


Determinantes psicológicos da qualidade-de-vida em pessoas com artrite reumatóide

Psychological determinants of quality of life in patients with rheumatoid arthritis
Determinantes psicológicos de la calidad de vida en personas con artritis reumatoide

Ana Almeida Ribeiro¹  <https://orcid.org/0000-0001-8952-6778>

Madalena Cunha^{2,3,4}  <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Paulo Monteiro⁵  <https://orcid.org/0000-0001-9760-8132>

Diana Nunes⁶  <https://orcid.org/0000-0003-4056-8509>

Raquel Rodrigues⁶  <https://orcid.org/0000-0002-5993-9157>

Cátia Assis⁶  <https://orcid.org/0000-0002-0084-0830>

Maria Adriana Henriques¹  <https://orcid.org/0000-0003-0288-6653>

Como citar:

Ribeiro AA, Cunha M, Monteiro P, Nunes D, Rodrigues R, Assis C, et al. Determinantes psicológicos da qualidade-de-vida em pessoas com artrite reumatóide. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0384345.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00384345>



Descritores

Ansiedade; Depressão; Qualidade de vida; Artrite reumatóide

Keywords

Anxiety; Depression; Quality of life; Arthritis, Rheumatoid

Descriptores

Ansiedad; Depresión; Calidad de vida; Artrite reumatoide

Submetido

17 de Dezembro de 2020

Aceito

19 de Julho de 2021

Autor correspondente

Ana Almeida Ribeiro
E-mail: anaalmeidaribeiro@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pazetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar o estado emocional, nas dimensões ansiedade e depressão, e a qualidade de vida, em pessoas com artrite reumatóide.

Métodos: Estudo primário, descritivo e transversal, desenvolvido na região norte de Portugal, com uma amostra de 139 pessoas com artrite reumatóide (79,86% mulheres) e com média de idades de 63.05 anos. Foram aplicados: um questionário sociodemográfico, a escala “Hospital Anxiety and Depression Scale” e o questionário “EQ-5D – Avaliação de Ganhos em Saúde”. Na análise de dados, por meio do programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24*, recorreu-se à estatística inferencial, considerando-se estatisticamente significativo um $p < 0,05$.

Resultados: Os achados sobre o estado emocional mostraram níveis de ansiedade severos em 45,3%, ansiedade moderada em 36,7%, ansiedade leve em 10,1% e apenas 7,9% dos participantes pontuaram sem ansiedade. A maioria não apresenta sintomatologia depressiva (71,9%) e 13,7% manifestou depressão leve. Os baixos níveis de depressão foram associados a uma melhor qualidade-de-vida, contrariamente aos níveis de ansiedade, onde uma diminuição dos mesmos diminui a qualidade-de-vida ($p=0,000$).

Conclusão: Observou-se que a ansiedade e a depressão emergiram como preditores da QDV em pessoas com AR. Para proteger e melhorar a saúde dos pacientes, destaca-se a necessidade de implementar intervenções de enfermagem direcionadas ao controle dos fatores que induzem comportamentos ansiogênicos e depressivos.

Abstract

Objective: To assess the emotional states of the anxiety and depression dimensions and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: A primary, descriptive, and cross-sectional study conducted in the northern region of Portugal, using a sample of 139 people suffering from rheumatoid arthritis (79.86% of whom were women) with a mean age of 63.05 years. A sociodemographic questionnaire, the “Hospital Anxiety and Depression Scale” and the “EQ-5D – Health Gains questionnaire were administered. Inferential statistics were used to conduct data analysis. IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24 program was the instrument of choice and $p < 0.05$ was deemed statistically significant.

Results: Findings on emotional state showed severe/extreme anxiety levels in 45.3% of the respondents, moderate anxiety in 36.7% of them, mild anxiety in 10.1% and only 7.9% of participants showed no sign of anxiety. Most of the participants did not present any sort of depressive symptoms (71.9%) and 13.7% of them

¹Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

²Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Braga, Portugal.

³Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.

⁴Sigma Theta Tau International, Coimbra, Portugal.

⁵Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal.

⁶Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

were diagnosed with mild depression. Low levels of depression were associated with a better quality of life. On the other hand, low levels of anxiety seem to lead to poorer quality of life ($p=0.000$).

Conclusion: Evidence shows that anxiety and depression are predictors of QOL in patients with RA. That way, nursing interventions aimed at controlling the factors that trigger anxiogenic and depressive behaviours must be implemented to protect and improve patients' health.

Resumen

Objetivo: Evaluar el estado emocional, en las dimensiones ansiedad y depresión, y la calidad de vida, en personas con artritis reumatoide.

Métodos: Estudio primario, descriptivo y transversal, desarrollado en la región norte de Portugal, con una muestra de 139 personas con artritis reumatoide (79,86 % mujeres) con un promedio de edad de 63.05 años. Se aplicaron: un cuestionario sociodemográfico, la escala "Hospital Anxiety and Depression Scale" y el cuestionario "EQ-5D – Avaliação de Ganhos em Saúde". En el análisis de datos, por medio del programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24*, se recorrió a la estadística inferencial, y se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Los hallazgos sobre el estado emocional mostraron niveles de ansiedad severos en 45,3 %, ansiedad moderada en 36,7 %, ansiedad leve en 10,1 % y apenas el 7,9 % de los participantes puntuaron sin ansiedad. La mayoría no presenta sintomatología depresiva (71,9 %) y el 13,7 % manifestó depresión leve. Los bajos niveles de depresión estuvieron asociados a una mejor calidad de vida, contrariamente a los niveles de ansiedad, en la que una disminución en ellos disminuyó la calidad de vida ($p=0,000$).

Conclusión: Se observó que la ansiedad y la depresión emergieron como predictores de la CDV en personas con AR. Para proteger y mejorar la salud de los pacientes, se destaca la necesidad de implementar intervenciones de enfermería direccionadas al control de los factores que inducen a comportamientos ansiogénicos y depresivos.

Introdução

O surgimento de uma doença crônica no adulto implica mudanças de comportamento potencializando transtornos de ansiedade e depressão, impactando na qualidade de vida, entendida como a percepção do indivíduo sobre sua idiosincrasia, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e complexo, que se concentra em vários determinantes, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e meio ambiente.⁽¹⁾

As Doenças Reumáticas (DR) são as principais responsáveis por elevados custos em saúde, nomeadamente com consultas, internações, medicamentos, tratamentos de reabilitação e perda de qualidade de vida (QDV) dos doentes reumáticos, que se traduz na primeira causa de incapacidade temporária e num elevado número de baixas por doença e de reformas antecipadas.⁽²⁾

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória e crônica das articulações, que afeta aproximadamente 0,5 a 1% da população mundial de adultos.⁽³⁾ Sua incidência aumenta entre os 25 e os 55 anos de idade, mais comumente nas mulheres do que nos homens, em uma razão de 2/3:1.⁽⁴⁾ Também, no seio da população portuguesa, foi apurada uma prevalência de 0,7% para a AR.⁽²⁾

A AR tem como principal manifestação, o envolvimento das articulações e das estruturas periarticulares podendo afetar o tecido conjuntivo em

qualquer parte do organismo e originar várias manifestações sistêmicas.⁽⁵⁾ Acarreta assim, um declínio da capacidade funcional, da qualidade de vida e um risco aumentado de comorbidades associadas.⁽³⁾

Não existindo cura para a AR, seu tratamento visa controlar sintomas, aliviar a dor, prevenir danos estruturais e morte prematura, melhorar/normalizar a função, melhorar a participação social e a QDV dos doentes.^(5,6)

Várias comorbidades psiquiátricas, tais como a depressão e a ansiedade, são comuns em pessoas com AR, podendo levar a consequências indesejáveis.^(7,8)

A depressão, enquanto entidade nosológica, se manifesta pela presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer por atividades anteriormente prazerosas, baixa concentração, perturbação do apetite e do sono, sensação de culpa, baixa autoestima, desesperança, entre outros, impactando na qualidade de vida das pessoas.⁽⁹⁾

Além da depressão, a ansiedade é um dos transtornos mentais mais comuns, constituindo hoje um desafio à saúde pública. Caracteriza-se como um sentimento vago e inapelável de medo, apreensão, caracterizado por pressão ou incômodo oriundo da antecipação de um perigo e do desconhecido ou incomum.⁽¹⁰⁾

A depressão está associada a elevados níveis de dor e incapacidade, menor qualidade de vida relacionada à saúde e aumento da mortalidade,^(7,11,12) de modo que as entidades nosológicas em análise no curso de doenças crônicas carecem de avaliação, prevenção e, se necessário, tratamento.

Nesse contexto, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) de Zigmond e Snaith em 1983, possibilita o diagnóstico de transtornos de ansiedade e/ou depressão⁽¹³⁾ e, por isso, foi privilegiada na presente investigação.

A literatura científica internacional sobre o desenvolvimento de doença mental no curso da artrite reumatoide é escassa, justificando a investigação da existência de uma relação entre ambas, cumprindo por esta via um desígnio da Ordem dos Enfermeiros Portugueses que recomenda a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente acessíveis com base no maior índice de evidência e no melhor grau de recomendação.

O presente estudo primário justifica-se pela necessidade de monitorar variáveis com impacto na adesão do regime terapêutico, adicionalmente, considera-se que a avaliação dos diferentes níveis destas entidades nosológicas em pessoas com doenças crônicas, como a AR, como essencial para a sua efetiva prevenção e estabelecimento de um tratamento holístico.

Movidos pela importância de melhor conhecer o impacto da AR na vida das pessoas por ela acometida, objetiva-se com este estudo, avaliar o estado emocional, nas dimensões ansiedade e depressão, e a qualidade de vida na pessoa com AR, possibilitando assim o planeamento de intervenções de enfermagem mais ajustadas.

Somam-se, assim, como questão norteadora e hipótese de investigação, respectivamente, os seguintes enunciados:

- Será que o estado emocional, nas dimensões ansiedade e depressão, se relaciona com a qualidade de vida em pessoas com artrite reumatóide, assistidas na consulta de reumatologia de uma unidade hospitalar da zona norte de Portugal?
- O estado emocional, nas dimensões ansiedade e depressão, prediz a qualidade de vida das pessoas com artrite reumatóide.

Métodos

Estudo, de natureza descritivo analítico-correlacional, conduzido segundo um enfoque transversal, que integra um projeto de investigação

mais abrangente, intitulado Desenvolvimento e Viabilidade de uma Intervenção eNURSING com Pessoas com Artrite Reumatóide: Continuidade de Cuidados, cujo desenho e desenvolvimento do estudo principal é guiado pelo quadro do Medical Research Council (MRC)^(14,15) para intervenções complexas, pertencendo ao primeiro passo do MRC (Desenvolvimento), nomeadamente no ponto: modelar componentes da intervenção e definir resultados.

O desenvolvimento do estudo cumpriu os procedimentos formais, legais e éticos da boa conduta de investigação, designadamente:

- O estudo foi aprovado e registrado, com parecer favorável, pela Universidade de Lisboa e no RNTD de Portugal, identificador TID 101622929;
- Foi obtida a autorização para cada escala utilizada pelos autores;
- A investigação foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Saúde da unidade hospitalar de referência (nº de referência 03/20/05/2019), obtendo parecer favorável.
- A aplicação do instrumento de coleta de dados foi autorizada pelo Conselho de Administração da unidade hospitalar da zona norte de Portugal.
- Aos participantes foram garantidos os direitos de autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade. Todos os dados coletados implicaram a existência de um consentimento informado, esclarecido e livre.

A amostra não probabilística, por conveniência, de 139 participantes, corresponde a 80% do total de pessoas com AR, assistidas na consulta de reumatologia de uma unidade hospitalar da zona norte de Portugal. Como critério de exclusão se definiu a existência de um diagnóstico prévio de outra doença crônica, de que são exemplo a ansiedade e a depressão. O instrumento de coleta de dados incluiu questões sobre aspectos sociodemográficos, a escala “HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale” (Versão portuguesa, validada por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, & Martins, 2007) e o questionário “EQ-5D - Avaliação de Ganhos em Saúde, versão portuguesa, 1997, 2013, EQ-5D v2” (Grupo EuroQoL, 1987, validada pelo Centro de Estudos e Investigação em

Saúde da Universidade de Coimbra). A presença de sintomatologia tradutora de ansiedade e depressão, foi avaliada mediante aplicação da escala *HADS*, desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983, no sentido de reconhecer os componentes emocionais de doenças físicas, funcionando como um dispositivo de diagnóstico para a ansiedade e depressão, em um ambiente hospitalar geral, comprovando assim a sua utilidade na avaliação de mudanças no estado emocional do paciente.⁽¹⁶⁾

A *HADS* é composta por duas subescalas: uma que mede a ansiedade, com sete itens, e outra que mede a depressão, também com sete itens, pontuadas separadamente. O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), em uma escala de Likert de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que se adapta ao que sentiu durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultante da soma dos valores dos itens de cada subescala. Valores mais elevados indicam altos níveis de ansiedade e depressão.

Os escores obtidos para cada subescala podem indicar um possível distúrbio clínico. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores mais baixos como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão pode ser classificada como “normal” (0-7), leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21).^(13,16)

Na avaliação da qualidade de vida das pessoas com AR, utilizou-se o questionário *EQ-5D*, que permite a combinação de dois componentes essenciais de qualquer medida de qualidade de vida relacionada à saúde a ser usada em avaliações econômicas de custo-utilidade: um perfil descrevendo o estado de saúde em termos de domínios ou dimensões; e um valor numérico associado ao estado de saúde descrito acima.⁽¹⁷⁾

Desenvolvido pelo grupo EuroQoL a partir de 1987 e tornado público desde 1990, o *EQ-5D* baseia-se em um sistema de classificação que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma dessas dimensões possui

três níveis de gravidade associados, correspondendo a “sem problemas” (nível 1), “alguns problemas” (nível 2) e “problemas extremos” (nível 3) experimentados ou sentidos pelo indivíduo. Este sistema permite descrever um total de $3^5 = 243$ estados de saúde diferentes.

Ao respondente também é solicitado que registre sua avaliação de seu estado de saúde em geral em uma escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada frequentemente por termômetro EQ-VAS. Assim, para cada indivíduo, o resultado desta descrição é representado através de um número de cinco dígitos. Por exemplo, o estado 21132 corresponde ao estado de saúde de uma pessoa com alguns problemas para andar, sem problemas em cuidar de si mesma e realizar suas atividades habituais, com dor ou mal-estar extremos e moderadamente ansiosa ou deprimida.

As respostas podem ser agregadas através de um algoritmo baseado nos valores da sociedade, ou seja, os valores que os indivíduos associam a cada um dos estados de saúde, produzindo um índice de valor. Esse valor se situa numa escala de 1 (saúde perfeita) a 0 (óbito), admitindo ainda valores negativos, correspondentes a estados de saúde considerados piores que o óbito. Assim, permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo.⁽¹⁷⁾

As pessoas com AR foram classificadas em três grupos, mediante a obtenção do índice de QDV. Assim, para escores ≤ 0 foi atribuída a designação “Fracá QDV”; “Razoável QDV” se escores >0 e <1 ; Saúde perfeita=1. Em consonância com o modelo teórico selecionado, o Medical Research Council (MRC), para análise dos resultados, se recorreu ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24*, aceitando-se como estatisticamente significativa um $p < 0,05$. Os procedimentos estatísticos incluíram: análise estatística descritiva com determinação de frequências absolutas e percentuais, algumas de localização (médias) e medidas de variabilidade (coeficiente de variação e desvio padrão). Para a análise inferencial, após determinação da normalidade de variáveis numéricas através do teste de Kolmogorov-Smirnov e valores

de assimetria e curtose, se optou pelo teste Kurskall Wallis. O teste de qui quadrado de independência foi utilizado quando as variáveis em estudo são categoriais. O modelo de predição foi testado com recurso à regressão múltipla.

Resultados

Um total de 79,86% dos participantes eram do sexo feminino com idades compreendidas entre os 26 e os 85 anos e uma média de idades de 63,05 anos. Na tabela 1, caracterizamos as pessoas com AR acompanhadas na consulta de reumatologia de uma unidade hospitalar da zona norte de Portugal, de forma sucinta, evidenciando o n amostral mais elevado de cada categoria.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Total n(%) 139(100)		Teste qui-quadrado χ^2
Estado Civil			
Com companheiro	96	69,1	$\chi^2=0,578$; $p=0,501$
Zona de Residência			
Rural	110	79,1	$\chi^2=0,007$; $p=1,000$
Habilitações Literárias			
Até 4º Classe	86	61,9	$\chi^2=0,693$; $p=0,724$
Situação Profissional			
Não Ativo	81	58,3	$\chi^2=7,339$; $p=0,010$
Pratica alguma religião			
Sim	123	88,5	$\chi^2=10,019$; $p=0,004$

$P < 0,05$ diferença estatisticamente significativa; $p \geq 0,05$ diferença estatística não significativa

A avaliação da QDV através da Escala EQ-5D revelou que os participantes da amostra não ostentam dificuldade nas dimensões mobilidade (54,7%), cuidados pessoais (59,7%), atividades habituais (52,5%), 35,3% não apresentam dor/mal-estar e 68,3% não demonstram ansiedade/depressão. A maioria da amostra possui uma razoável QDV (90,6%) em detrimento de 9,4% das pessoas com AR com “fraca qualidade de vida”. No total da população estudada, nenhum dos participantes pontuou com um índice compatível com “saúde perfeita”. Essa avaliação revelou que o valor mínimo obtido do índice de QDV foi de -0,429 e, segundo a escala aplicada, valores negativos explanam estados de saúde “piores que o óbito”. O valor máximo obtido no índice de QDV foi de 0,650, traduzindo uma

“razoável qualidade de vida”, com uma oscilação elevada em torno da média (CV=61,75%) (Tabela 2). O valor médio foi de 0.400 (DP=0,247), sendo possível inferir uma “razoável qualidade de vida”. Apurou-se, ainda, um valor médio na amostra de $60,25 \pm 24,861$, referente à avaliação do estado de saúde pelos participantes, em que o 0 corresponde ao pior estado de saúde imaginado e 100 ao melhor estado de saúde imaginado.

Tabela 2. Estatísticas relativas à qualidade de vida das pessoas com AR

	n	SK/erro	K /erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	28	-2,891	1,730	80,56	66,29	U=1450
Feminino	111	-5,052	2,022	57,32	70,94	Z= -0,551
Total	139	-5,922	2,995	61,75		$p=0,582$

O estudo de cada dimensão - ansiedade e depressão, considerada como variável contínua, revelou que em cada uma, os valores podem variar entre zero (0) e vinte e um (21). Valores mais elevados correspondem a estados mais negativos de ansiedade ou depressão.

Na ansiedade, observou-se mínimo de 3, máximo de 21 e valor médio de 14,482 (DP=4,386). A depressão variou entre zero e 21, com valor médio de 5,475 (DP=4,318). Verificou-se também que na dimensão ansiedade os homens apresentam valores médios mais elevados face às mulheres com diferenças estatísticas bastante significativas (U=872; $p=0,00$), contrariamente à dimensão depressão, com diferenças estatisticamente significativas (U=1143; $p=0,030$) (Tabela 3).

No componente Ansiedade, 45,3% dos participantes apresentam um nível severo de ansiedade, 36,7% ansiedade moderada, 10,1% ansiedade leve e 7,9% não apresenta ansiedade. É possível observar que as mulheres ostentam majoritariamente níveis de ansiedade moderada face aos homens (31,7% vs. 5%), revelando o teste Qui-Quadrado diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,824$; $p=0,013$).

A maioria das pessoas com AR não manifestou níveis de depressão (71,9%), porém em 13,7% verificou-se depressão leve, sendo que as mulheres obtiveram níveis mais acentuados de depressão em relação aos homens (13,7% vs. 0% depressão leve; 11,5% vs. 1,4% depressão moderada e 1,4% vs. 0%

depressão severa), com diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=8,342$; $p=0,039$) (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas relativas à ansiedade e depressão, em função do sexo

Variáveis	Sexo	n	Mann-Whitney U
Ansiedade	Masculino	28	U= 872,000
	Feminino	111	Z=7088,000
	Total	139	P=,000
Depressão	Masculino	28	U=1143,000
	Feminino	111	Z=1549,000
	Total	139	P=,030

Avaliando a QDV em função das variáveis clínicas ansiedade e depressão observa-se, tanto na ansiedade moderada como na depressão moderada, uma porcentagem superior em relação aos demais graus de ansiedade e depressão, no que diz respeito à existência de “fraca QDV” das pessoas com AR (4,3% e 3,7%). Aqui, foram constatadas diferenças estatísticas significativas e bastante significativas, respectivamente ($\chi^2=11,406$, $p=0,010$ vs. $\chi^2=21,796$, $p=0,00$) (Tabela 4). É ainda de notar que 44,6 % das pessoas com AR que apresentam um nível severo de ansiedade possuem uma razoável QDV ($\chi^2=11,406$, $p=0,010$).

À medida que os níveis de depressão diminuem, a QDV da pessoa com AR melhora. Contrariamente, a diminuição dos níveis de ansiedade associou-se à diminuição da QDV. O teste de Kruskal-Wallis revela evidências estatísticas altamente significativas (KW=20,816, $p=0,00$ e KW=19,599, $p=0,00$ respectivamente).

A modelagem de equações estruturais leva em conta o modelo de interações causais entre as variáveis e o erro de mensuração, fornecendo um método direto de análise de múltiplas relações simultâneas, com evidência estatística.⁽¹⁸⁾

Ancorados nesse pressuposto, foi realizado o modelo de equações estruturais, constando-se que a de-

pressão e a ansiedade predizem a qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatóide, explicando 28% da sua variância (esquema AMOS, ilustrado na figura 1). A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere que a variável ansiedade se associa de positivamente, ou seja, pacientes com comportamentos ansiosos apresentam melhor QDV. De forma inversa associou-se a variável depressão com a QDV, onde perante a presença de comportamentos depressivos decresce o nível de QDV das pessoas com AR.

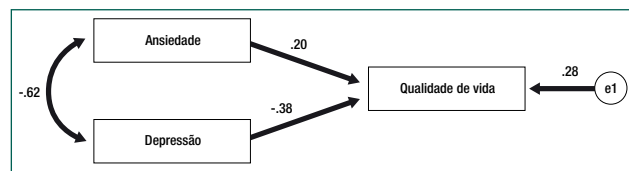


Figura 1. Regressão Múltipla entre as dimensões ansiedade e depressão e a qualidade de vida

Discussão

A qualidade de vida é uma preocupação da sociedade contemporânea, daí o interesse crescente da sua avaliação nas pessoas com AR, associada a implicações físicas, psicológicas e sociais significativas, com um declínio da QDV evidente⁽³⁾ e nos fatores preditores da mesma, de que são exemplo a ansiedade e a depressão, resultantes dos achados do presente estudo.

Caracterização das pessoas com AR, nas dimensões mobilidade, cuidados pessoais e atividades habituais

Os participantes da amostra não ostentam dificuldade nas dimensões mobilidade (54,7%), cuidados pessoais (59,7%), atividades habituais (52,5%), a

Tabela 4. Ansiedade e depressão em pessoas com fraca e razoável qualidade de vida

	Sem ansiedade n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)	Total n(%)	Teste Qui-Quadrado (χ^2)
Ansiedade	11(7,9)	14(10,1)	51(36,7)	63(45,3)	139(100)	
Fraca QDV	3(2,2)	3(2,2)	6(4,3)	1(0,7)	13(9,4)	$\chi^2=11,406$ $p=0,010$
Razoável QDV	8(5,8)	11(7,9)	45(32,4)	62(44,6)	126(90,6)	
	Sem Depressão n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)	Total n(%)	Teste Qui-Quadrado (χ^2)
Depressão	100(71,9)	19(13,7)	18(12,9)	2(1,4)	139(100)	
Fraca QDV	3(2,2)	3(2,2)	6(3,7)	1(0,7)	13(9,4)	$\chi^2=21,796$ $p=0,00$
Razoável QDV	97(69,8)	16(11,5)	12(8,6)	1(0,7)	126(90,6)	

n - número da amostra; QDV - qualidade de vida; Teste Qui-Quadrado (χ^2)

par de outros estudos semelhantes.⁽¹⁹⁾ Ao longo dos últimos anos, assistimos ao surgimento de novos fármacos e de novas estratégias, como a estratégia “tratar-para-alvo” (objetivo do tratamento definido como remissão da doença, em pacientes com doença de longa data, através de um conjunto de recomendações), permitindo uma melhoria nos domínios acima assinalados, redução do sofrimento e melhoria da QDV a longo prazo.^(20,21) Outras investigações com pessoas com AR mostram que o surgimento de transtornos depressivos se relaciona com a indisposição para a realização de tarefas domésticas, diligenciar interações sociais e engajar em atividades recreativas.⁽²²⁾

Caracterização das pessoas com AR, nas dimensões ansiedade e depressão

Segundo a avaliação dos domínios da escala HADS, as pessoas com AR apresentam níveis de ansiedade severa e moderada (45,3%;36,7%), com maior predomínio no sexo feminino, indo de encontro a estudos nacionais⁽²³⁾ e internacionais.^(24,25) Com respeito à dimensão depressão constatou-se que a maioria das pessoas com AR não manifesta depressão (71,9%) ou apresenta níveis leves de depressão (13,7%), contrariando a outras investigações,⁽²³⁾ apesar de corroborar as mesmas na prevalência desta entidade nosológica no sexo feminino.⁽²³⁾

Influência da Ansiedade e Depressão na QDV das pessoas com AR

Os pacientes que apresentam níveis leves de ansiedade e níveis moderados de depressão demonstraram uma pior QDV. Contrariamente, as pessoas com AR que explanaram maiores níveis de ansiedade e menores níveis de depressão exibiram melhor QDV (kw=19,599, p=0,00; kw=20,816, p=0,00). Este facto é concordante com um estudo internacional, no que se refere à depressão⁽²⁵⁾ e nacional para as duas dimensões.⁽²⁾ Um dos estudos cuja finalidade se centrou na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e seus fatores, revelou uma associação negativa e significativa entre as variáveis depressão e ansiedade e a QDV.⁽¹⁹⁾ Contudo, remetendo para o nosso estudo, as pessoas com AR nas quais foram apurados níveis mais leves de ansiedade

expressaram pior qualidade de vida, fato este, não conducente com a literatura científica consultada. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a ansiedade tende a diminuir com a idade,⁽⁹⁾ encontrando-se os piores níveis de QDV em pessoas com AR, não só devido à progressão da doença e presença de comorbilidades, mas também à degeneração mental e funcional o que demarca um défice nos seus autocuidados, com impactantes restrições à autonomia,⁽²⁶⁾ justificando os nossos achados. As evidências produzidas neste estudo justificam a implementação de ações multidisciplinares em saúde, personalizadas e dirigidas às reais necessidades das pessoas com AR, com vista à promoção do bem-estar psicológico e melhoria da QDV, tal como o defendido pela Organização Mundial de Saúde, impactando, positivamente, na gestão da doença crónica com ganhos em saúde.⁽⁹⁾

Uma limitação do estudo foi a dificuldade de acesso às pessoas com AR, resultante da pandemia global em vigência, devido à COVID-19, recorrendo-se a uma amostra não probabilística, bem como a sua realização, circunscrita apenas à consulta de reumatologia de uma região específica de Portugal, limitando a amostra (n=139), pelo que se sugere a sua replicação noutros centros, bem como uma amostra mais ampliada. Considera-se que a introdução de outras variáveis clínicas, como o tempo de diagnóstico, número de articulações acometidas e tratamento, permitirá a optimização dos resultados. Destacamos, ainda assim aspectos positivos, como uma taxa de adesão de 80%, e o encaminhamento/referenciação de algumas consultas pela identificação de determinados condicionantes, nomeadamente no diagnóstico de necessidades de cuidados, originando ganhos em saúde.

O presente estudo reforça a importância dos processos psicológicos nas implicações da qualidade de vida das pessoas com AR, cumprindo seu objetivo, uma vez que a ansiedade e a depressão surgiram como preditores da QDV em pessoa com AR. Observou-se também que a maioria da nossa amostra tem uma razoável QDV, níveis severos de ansiedade, mas ausência ou graus leves de depressão. Os achados demonstram que a saúde mental das pessoas com AR influencia sua QDV, tornan-

do crucial a avaliar periodicamente a existência de comportamentos ansiosos e depressivos na pessoa com AR, a fim de promover sua QDV, através da mitigação e prevenção de comportamentos depressivos, assumindo o Enfermeiro um papel primordial nesse sentido, uma vez que atua como elo de ligação entre a equipe multidisciplinar e a pessoa com AR, evidenciando a otimização de suas competências e habilidades.^(27,28)

Conclusão

Este estudo permitiu-nos obter um conhecimento mais profundo sobre as implicações da AR, no que diz respeito ao impacto dos comportamentos ansiosos e depressivos na qualidade de vida das pessoas portadoras dessa doença crônica. Tendo em vista as associações identificadas e das evidências sobre elas na literatura científica, destaca-se a necessidade de valorizar a avaliação e trabalho terapêutico dessas entidades nosológicas por meio dos cuidados de enfermagem, o que se pode refletir em uma melhoria clinicamente significativa dos indivíduos avaliados. Ressalta-se também a importância de, com os achados desta investigação, direcionar as intervenções de enfermagem de forma mais ajustada, particularmente no que diz respeito à concepção das intervenções eNURSING, previstas no âmbito da investigação que nos propomos desenvolver: “Desenvolvimento e Viabilidade de uma Intervenção eNURSING com Pessoas com Artrite Reumatóide: Continuidade de Cuidados”, auxiliando-nos no telenursing, para o monitoramento remoto dos pacientes, concorrendo para sua autonomia, direcionada ao tema em análise.

Agradecimentos

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia e DGES no âmbito da iniciativa Escola de Verão, Apoio Especial Verão com Ciência “INVEST” -Iniciação à inVESTigação e publicação científica: potencialidades da revisão sistemática

da literatura e meta-análise, aprovado pela FCT em 7/7/2020 com início em 27/7/2020 e término em 27/10/2020. Agradece-se ao Politécnico de Viseu, aos Supervisores/Formadores e Dra. Fátima Jorge do Centro de Documentação e Informação da ESSV - PV, pelo apoio disponibilizado à Escola de Verão “INVEST”. Os autores agradecem o apoio da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e do Capítulo Phi Xi da Sigma Theta Tau International e reconhecer, igualmente o suporte dado pela Nursing Research & Development Unit (UI&DE), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este artigo original será objeto de suporte ao Doutoramento em Enfermagem da autora Ana Almeida Ribeiro.

Colaborações

Ribeiro AA, Cunha M, Monteiro P, Nunes D, Rodrigues R, Assis C e Henrique MA colaboraram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in people with rheumatoid arthritis - a preliminary Study. *Acta Clin Croat.* 2019;58(1):157-66.
2. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, da Costa LP, Mourão AF, Silva I, Laires P, Sepriano A, Araújo F, Gonçalves S, Coelho PS, Tavares V, Cerol J, Mendes JM, Carmona L, Canhãõ H; EpiReumaPt study group. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open.* 2016;2(1):e000166.
3. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2016;388(10055):2023-38. Erratum in: *Lancet.* 2016;388(10055):1984. Review.
4. Taylor PC. Update on the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. *Clin Med (Lond).* 2020;20(6):561-4.
5. Liu LH, Garrett SB, Li J, Ragouzeos D, Berrean B, Dohan D, et al. Patient and clinician perspectives on a patient-facing dashboard that visualizes patient reported outcomes in rheumatoid arthritis. *Health Expect.* 2020;23(4):846-59.

6. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):960-77. Review.
7. Fiest KM, Hitchon CA, Bernstein CN, Peschken CA, Walker JR, Graff LA, Zarychanski R, Abou-Setta A, Patten SB, Sareen J, Bolton J, Marrie RA; CIHR Team "Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease". Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2017;23(8):425-34. Review.
8. van den Hoek J, Boshuizen HC, Roorda LD, Tjhuis GJ, Nurmohamed MT, Dekker J, et al. Association of Somatic Comorbidities and Comorbid Depression With Mortality in Patients With Rheumatoid Arthritis: A 14-Year Prospective Cohort Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(8):1055-60.
9. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 July 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
10. Kwan A, Bingham K, Touma Z. Measures of anxiety in rheumatic diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(Suppl 10):630-44. Review.
11. Santos I, Duarte N, Ribeiro O, Cantista P, Vasconcelos C. Lay perspectives of quality of life in rheumatoid arthritis patients: the relevance of autonomy and psychological distress. *Community Ment Health J*. 2019;55(8):1395-401.
12. Mok CC, Lok EY, Cheung EF. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 2012;41(4):253-9.
13. Hattori Y, Katayama M, Kida D, Kaneko A. Hospital anxiety and depression scale score is an independent factor associated with the EuroQoL 5-dimensional descriptive system in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2018;24(6):308-12.
14. Craig P, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: reflections on the 2008 MRC guidance. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):585-7.
15. Bleijenberg N, de Man-van Ginkel JM, Trappenburg JC, Ettema RG, Sino CG, Heim N, et al. Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *Int J Nurs Stud*. 2018;79:86-93.
16. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):225-35; quiz 235-7.
17. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664-75.
18. Marôco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações. Portugal: ReportNumber; 2010.
19. Katchamart W, Narongroeknawin P, Chanapai W, Thaweeratthakul P. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatology*. 2019;3(1):34.
20. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, Combe B, Cutolo M, de Wit M, Dougados M, Emery P, Gibofsky A, Gomez-Reino JJ, Haraoui B, Kalden J, Keystone EC, Kvien TK, McInnes I, Martin-Mola E, Montecucco C, Schoels M, van der Heijde D; T2T Expert Committee. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(4):631-7. Erratum in: *Ann Rheum Dis*. 2011;70(8):1519. Erratum in: *Ann Rheum Dis*. 2011;70(7):1349. van der Heijde, Desirée [corrected to van der Heijde, Désirée].
21. Santos EJ, Duarte C, Marques A, Cardoso D, Apóstolo J, da Silva JA, et al. Effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions for rheumatoid arthritis: an umbrella review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(7):1494-531.
22. Bejrili A, Alptekin JÖ, Kaymak D, Özer ÖA. The relationship between anxiety, depression, suicidal ideation and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatr Q*. 2020;91(1):53-64.
23. Cunha M, Ribeiro A, André S. Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016;217:337-43.
24. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(12):2136-48. Review.
25. Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(2):268-78.
26. Esteve-Clavero A, Ayora-Folch A, Maciá-Soler L, Molés-Julio MP. Factores asociados a la calidad de vida de las personas mayores. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(5):542-9.
27. Santos EJ, Duarte C, Ferreira RJ, Pinto AM, Geenen R, da Silva JA; 'Promoting Happiness Through Excellence of Care' Group. Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modelling approach. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(8):1118-24.
28. Sousa F, Santos E, Cunha M, Ferreira R, Marques A. Effectiveness of nursing consultations in people with rheumatoid arthritis: systematic review. *Rev Enferm Refera*. 2017;4:147-56.