

Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide

María Inés Corbacho¹, Juan José Dapuetto²

RESUMO

Objetivos: Avaliar o impacto da artrite reumatoide (AR) sobre a capacidade funcional para o trabalho e a qualidade de vida relacionada com a saúde (CVRS), de pacientes portadores desta afecção. **Método:** Realizou-se um estudo descritivo transversal com uma amostra de 53 pacientes de um centro de reumatologia público de Montevidéu. Utilizando-se uma série de instrumentos foram avaliados a dor, a repercussão funcional, a CVRS e os níveis de atividade: EVA-D (Escala Visual Analógica- Dor), EVA-G (Escala Visual Analógica - Estado Geral), HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), SF-12 (*Medical Outcomes Study Short Form 12*), DAS 28 (*Disease Activity Score*). A análise estatística foi feita empregando coeficientes de remissão linear, teste *t* e ANOVA, buscando estudar a associação entre as variáveis independentes e a CVRS. O *intraclass correlation coefficient* (ICC) foi utilizado para verificar a correspondência entre a informação prestada pelo paciente e a observação do médico com relação ao bem-estar geral. **Resultados:** Foram constatados níveis altos de atividade (41,5% atividade grave, 26,5% baixa atividade ou remissão), dor grave (60%) e uma repercussão importante sobre o estado geral (média EVA-G 40, intervalo 0-100). Mais de 70% dos pacientes apresentaram níveis de HAQ de moderado a grave. A média do PCS (*Physical Component Summary*) do SF-12 foi de 31,5 pontos (intervalo 15,2 - 59,5; DP = 10,1) e o MCS (*Mental Component Summary*) foi de 37,9 pontos (intervalo 15,7 - 66,4; DP = 14,6). Foram fatores determinantes das medidas de CVRS a evolução acima de um ano e o nível de atividade. **Conclusões:** Este estudo demonstra o grande transtorno que a AR representa para os pacientes em razão da dor, do comprometimento do estado geral, da capacidade funcional, da situação de trabalho e CVRS física e emocional. Destaca-se a necessidade de implementar mudanças na abordagem terapêutica dessa população especialmente vulnerável.

Palavras-chave: artrite reumatoide, qualidade de vida, capacidade funcional, SF-12, HAQ.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença complexa que gera inflamação articular e dano estrutural, acarretando a deficiência física e no trabalho com altos custos socioeconômicos.^{1,2} Tem sido relatado que os pacientes com AR deixam de trabalhar 20 anos antes do que se espera na sua idade¹ e que apresentam grandes prejuízos na qualidade de vida. O uso de agentes biológicos para o tratamento dessa entidade é um desafio para a possibilidade de reduzir a carga causada pela doença.

Para a avaliação clínica dos pacientes com AR e a resposta aos diversos tratamentos, existem indicadores clinimétricos e questionários relatados pelo paciente, que avaliam a capacidade funcional e a qualidade de vida.²⁻⁴ A qualidade de vida relacionada com a saúde (CVRS), é definida como sendo a

avaliação que o próprio sujeito faz do impacto que a doença e seus tratamentos têm sobre as diferentes dimensões física, funcional, emocional, social e espiritual.⁵⁻⁹

O intuito desse estudo foi avaliar a situação no trabalho, a capacidade funcional e a qualidade de vida de uma amostra de pacientes com AR, para poder estabelecer estratégias e reduzir o impacto da doença.

MÉTODO

Pacientes

Foi realizado um estudo descritivo transversal de uma amostra de pacientes com AR maiores de 18 anos, lotados em um determinado posto de saúde, que consultaram o Instituto Nacional

Recebido em 02/07/2009. Aprovado, após revisão, em 05/01/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse. Instituto Nacional de Reumatologia do Uruguai.

1. Assistente do Departamento de Reumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade da República do Uruguai

2. Professor Agregado. Departamento de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade da República do Uruguai

Endereço para correspondência: María Inés Corbacho. Instituto Nacional de Reumatología. Avenida Italia s/n y Las Heras. 11600, Montevidéu. Uruguai.

E-mail: icorba@adinet.com.uy

de Reumatologia (INRU) do Ministério da Saúde Pública e os pacientes internados durante o período entre setembro de 2007 e março de 2008. Os pacientes incluídos respeitavam os critérios de classificação de ACR para AR.¹⁰ Foram excluídos do estudo os pacientes com diagnóstico de conectivopatias e síndromes de superposição. O estudo teve a aprovação institucional e foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos de avaliação

Foi aplicada uma bateria de instrumentos que consistiu nos seguintes itens:

Escala Visual Analógica de Dor (EVA-D). É uma escala unidimensional que marca a dor de 0 a 100 mm. As pontuações menores de 34 indicam “dor leve”, pontuações entre 35 e 67 “dor moderada” e maiores que 67 “dor grave”.¹¹

EVA de afecção do estado geral (EVA-G). Foi usada uma escala de 0 a 100 mm para avaliar a autopercepção do estado geral na semana anterior informado pelo paciente.¹²

Health Assessment Questionnaire (HAQ). Esse instrumento, desenvolvido por James F. Fries *et al.*,^{13,14} é um dos primeiros autorrelatórios do estado funcional (deficiência) e se tornou medida de resultado obrigatória nos ensaios clínicos em AR.¹⁵ O *Índice de Deficiência (ID)* que proporciona é avaliado por oito categorias: vestimenta e presença física, acordar, alimentar-se, andar, higiene, alcance, pegada e outras atividades do dia a dia. Para cada uma dessas categorias, o paciente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas que vão de “nenhuma dificuldade = 0” até “incapaz de fazê-lo = 3”. Inclui, também, um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte a terceiros para as atividades das oito categorias. A pontuação de cada categoria aparece no número mais alto de qualquer um dos seus itens. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias.¹⁶

Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey (SF-12) versão 1. O SF-12,¹⁷ a versão curta do questionário *Medical Outcome Study SF-36*, é o instrumento de avaliação de CVRS mais utilizado.¹⁸⁻²⁰ Consta de 12 itens provenientes das oito dimensões do SF-36: Função Física (2), Função Social (1), Papel Físico (2), Papel Emocional (2), Saúde Mental (2), Vitalidade (1), Dor Corporal (1), Saúde Geral (1). As opções de resposta compõem as escalas do tipo Likert que avaliam a intensidade ou a frequência. A versão 1 do SF-12 proporciona somente as pontuações de Resumo do Componente Físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e de Resumo do Componente Mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Essas variáveis de resumo constituem uma somatória das pontua-

ções ponderadas dos itens. Para facilitar a interpretação, essas pontuações são padronizadas junto aos valores das normas da população, sendo que 50 (desvio-padrão de 10) é a média da população geral. Já que não existem normas referentes à população do Uruguai para o SF-36 nem o SF-12, foram utilizadas as normas da população da Espanha. Tanto para a recodificação de itens quanto para a pontuação das escalas, foram utilizados os algoritmos de pontuação documentados e o programa disponível.²¹ São enormes as vantagens da versão abreviada, como por exemplo: redução do tempo de aplicação, diminuição da carga do preenchimento por parte dos pacientes, mantendo suas propriedades psicométricas e sua correlação com os valores das pontuações de resumo obtidas pelo SF-36.²² Ambos os instrumentos têm sido validados no Uruguai.²³

Os questionários foram respondidos de maneira pessoal e particular na sala de espera no caso do posto de saúde e no leito no caso de pacientes internados.

Foram registrados também dados sociodemográficos. O Indicador de Graffar foi utilizado para a estratificação das classes sociais.

Os dados biomédicos foram registrados pelo médico que acompanhava o paciente e incluíram a evolução da doença, as manifestações extra-articulares, o fator reumatoide (FR), a velocidade de hemossedimentação (VHS) do mês anterior, tratamento de remissão, uso de corticoides. Foi incluído também um homúnculo para marcar as articulações tumefactas e dolorosas, e uma versão de EVA-G para o médico.¹²

Foi realizado o cálculo da atividade da doença por meio do *Disease Activity Score 28 (DAS 28)*²⁴ em um programa de computação. Segundo o resultado obtido, levou-se em conta o paciente em remissão caso o valor fosse menor que 2,6; entre 2,6 e 3,2 com baixa atividade; maior que 3,2 e 5,1 com atividade moderada e maior que 5,1 doença muito ativa.

Análise estatística

Foi estudada a associação entre as diversas variáveis biológicas, sociodemográficas e o grau de deficiência, junto com a CVRS, através de uma análise univariada utilizando coeficientes de remissão linear para a comparação das variáveis contínuas, e o teste de *t* e ANOVA (com comparações de Scheffé), para o estudo das variáveis de categorias dicotômicas e politômicas, respectivamente.

Foi estudada também a concordância entre as medições do EVA-G do paciente e do médico através do cálculo do coeficiente de correlação intraclassa (ICC).

Em todos os casos, o nível de significância estatística ficou estabelecido em $P < 0,05$.

RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 64 pacientes; 11 deles (17%) foram excluídos porque os questionários estavam incompletos. Para a análise, foram levados em conta 53 pacientes (83%). As características sociodemográficas da amostra aparecem na Tabela 1. É bom frisar que, na sua maioria, são pacientes com baixo nível cultural, desempregados ou com baixo nível de ocupação e que pertencem a classes sociais economicamente achatadas. Sessenta e seis por cento (n = 35) deles diziam estar desempregados por causa da doença.

A duração média da doença foi de 9,8 anos (taxa: 1 a 31 anos; DP = 7,2). As características clínicas como o tratamento recebido no momento da pesquisa são especificadas também na Tabela 1. Os pacientes em tratamento com prednisona recebiam doses abaixo de 20 mg/dia. É bom frisar que nenhum dos pacientes da amostra estava recebendo agentes biológicos.

Os resultados do preenchimento dos questionários são mostrados na Tabela 2. Destaca-se uma alta porcentagem (60%, n = 32) com medições de EVA-D maiores ou iguais a 67 mm que significa uma dor grave. Foi observada uma diferença importante na média do EVA-G relatada pelos médicos e pelos pacientes, com pior avaliação do estado geral desses últimos. Por sua vez, o ICC foi de 0,48 (IC: 95% = 0,24-0,66; P < 0,000) correspondendo a uma correlação moderada.

Foi constatado um DAS 28 médio de 4,68 (mediana 4,7; taxa: 1,74 - 7,92; DP = 1,79). A distribuição dos pacientes segundo o valor do DAS 28 aparece na Tabela 3. Somente 26,5% (n = 14) dos pacientes estavam em remissão ou com baixa atividade da doença (DAS 28 menor ou igual a 3,2), 32% (n = 17) com atividade moderada e 41,5% (n = 22) apresentavam uma atividade intensa.

Capacidade funcional e qualidade de vida

A análise do estado funcional avaliado por meio do HAQ (Tabela 3), mostrou uma média de 1,56 (taxa de 0-3; DP = 0,86); 77,3% dos pacientes apresentavam uma afecção moderada ou grave.

Quanto às medições de CVRS, foi observado que o valor médio do Resumo do Componente Físico (PCS) é de 31,5 pontos (taxa 15,2- 59,5; DP = 10,1). 56,6% (n = 30) dos pacientes têm pontuações que se encontram mais de dois desvios-padrão (DP) abaixo da média da população. O Resumo do Componente Mental (MCS) foi em média de 37,9 (taxa: 15,7 - 66,4; DP = 14,6) com uma proporção de 32,2% (n = 17) dos pacientes com pontuações abaixo de 2 DP da média da população. Isso mostra que existe uma grave deterioração

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n = 53)

	n	%
Sexo		
Feminino	47	88,7
Idade		
Média 51,9 anos (DP = 12)		
Nível de instrução		
Primeiro Grau incompleto	13	24,5
Primeiro Grau completo	18	34
Segundo Grau incompleto	8	15,1
Segundo Grau completo	4	7,5
Nível técnico	10	18,9
Faculdade	0	0
Situação trabalhista		
Desempregado	35	66
Operário não especializado	8	15
Operário especializado	3	5,7
Administrativo	1	2
Aposentado	6	11,3
Classe social segundo a escala de Graffar		
I Classe alta	0	0
II Classe média alta	1	1,9
III Classe média	4	7,5
IV Classe média baixa	23	43,4
V Classe baixa	25	47,2
Renda dos pacientes desempregados (n = 35)		
Pensão por deficiência	10	28,6
Plano de emergência	1	2,8
Sem renda pessoal	24	68,6
Fator reumatoide positivo	40	75,5
Forma de início da doença		
Síndrome de poliartrite	44	84,0
Monoartrite	5	9,4
Comprometimento coxofemoral	5	9,4
Manifestações extra-articulares		
Nódulos subcutâneos	15	28,3
Síndrome de Sjögren	6	11,3
Comprometimento pulmonar	4	7,5
Vasculite	1	1,9
Pacientes em tratamento com DARMDS		
Metotrexato	37	69,8
Leflunomida	17	32,1
Hidroxicloroquina	6	11,3
Sulfassalazina	2	3,8
Tratamento combinado	13	24,5
Pacientes em tratamento com Prednisona		
	39	74,0

DARMDS: Drogas antirreumáticas modificadoras de doenças.

Tabela 2
Avaliação dos parâmetros clínicos de pacientes com AR

	Média ± DP (taxa)
EVA-D mm	68,7 ± 34,6 (0-100)
EVA-G (paciente) mm	66,4 ± 36 (0-100)
EVA-G (médico) mm	36,5 ± 24,3 (0-90)
VHS mm	35,8 ± 27,4 (7-120)
Articulações tumefactas	3,2 ± 4,9 (0-19)
Articulações dolorosas	7,2 ± 9 (0-28)

EVA-D: escala visual analógica de dor; EVA-G: avaliação do estado geral na escala visual analógica; VHS: velocidade de hemossedimentação.

Tabela 3
Atividade da doença segundo o DAS 28 e o grau de deficiência avaliado através do HAQ (n = 53)

	%	n
DAS 28		
Remitência (< 2,6)	19,0	10
Atividade leve (2,6 a 3,2)	7,5	4
Atividade moderada (> 3,2 a 5,1)	32,0	17
Atividade intensa (> 5,1)	41,5	22
HAQ		
Deficiência leve (HAQ de 0 a 1)	22,7	12
Deficiência moderada (HAQ > 1 a 2)	39,6	21
Deficiência grave (HAQ > 2 a 3)	37,7	20

DAS 28: Disease Activity Score; HAQ: Health Assessment Questionnaire.

Tabela 4
Correlação entre dor, avaliação global da doença por parte do paciente e qualidade de vida

	EVA-D	EVA-G
PSC	Beta - 0,6 P < 0,001	Beta - 0,60 P < 0,001
MCS	Beta - 0,48 P < 0,001	Beta - 0,43 P = 0,001

EVA-D: escala visual analógica da dor; EVA-G: avaliação do estado geral; PCS: Physical Component Summary; MCS: Mental Component Summary; Beta: coeficiente de remissão linear padronizado.

na qualidade de vida em grande parte desses pacientes, tanto na sua dimensão do bem-estar físico quanto no emocional.

Foi determinada a associação entre a qualidade de vida e as variáveis clínicas e sociodemográficas. Mediante a remissão linear simples, foram achados coeficientes negativos que foram estatisticamente significativos para EVA-D e EVA-G com ambos componentes de resumo do SF 12 (Tabela 4).

A análise de ANOVA mostrou que existem diferenças significativas na média das pontuações de PCS (P = 0,001)

Tabela 5
Diferenças nas pontuações do SF-12 com relação aos grupos de critério clínicos

Tempo a partir do diagnóstico	n	PCS	MCS
		Média ± DP	Média ± DP
1 ano ou menos	4	46,9 ± 10,8	53,9 ± 8,6
> de 1 ano	49	30,3 ± 9,0	36,6 ± 14,3
P**		0,001	0,018
DAS 28			
< 2,6	10	41,3 ± 12,3	46,3 ± 14,3
2,6 – 3,2	4	39,2 ± 12,2	45,2 ± 13,4
> 3,2 – 5,1	17	29,3 ± 6,55	35,4 ± 13,2
> 5,1	22	27,4 ± 7,3	34,7 ± 15,0
P*		0,000	NS
Diferença de subgrupos*		(< 2,6) e (2,6 a 3,2) > (> 3,2 a 5,1) e (>5,1)	
HAQ			
0-1	13	42,5 ± 11,5	46,7 ± 14,1
> 1 – 2	24	30,9 ± 6,15	36,6 ± 14,9
> 2 – 3	16	23,6 ± (4,1)	32,9 ± 12,1
P*		0,000	0,03
Diferença de subgrupos*		0-1 > 2 > 3	0-1 > 2,3

* Comparações de Scheffé; o símbolo > isola grupos com pontuações significativamente maiores àqueles que possuem pontuações mais baixas; ** Teste de t para amostras independentes. Significativo P < 0,01; HAQ: Health Assessment Questionnaire; HAQ 0-1 Deficiência leve; > 1 - 2 Deficiência moderada; > 2 - 3 Deficiência grave; DAS 28: Disease Activity Score; DAS 28: Com remissão: < 2,6; Baixa atividade: 2,6 – 3,2; Moderada atividade: > 3,2 – 5,1; Doença muito ativa: > 5,1; PCS: Physical Component Summary; MCS: Mental Component Summary.

e MCS (P = 0,018) entre os pacientes que tinham um ano ou mais de um ano de evolução (Tabela 5). Além disso, foram observadas diferenças significativas nas médias do PCS com relação a maiores níveis de atividade da doença medidos pelo DAS 28; o que não aconteceu com relação às pontuações do MCS (Tabela 5). As diferenças entre a média das pontuações do PCS e MCS segundo os diferentes grupos do HAQ (leve, moderado, grave), aparecem na Tabela 5, existindo uma associação entre a deterioração da capacidade funcional e a CVRS em seus componentes físico e mental.

Não encontramos diferenças no HAQ, PCS e MCS quanto a sexo, idade e nível cultural.

DISCUSSÃO

Foi estudada uma amostra de pacientes com AR no intuito de avaliar o impacto da doença sobre a capacidade funcional

e a qualidade de vida, para poder melhorar as intervenções terapêuticas.

A maioria dos pacientes deste estudo apresenta um nível socioeconômico baixo com pouca escolaridade.

Mais da metade tinha apenas o ensino fundamental, em muitos casos incompleto, razão pela qual trabalhava no serviço doméstico ou na construção. Esses trabalhos exigem grande destreza manual e um importante esforço físico, o que frequentemente os fazem perder o emprego nos primeiros anos da doença, sem chance de serem realocados ou de terem alguma reinserção em outra tarefa. Isso explica o alto nível de desemprego (66%) nessa amostra, na sua maioria em idade de trabalho ativa. Esse fato é consoante com as observações de Bjork *et al.*²⁵, que constataram uma redução de 70% da função manual em mulheres com AR no início e 50% na evolução, se comparado com mulheres sem patologia de mão, o que explicaria a alta incidência de perda de trabalhos manuais.

Nessa pesquisa, os indicadores clinimétricos de dor, valorização global da doença, atividade, funcionalidade e qualidade de vida foram úteis para quantificar a carga da AR no funcionamento e no bem-estar dos pacientes.

Em termos gerais, os pacientes com AR, relataram uma redução significativa da capacidade funcional medida pelo HAQ e da qualidade de vida em seus componentes físico e mental, medidos pelas escalas PCS e MCS do SF-12, se comparados com as normas da população geral tomadas como referência. As comparações com outras doenças crônicas nos mostram que o impacto da AR documentado nesta pesquisa deveria ser considerado clinicamente significativo.²⁶

Sessenta por cento dos pacientes da amostra relataram dor intensa, o que nos faz pensar na necessidade de medidas analgésicas mais específicas, em se tratando de uma doença na qual o tratamento da dor é considerado como parte do tratamento de remissão.

Da mesma forma, destacamos a diferença obtida entre a valorização do impacto sobre o estado geral (EVA-G), informado pelo paciente e o médico, sendo significativamente mais alto o referido pelo paciente. É conhecido o fato de que, na percepção da dor e do estado de bem-estar geral, existem fatores psicossociais que estão em jogo, além dos gerados pela doença em si, o que frisa a importância de contar com avaliações referidas pelos pacientes para valorizar os resultados dos tratamentos.²⁷

Foram encontrados muitos pacientes com um índice de atividade entre moderado e grave, o que chama a atenção, pois a totalidade dos pacientes da amostra estava sendo assistida exclusivamente por reumatologistas. Esse fato poderia estar ligado com os seguintes fatores:

1) “Fraquezas” do indicador de atividade. Os pacientes com alguma comorbidade (por exemplo, com lombalgia incapacitante ou fibromialgia), relatavam dor intensa e grande repercussão da doença sobre o estado geral (EVA-G), com valores próximos a 100, ainda que se tenha 0 articulação dolorosa ou tumefacta. Na hora de calcular o DAS 28, obtém-se uma pontuação bastante elevada.

2) O tratamento dado a esses pacientes, em alguns casos, pode não ser ideal, não sendo conseguido o controle adequado da inflamação. Nesse sentido, vemos que somente a quarta parte recebia tratamento combinado de 2 ou 3 medicamentos de remissão e que nenhum paciente estava em tratamento com agentes biológicos. Isso se deve a que a incorporação desses agentes nos pacientes assistidos nos serviços de saúde do governo ocorreu recentemente, a partir de janeiro de 2009.

3) Uma adesão não adequada por parte do paciente ao tratamento médico, quanto à posologia dos medicamentos, como também controles irregulares devido a problemas na informação ou barreiras assistenciais como, por exemplo, a falta de recursos econômicos para chegar às consultas.

Os níveis de HAQ registrados nessa pesquisa são mais elevados que os encontrados por outros autores em estudos descritivos, o que poderia ser explicado pelo baixo nível socioeconômico e de escolaridade dessa amostra, e é um dos principais fatores de risco para a deficiência. Isso significa que, enquanto menor for a quantidade de anos de escolaridade, maior será o valor do HAQ.²⁷⁻²⁹ No nosso estudo, não foi possível detectar diferenças estatisticamente significativas na média das pontuações do HAQ segundo o nível cultural, provavelmente devido à homogeneidade da amostra.

É conhecido que um HAQ elevado no início da doença é um mau fator prognóstico para o abandono do trabalho.²⁹ Um meio sociocultural deficitário teria mais impacto sobre a deficiência gerada pela AR do que os fatores determinados pela doença em si. Isso seria devido aos pacientes terem pouco acesso à atenção sanitária, e, em certas ocasiões, por descumprirem irregularmente com as indicações do médico por incompreensão e desconhecimento da doença.²⁸⁻³⁰

Vários pesquisadores dizem que as altas pontuações em EVA-D e HAQ (sobretudo no início da doença) deveriam ser vistas como sinais de alarme, devendo optar por tratamentos mais agressivos, para evitar a deficiência nos anos seguintes.²⁷ Portanto, a terapia combinada no início seria uma proteção contra a deficiência, mantendo o paciente no trabalho por mais tempo.²⁷

Foi comprovada também uma deterioração importante na qualidade de vida com relação à saúde desses pacientes, a qual atinge ambos os componentes, mas que foi bem maior no componente físico. As pontuações das subescalas PCS e MCS

do SF-12, encontradas nos pacientes com AR desse estudo, são idênticas, ou ainda piores do que as já informadas por pacientes em tratamento substitutivo da função renal e em pacientes com doença de Parkinson no Uruguai.²³

Os pacientes que registram maior dor, EVA-G e deficiência funcional apresentam pior qualidade de vida em seus componentes físico e mental do SF-12. Os pacientes com doença muito ativa relatam pior qualidade de vida no componente físico.

Esse estudo tem limitações que impedem a generalização dos resultados à população de pacientes portadores de AR no Uruguai. A amostra de pacientes foi pequena e pertencia a apenas um centro público da cidade de Montevidéu, selecionada por conveniência, sendo homogênea quanto às características sociodemográficas e educacionais. Trata-se do primeiro estudo desse tipo desenvolvido no país e, portanto, os resultados obtidos são um bom ponto de partida para compreender melhor o impacto que a doença tem nesse grupo de pacientes, que é especialmente vulnerável e para o qual será necessária a implementação de maiores recursos na saúde para aliviar a pesada carga de sofrimento que eles experimentam.

Da mesma forma, estabelece as bases para implementar estudos em amostras mais numerosas, com maior variação dos fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, assistenciais destinados a avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas, não só partindo da perspectiva das variáveis biomédicas, mas também incluindo resultados avaliados pelos pacientes sobre o grau de deficiência e sua qualidade de vida. Além disso, é uma contribuição para a comunidade reumatológica latino-americana, pois não existem estudos desse tipo até o momento no nosso continente.

Em função da deterioração funcional e da qualidade de vida, com a conseguinte perda do emprego, carga sintomática com dor intensa, níveis elevados de atividade que detectamos nessa amostra de pacientes assistidos no INRU, temos uma série de medidas que precisamos levar em conta na assistência, para

que, de acordo com as pautas de tratamento internacionais, e levando em conta os recursos disponíveis no nosso sistema assistencial, seja implementada uma estratégia no intuito de reduzir o grau de deficiência gerado pela AR:

1) Educação permanente, mantendo uma boa relação médico-paciente, especialmente para aqueles de baixo nível cultural, no intuito de conseguir maior compreensão e maior adesão no tratamento e nos controles clínicos.

2) Aplicação de um conjunto mínimo de medidas clínicas e de questionários autoaplicados (EVA-D, EVA-G, DAS 28, HAQ e SF-12), na consulta para o acompanhamento da evolução e o controle de tratamento que complemente a observação do médico.

3) Aqueles pacientes com HAQ, EVA-D e DAS 28 elevados desde o início, deveriam ser tratados com uma terapia agressiva que combine medicamentos remitentes e que siga os protocolos internacionais para diminuir a incidência do prejuízo estrutural e a conservação da função.

4) Consulta rápida com o fisiatra para a terapia de trabalho e conselhos de economia articular, vinculados com a atividade que desempenha, tentando manter o paciente no trabalho durante o maior tempo possível.

CONCLUSÕES

Neste estudo, fica evidente que a AR tem um grande impacto sobre a função e a qualidade de vida dos pacientes, gerando um alto nível de desemprego. Destacamos o fato de melhorarmos o controle sintomático, especialmente a dor. Existe uma discordância entre as avaliações de médicos e pacientes sobre o grau do impacto funcional, destacando-se a necessidade de contar com avaliações do tratamento da perspectiva do paciente para melhorar os resultados. Fica a proposta de que um enfoque agressivo e global do paciente desde o início da doença possa ajudar a melhorar o prognóstico vital e funcional dos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

REFERENCES

1. Woolf A, Pfleger B. Burden of mayor musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(9).
2. Van Riel P, Shumacher H. How does one assess early rheumatoid arthritis in daily clinical practice? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2001; 15(1):67-76.
3. Pincus T. Advantages and limitations of quantitative measures to assess rheumatoid athritis. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2006; 64:1-2.
4. Van Riel P, Franse J. DAS 28: a useful instrument to monitor infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2005; 7:189-90.
5. Aaronson N. Quality of Life Research in Cancer Clinical Trial: A Need for Common Rules and Language. *Oncology* 1990; 4(5):59-66.
6. Calman K. Definitions and Dimensions of Quality of Life. In: N.K. Aaronson and J.H. Beckmann (eds.). *The Quality of Life of Cancer Patients*. New York: Raven Press, 1987.
7. Cella D, Tulsky D. Measuring Quality of Life Today: Methodological Aspects. *Oncology* 1990; 4(5):29-38.
8. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med* 1993; 118(8):622-9.
9. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.
10. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS *et al*. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-24.
11. Bird SB, Dickson EW. Clinically significant changes in pain along the visual analog scale. *Ann Emerg Med* 2001; 38:639-43.
12. Pincus T, Sokka T. Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials and clinical care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17(5):753-81.
13. Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman H. Measurement of Patient Outcome in Arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23:137-45.
14. *The Health Assessment Questionnaire Manual*. Stanford University School of Medicine. Division of Immunology & Rheumatology. Disponible en [<http://www.chcr.brown.edu/pcoc/EHAQDESCRSCORINGHAQ372.PDF>] (Acesso em 12 de maio de 2008).
15. Ramey DR, Fries JF, Singh G. The Health Assessment Questionnaire. 1995 Status and Review. In B. Spilker *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996.
16. Bruce B, Fries J. The Stanford Health Assessment Questionnaire Dimensions and Practical Applications. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:20.
17. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-233.
18. Ware JE, Gandek B, and the IQOLA Project Group. The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health* 1994; 23:49-73.
19. Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Vilagut G, Broquetas JM, Roca J *et al*. For the Quality of Life in COPD Study Group: Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1087-94.
20. Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner J *et al*. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1149-58.
21. BiblioPro. Red IRYSS. IMIM, Barcelona, España. Disponible en [http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf] (Acesso em 6 de março de 2008).

22. Dapuetto JJ, Galain AI, Olaizola I, Schwartzmann L. Comparison of the SF-36 and SF-12 in dialysis patients in Uruguay. Disponible en [<http://www.isoqol.org/2007mtgabstracts>] The QLR Journal. A-60. Abstract #1181.
23. Galain AI, Dapuetto JJ, Schwartzmann L. Evaluation of the SF-36 in Various Clinical Settings in Uruguay. 2006 International Society for Quality of Life meeting abstracts [<http://www.isoqol.org/2006mtgabstracts>]. The QLR Journal. A-68. Abstract #1543.
24. Prevo MLL, van 't Hof MA, Kuper HH. 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; 38:44-8.
25. Bjork M, Thyberg I, Haglund L, Skogh T. Hand function in women and men with early rheumatoid arthritis. A prospective study over three years (The Swedish TIRA project). *Scand J Rheumatol* 2006; 35:15-9.
26. Kosinski M, Kujawski SC, Martin R, Wanke LA, Buatti MC, Ware JE Jr *et al.* Health related quality of life in early rheumatoid arthritis: impact of disease in treatment response. *Am J Manag Care* 2002; 8:231-40.
27. Puolakka K, Kautiainen H, Mattonen T. Predictors of productivity loss in early rheumatoid arthritis: a year follow up study. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:130-3.
28. Pincus T. Patient questionnaires and formal education as more significant prognosis markers than radiographs or laboratory tests for rheumatoid arthritis mortality. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2007; 65(1):S29-S36.
29. Scott DL, Pugner K, Kaarela K. The links between joint damage and disability in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000; 39:122-32.
30. Helliwell P, O'Hara M, Holdsworth J. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 1999; 38:303-8.