de doença nestes doentes e, consequentemente, a sua qualidade de vida.

Este estudo deverá ser então considerado como preliminar, servindo de base para ser usado num momento futuro em que se considere um estudo com uma amostra mais abrangente e significativa.

Referências bibliográficas

ASIF, M. ; SIDDIQUI, A. ; SCOTT, L. J. (2005) – Infliximab: a review of its use in Crohn´s and Rheumatoid Arthritis. **Drugs**. Vol. 65, nº 15, p. 2179-208.

BARBOSA, Iolanda Sousa (2007) – Artrite reumatóide. **Sinais Vitais**. Nº 73, p. 22-24.

BÉRTOLO, Manuel (2008) – **Como diagnosticar e tratar a artrite reumatóide** [Em linha]. [Consult. 25 Jan. 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=R003&id_materia=3949>..

BÉRTOLO, Manuel [et al.] (2007) – Actualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Vol. 47, nº 3, p. 151-159.

BRANCO, Jaime C. (2000) – **Avaliação diagnostica em reumatologia**. Lisboa : [s.n.].

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Loures : Lusociência.

HOCHBERG, Marc C. [et al.] [2009) – **Rheumatoid arthritis**. Philadelphia : Mosby Elsevier.

MELLO, Filipe (2008) – **Análise da correlação dos escores de actividade de doença na artrite reumatóide** [Em linha]. [Consult. 25 Jan. 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0650.pdf>.

MERENLENDER, Selma (2008) – Medidas e instrumentos II. **Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro**. Vol. 36, nº 128, p. 16-22.

Pq of life measures in the individual patient. **Clinical and Experimental Rheumatology**. Vol. 23, Supl.39, p. S43-S52.

QUEIROZ, Mário Viana de (2003 a) - **Artrite reumatoide**. 1ª.ed.. Lisboa : Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatoide. (Transcrição autorizada de Cadernos de Reumatologia, Vol. 13, nº. 4 (2002): 3-18;115-159.)

QUEIROZ, Mário Viana de (2003 b) – **Doenças reumáticas: manual para doentes**. Lisboa : Lidel.

QUEIROZ, Mário Viana de (2006) – **Doenças reumáticas em 12 lições**. Lisboa : Lidel. Vol. 1.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA. Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes (2008) – **Artrite reumatóide** [em linha]. [Consult. 6 Fev. 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.nedai.org/item.aspx?id_item=84&id_rubrica=104&id_seccao=51>.

SOUSA, Andreia [et al.] (2007) – **Arthritics impact measurement scales 2** – short version (2005): contributo para a adaptação e validação para Portugal. **Revista Portuguesa de Fisioterapia**. Vol. 1, nº 3, p. 35-43.