



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide

Izabela Roma^{a,*}, Mariana Lourenço de Almeida^a, Naira da Silva Mansano^a,
Gustavo Arruda Viani^b, Marcos Renato de Assis^a, Pedro Marco Karan Barbosa^{a,c}

^aFaculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

^bDepartamento de Radioterapia e Oncologia, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

^cHospital das Clínicas de Marília, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

INFORMAÇÕES

Histórico do artigo:

Recebido em 9 de outubro de 2013

Aceito em 20 de março de 2014

Palavras-chave:

Qualidade de vida

Artrite reumatoide

Idoso

RESUMO

Objetivo: Analisar e comparar a qualidade de vida (QV) de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide (AR).

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. Os instrumentos aplicados incluem o Medical Outcomes Study-36 Short Form (SF-36), o Disease Activity Score 28 (DAS-28), o Health Assessment Questionnaire (HAQ), o inventário de depressão de Beck e o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6). A análise dos dados foi feita por estatística descritiva, teste t de student e teste de regressão linear, sendo adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: A amostra foi constituída por 99 pacientes com diagnóstico de AR, divididos em adultos e idosos. Foram considerados adultos aqueles de 18 a 59 anos, e idosos aqueles com 60 anos ou mais. No SF-36 os grupos apresentaram o domínio dor como o mais comprometido e o domínio aspectos emocionais como menos comprometido. Ambos apresentaram nível moderado de atividade da doença e deficiência leve. Aplicando-se o teste t, constatou-se que não há diferença significativa entre os grupos no que diz respeito à QV, capacidade funcional, depressão e atividade da doença. A diferença foi significativa no TC6, no qual os idosos obtiveram uma média de 330,8 m, e os adultos 412,2m, com um $p = 0,000$. Na regressão linear houve correlação significativa ($r = -0,31$) entre a distância percorrida no TC6 e o aumento da idade.

Conclusão: A QV e a capacidade funcional na AR mostrou-se afetada nos adultos e nos idosos; porém, os resultados mostraram que não há diferença entre os grupos com exceção do TC6.

© 2014 Sociedade Brasileira de Reumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: izabelaroma@hotmail.com (I. Roma).

Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis

ABSTRACT

Keywords:

Quality of life

Rheumatoid arthritis

Elderly

Objective: To analyze and compare quality of life (QoL) in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis (RA).

Methods: This was a cross-sectional quantitative study. The tools include the Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36), the Disease Activity Score 28 (DAS-28), the Assessment Health Questionnaire (HAQ), the Beck Depression Inventory (BDI) and the 6-Minute Walk Test (6MWT). Data analysis was done by descriptive statistics, Student's t test and linear regression test, with significance level of $p < 0.05$.

Results: The sample consisted of 99 patients diagnosed with RA, divided into adults and elderly. Those considered adults were 18-59 years-old and those with 60 years or older were considered elderly. In SF-36, the groups showed the pain domain as the most compromised and the emotional aspects domain as the less compromised. Both showed moderate level of disease activity and mild disability. Applying the t test, it was found that there was no significant difference between groups with respect to QoL, functional ability, depression and disease activity. The difference was significant in the 6MWT, in which the elderly achieved an average of 330.8 m, and the adults, 412.2 m ($p=0.000$). In linear regression, a significant correlation ($r=-0.31$) between the 6MWT and increasing age was noted.

Conclusion: QoL and functional capacity in RA were affected in adults and the elderly. However, the results showed no significant difference between groups, with the exception of the 6MWT.

© 2014 Sociedade Brasileira de Reumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda.

All rights reserved.

Introdução

Nos últimos anos o Brasil e o mundo vêm passando por alterações na pirâmide populacional com o aumento do número de idosos e consequente predomínio das doenças crônico-degenerativas, dentre elas encontra-se a artrite reumatoide.¹⁻³

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, autoimune, sistêmica e progressiva com etiologia ainda desconhecida, que causa danos progressivos no sistema musculoesquelético, envolve pequenas e grandes articulações levando a dor, deformidades e até mesmo destruição óssea e cartilaginosa irreversíveis.⁴⁻⁶

Atinge aproximadamente 0,5% a 1% da população mundial e predomina de duas a três vezes mais no sexo feminino, acomete todas as faixas etárias, porém afeta com mais prevalência aqueles entre 40-60 anos.^{4,5} No Brasil, foi encontrada prevalência de até 1% na população adulta, estimando-se em 1.300.000 o número de pessoas acometidas.⁴

Além dos problemas relacionados à dor e à inflamação advindos com a doença, os pacientes com AR também são acometidos por problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Estudos demonstram que a evolução da AR está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade e da depressão, com uma prevalência de 13% a 47%, sendo que esses transtornos são três vezes mais prevalentes em portadores de AR.^{7,8}

Os pacientes com AR apresentam deficiência funcional importante com consequente diminuição da qualidade de vida (QV).³⁻⁵ Pesquisas mostram que pacientes com AR têm

uma baixa QV comparados aos que não possuem a doença, a QV aparece afetada nos componentes físico e mental, bem como na capacidade funcional. Também relacionam pior QV aqueles que apresentam doença muito ativa, maior dor e deficiência funcional.⁹⁻¹⁶

Qualidade de vida é um conceito multidimensional que incorpora todos os aspectos da vida humana, inclusive as dimensões física, funcional, emocional, social e espiritual.¹⁷ Diz respeito à percepção do próprio indivíduo sobre as suas expectativas, padrões e preocupações dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive.¹⁸

Sabendo que a AR pode levar a modificações profundas na saúde e na autonomia das pessoas, especialmente em um grupo vulnerável e em crescimento como os idosos, a avaliação da QV dessa população merece ser considerada. Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar e comparar a QV de pacientes adultos e idosos com AR em acompanhamento no ambulatório de especialidade de reumatologia de um hospital-escola a fim de identificar a influência da idade na QV de pacientes com AR.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal, de caráter quantitativo, de uma amostra de pacientes com AR de um ambulatório de especialidades médicas de um hospital-escola de Marília em São Paulo.

Foram incluídos apenas pacientes usuários do SUS, de ambos os sexos e em condições de estado de saúde de participar do estudo, incluindo capacidades cognitiva e física. Foram excluídos os pacientes que apresentaram algum tipo

de déficit de compreensão que limitasse a entrevista, como, por exemplo, aqueles com deficiência auditiva ou visual e com dificuldade de locomoção, que usam cadeiras de rodas.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Protocolo n° 477/12). Após o consentimento livre e esclarecido, foi aplicado um questionário com questões referentes aos aspectos sociodemográficos dos pacientes e aspectos clínicos da doença, em seguida foram aplicados os questionários de avaliação de QV, capacidade funcional, atividade da doença e depressão.

Para avaliação da QV, foi utilizado o instrumento genérico Medical Outcomes Study 36-Short Form (SF-36). Para avaliação da capacidade funcional foi utilizado o Health Assessment Questionnaire (HAQ), um questionário específico para pacientes com artrite reumatoide. O Teste de caminhada de 6 minutos (TC6) foi utilizado para avaliação da aptidão física dos pacientes. Outros instrumentos utilizados foram o Disease Activity Score 28 (DAS-28), que avalia a atividade da doença, e o inventário de depressão de Beck (BDI), o qual mostra a presença de sintomas depressivos.

Quanto à análise dos dados, para a detecção de diferenças entre as médias dos dois grupos (adultos e idosos), utilizou-se o teste t de Student. Os scores com valores de $p < 0,05$ foram testados para avaliar se há uma relação linear com o aumento da idade através da regressão linear. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS v20. A significância foi considerada significativa em caso de $p < 0,05$.

Resultados

Fizeram parte do estudo 99 pacientes com diagnóstico de AR de acordo com os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR),⁴ sendo 61 adultos e 38 idosos. Foram considerados idosos os indivíduos com 60 anos ou mais, segundo a classificação de idoso da OMS para países em desenvolvimento. Consideramos adultos aqueles entre 18 e 59 anos.

Na descrição das características sociodemográficas apontados na tabela 1, verifica-se que em ambos os grupos há predominância da raça branca, do sexo feminino e de indivíduos casados. Já quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos adultos completou o Ensino Fundamental e grande parte dos idosos não estudou.

Os resultados relacionados à idade, duração da doença e comorbidades dos dois grupos estudados estão apresentados na tabela 2. A média de idade para o grupo adulto foi de 49 anos com desvio-padrão (DP) de 8,44 e do grupo idosos

67,5 anos (DP = 5,51). Quando se analisou a duração média da doença, para o grupo adulto encontrou-se o tempo de 10,9 anos (DP = 7,7) e para os idosos, 15,8 anos (DP = 10,4).

Quanto ao número de comorbidades, os idosos obtiveram uma média de duas comorbidades, sendo que, em sua maioria (60%), apresentam hipertensão; já para os adultos, obteve-se média de uma comorbidade, também com predominância da hipertensão, totalizando 45%.

Quanto à atividade da doença medida pelo DAS-28, ambos os grupos apresentaram uma média condizente à doença em atividade moderada. Através do teste t de student encontrou-se que a diferença entre os grupos não foi significativa, sendo o valor de $p = 0,530$.

Em relação à avaliação da QV pelo questionário SF-36, os escores obtidos nos oito domínios, em relação aos adultos, variaram de 50,5 a 79,2, sendo o domínio dor, o mais comprometido nesses pacientes, e o domínio aspectos emocionais, o menos comprometido. Nos idosos, os escores variaram de 54,9 a 78,1, sendo também o domínio dor o mais comprometido e aspectos emocionais, o menos comprometido.

Pôde-se verificar que os idosos apresentaram piores médias em relação aos adultos somente nos domínios: capacidade funcional, aspecto social e aspectos emocionais. Nos outros domínios do SF-36, como dor, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos men-

Tabela 1 – Características sociodemográficas (%)

	Adultos	Idosos
Raça		
Branco	62,3	57,9
Pardo	24,6	26,3
Negro	13,1	15,8
Estado Civil		
Casado	55,7	63,2
Solteiro	21,3	15,8
Divorciado	9,8	10,5
Viúvo	8,2	10,5
Amasiado	4,9	0
Sexo		
Feminino	90,2	86,8
Masculino	9,8	13,2
Escolaridade		
Não estudou	11,5	44,7
Primário	26,2	28,9
Fundamental	31,1	23,7
Médio	26,3	2,6
Superior	4,9	0

Tabela 2 – Idade, duração da doença e número de comorbidades

		Mínima	Média	Máxima	DP
Idade	Adultos	23	49,1	59	8,44
	Idosos	60	67,5	88	5,51
Duração da doença (anos)	Adultos	2	10,9	31	7,7
	Idosos	4	15,8	40	10,4
Número de comorbidades	Adultos		1		
	Idosos		2		

tais, houve melhor resultado para os idosos. Comparando as médias dos grupos utilizando o teste t de student como forma de obter uma avaliação mais fidedigna, verificamos que não houve significância estatística em todos os domínios do SF-36, ou seja, não há diferença na QV entre adultos e idosos com AR. As médias, DP, mínimo e máximo e valor de p dos grupos estão representados na tabela 3.

No inventário de depressão de Beck, os idosos apresentaram média de pontuação condizente à depressão leve e os adultos, à ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos. No teste t de student, não se encontra diferença significativa entre os grupos, onde $p = 0,511$, ou seja, a diferença entre adultos e idosos no que diz respeito à depressão não foi significativa.

Pela média do HAQ, instrumento que mede a capacidade funcional sobre as atividades da vida diária, os resultados demonstraram que os dois grupos apresentam deficiência leve. No teste t de student, não houve diferença significativa entre os grupos adultos e idosos, com um $p = 0,429$.

No TC6, os idosos apresentaram uma média de 330,8 metros enquanto os adultos, uma média de 412,2 m, sabendo-se que o valor de referência para adultos saudáveis é de 400 a 700 m.^{19,20} Aplicando o teste t de student, obteve-se uma diferença significativa entre os adultos e os idosos, onde $p = 0,000$.

Na tabela 3 estão representadas as médias, mínimo, máximo, desvios-padrões e valor de p de todos os questionários supracitados.

Para o teste de caminhada de seis minutos, aplicamos o teste de regressão linear, no qual foi encontrada correlação

significativa, $r = -0,31$ ($p = 0,001$), sendo assim, podemos considerar que quanto maior a idade menor a distância percorrida no TC 6 min (fig. 1).

Discussão

Este estudo mostrou uma predominância do sexo feminino em ambos os grupos, o que já era esperado devido ao fato de a AR afetar preferencialmente as mulheres em uma proporção de 3:1,⁴ o que também foi demonstrado em outras pesquisas que envolvem o tema, as quais também mostram uma predominância de mulheres na amostra.^{10,21-23} A prevalência de mulheres no grupo de idosos também pode ser explicada pela notável feminização do envelhecimento.²⁴

Quanto ao tempo de duração da doença, nossa amostra apresentou uma média de 10,9 anos para os adultos e 15,8 anos para os idosos, o que chama a atenção para uma população possivelmente com dano articular irreversível. Estudos semelhantes analisaram amostras com média de duração de doença aproximada à encontrada neste estudo, o que possibilita que façamos comparações fidedignas.^{13,22,25,26}

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

A maioria dos estudos que analisam a avaliação da atividade da AR também utiliza amostras com doença moderada.^{13,14,22,27}

Tabela 3 – Escores dos questionários DAS-28, SF-36, HAQ, BECK e TC 6 min

		Média	DP	Mínima	Máxima	Valor de p
DAS-28	Adultos	3,5	1,4	1,7	7,5	0,530
	Idosos	3,7	1,2	2,3	6,6	
SF-36	Adultos	61,0	25,2	5	100	0,729
	Idosos	59,1	28,2	10	100	
DOR	Adultos	50,5	25,2	10	100	0,413
	Idosos	54,9	26,1	0	100	
AF	Adultos	57,5	45,6	0	100	0,852
	Idosos	59,2	44	0	100	
EGS	Adultos	56,9	24,3	0	100	0,618
	Idosos	59,3	23,6	20	100	
VIT	Adultos	57,4	25,3	5	100	0,454
	Idosos	61,2	23,1	5	95	
AS	Adultos	76,2	30	25	100	0,882
	Idosos	75,3	28,8	12,5	100	
AE	Adultos	79,2	40,5	0	100	0,888
	Idosos	78,1	39,5	0	100	
SM	Adultos	62,5	23,2	12	100	0,811
	Idosos	63,5	19,6	28	96	
Beck	Adultos	8,7	8,3	0	35	0,511
	Idosos	9,8	7,8	0	30	
HAQ	Adultos	0,84	0,74	0	3,00	0,429
	Idosos	0,97	0,87	0	2,88	
TC 6 min	Adultos	412,2	105,6	162	600	0,000*
	Idosos	330,8	103,5	135	620	

CF, Capacidade Funcional; AF, Aspectos Físicos; EGS, Estado Geral de Saúde; VIT, Vitalidade; AS, Aspectos Sociais; AE, Aspectos Emocionais; SM, Saúde Mental
* $p < 0,05$ significante

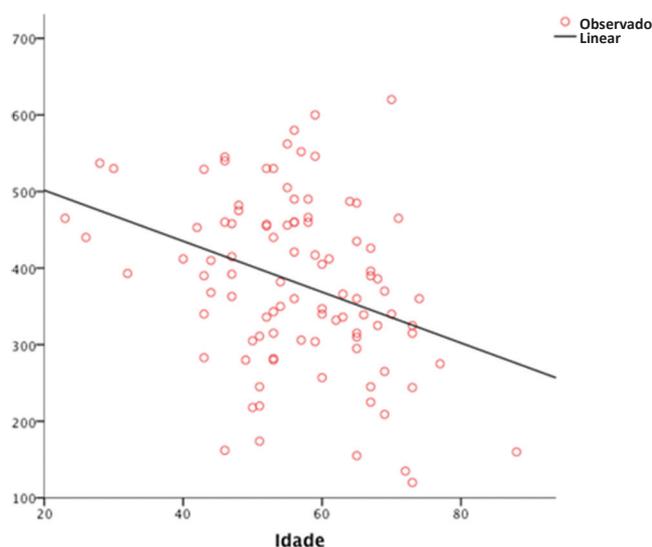


Figura 1 – Curva de dispersão mostrando a correlação entre o aumento da idade e o desempenho no TC 6 min

Não houve diferença significativa entre os resultados do DAS-28 entre os adultos e idosos.

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

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

É notável que os domínios referentes à saúde física afetaram mais a QV dos pacientes com AR do que os domínios referentes à saúde mental. Outros estudos^{23,28} também mostram que pacientes adultos com AR apresentam baixa QV, principalmente nos domínios referentes a aspectos físicos, dor e vitalidade. Em pesquisas que utilizam a divisão dos oito domínios do SF-36 em componentes físico e mental, o componente físico aparece como mais afetado em todas elas.^{11,14,16,22,27}

Quanto aos idosos, estes apresentaram piores médias no SF-36 nos domínios dor (54,9), capacidade funcional (59,1), aspectos físicos (59,2), e estado geral de saúde (59,3), e as melhores médias foram para os domínios emocional (78,1), social (75,3), mental (63,5) e vitalidade (61,2). Esses dados podem ser comparados com os de um estudo que avalia a QV de idosos com AR e OA, em que as piores médias envolvem saúde geral, saúde física, saúde mental, dor, sono e energia. No referido estudo, o questionário utilizado não foi o SF-36, e sim um módulo do Centro de controle e prevenção de doenças (Center for Disease Control and Prevention – CDC).²³

Outra pesquisa, também realizada para avaliar a QV de idosos, porém sem especificações para AR ou qualquer outro tipo de doença, obteve como piores médias no SF-36 os domínios aspectos físicos, dor e estado geral de saúde,²⁹ o que nos leva a afirmar que os aspectos relacionados ao componente físico, capacidade funcional e dor são os mais afetados no idoso com e sem AR.

Neste estudo, não houve diferença na QV de vida entre adultos e idosos com AR, o que, de certa forma, surpreende,

pois se acreditava que os idosos com AR relatariam uma pior QV devido ao próprio processo de envelhecimento e às alterações advindas com ele. No entanto, há estudos com resultados semelhantes, como uma pesquisa realizada por Khanna et al.¹² nos Estados Unidos que objetivou analisar o impacto da artrite autorreferida em uma população adulta. Os autores utilizaram seis questionários de avaliação de QV, dentre eles o SF-36, e obtiveram como resultado uma melhora da QV na faixa etária de 65-74 anos ao comparar os dados com os daqueles com 35-64. Surpresos, os autores esclareceram esse resultado explicando que as pessoas mais saudáveis na faixa etária dos 35-64 anos podem estar muito ocupadas, ou, talvez, as pessoas menos saudáveis do grupo 65-74 podem estar muito doentes ou debilitadas para participar da pesquisa.

Há, também, pesquisas que comparam a QV entre idosos a fim de identificar se a idade influencia na QV, mesmo não sendo específicas para AR. A pesquisa de Pimenta et al.²⁹ mostrou uma comparação entre a QV de idosos jovens e idosos aposentados com idade mais avançada, resultando em pontuações maiores para aqueles mais velhos no que diz respeito à capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, semelhante a outro estudo com o mesmo objetivo, o qual também demonstrou que a QV parece não decair com a idade.³⁰

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

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

Devemos entender, assim como defende Haddad,^{31,32} que o envelhecimento imprime aos indivíduos alterações naturais. Há diferença, no entanto, entre o envelhecimento fisiológico, que ocorre em razão da idade cronológica, e o patológico, que afeta até pessoas não idosas por depender principalmente de como a pessoa lida com a doença e com suas dificuldades. Alguns idosos tendem a se abster de obrigações e de seus papéis sociais e profissionais, enquanto outros adotam uma postura mais ativa, por meio de atividades físicas e de lazer, não se afastando do convívio social.

Em seu livro, Spilker³³ afirma que conclusões a respeito da QV de idosos devem ser altamente individualizadas, pois existem grandes diferenças individuais entre os idosos, mais que em qualquer outro grupo etário. São diferenças em quase todos os tipos de características, incluindo as físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socioeconômicas. O autor explica que muitos idosos podem permanecer bastante saudáveis e com boa habilidade funcional até anos tardios, mantendo suas características físicas, mentais e sociais, desde que tenham hábitos e estilos de vida saudáveis, o que traz adaptabilidade e reserva funcional suficientes para a maioria das atividades do cotidiano.

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

ficidades que diferem dos grupos etários mais jovens, principalmente por passarem por diversas situações sociais como a aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais. Há, então, a necessidade de instrumentos multidimensionais que possam captar a variabilidade dos idosos e aferir com mais fidedignidade a QV dessa faixa etária.

Grimley-Evans³⁴ levanta alguns problemas na aplicação de questionários de QV em pessoas idosas, visto que se deve suspeitar de que os idosos terão mais dificuldade de responder a conceitos sobre a probabilidade ao tomar decisões, diferentemente dos adultos mais jovens. Também alerta para a tendência de avaliação otimista entre os idosos de seu estado de saúde e de seu bem-estar, ou até mesmo de ignorar os sintomas por acreditarem fazer parte do processo natural de envelhecimento.

A inexistência da correlação entre a QV e a idade não significa que se deve subestimar a avaliação dos idosos com AR, uma vez que possuem especificidades e devem ser tratados de acordo com suas necessidades.

Em nosso país, os estereótipos destinados à velhice e a confusão entre o envelhecimento normal e o patológico retardam, e até mesmo impedem, tratamentos adequados, o que pode ter consequências negativas para a QV dos idosos.^{34,35} Essa visão estereotipada também é reforçada por parte dos profissionais de saúde, que tendem a explicar sintomas ou queixas trazidas pelos idosos como fazendo parte deste processo de envelhecimento, o que leva à omissão e à negligência, impedindo tratamento, reabilitação e cura.

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

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

No BDI, instrumento que avalia a presença de sintomas depressivos, embora os idosos apresentassem uma média condizente com sintomas de depressão leve, e os adultos, de ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos, essa diferença não foi significativa ($p = 0,511$). Em pesquisas anteriores, é possível identificar que há maior prevalência de sintomas depressivos em pessoas com AR comparados a quem não possui a doença.^{26,36}

Dario et al.⁷ demonstraram que a evolução da AR está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade e da depressão, sendo três vezes mais prevalente em portadores de AR. Foi encontrada associação entre esses distúrbios e dor recorrente, obesidade, inatividade física e limitações funcionais ou sociais.

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

Os resultados deste estudo quanto ao HAQ, instrumento que mede a capacidade funcional, mostraram que não houve

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

No TC6, o indivíduo caminha a maior distância possível dentro de seis minutos, não sendo possível distorcer os dados ou ignorar os sintomas. Os resultados demonstram que os idosos, da presente pesquisa, têm menor capacidade funcional em relação aos adultos nesse teste e que quanto maior a idade é menor a distância percorrida. Outros estudos também demonstram a relação entre o aumento da idade com menor distância no TC6.³⁶⁻³⁹ Nestes estudos, ao se aplicar o TC6 em idosos saudáveis com idade entre 50 a 85 anos, observou-se que a distância percorrida no teste diminui conforme aumenta a idade dos indivíduos. Contudo, se compararmos nossos dados com os obtidos por Pires et al.,³⁶ que avaliaram os resultados do TC6 em diferentes faixas etárias, podemos constatar que nossos adultos e idosos com AR obtiveram uma média menor no teste comparados àqueles do estudo. Os adultos referidos obtiveram uma média de 606,3 m enquanto, em nossa pesquisa, os idosos apresentaram uma média de 412,2 m. O mesmo aconteceu com os idosos: no estudo de Pires et al., tiveram uma média de 447,2 m e os idosos com AR, de nosso estudo, 330,8 m.

Em outra pesquisa, realizada por Steffen et al.³⁷, objetivou fornecer dados para quatro testes físicos realizados com idosos, dentre eles, o TC6. Os idosos da pesquisa apresentaram uma média de 486,2 m enquanto, em nosso estudo, os idosos com AR obtiveram a média de 330,8 m. Troosters et al.³⁹ também avaliaram a distância percorrida no TC6 em idosos saudáveis. Como resultado, encontraram uma média maior quando comparada à dos idosos de nosso estudo, com uma média de 631 m.

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

Conclusões

Os indivíduos adultos e idosos com AR deste estudo apresentaram uma baixa QV, conforme avaliado pelos questionários HAQ e SF-36.

Excetuando-se o TC 6 minutos, não há diferença entre os grupos adultos e idosos com AR. Os dados obtidos mos-

traram-se iguais quanto aos questionários utilizados, SF-36, HAQ, DAS-28 e BECK, ou seja, não há diferença quanto à QV, capacidade funcional, gravidade da doença e presença de sintomas depressivos entre adultos e idosos com AR.

No TC 6 minutos, a diferença entre adultos e idosos foi significativa, bem como na relação linear, ou seja, quanto maior a idade, menor a distância percorrida no teste. No entanto, acreditamos que esse resultado pode ter sido influenciado por outras variáveis, como as alterações advindas com o envelhecimento, o tempo da doença, a atividade da doença e as comorbidades preexistentes nos pacientes portadores de AR.

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

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil : sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul.* 2006;23:5-26.
- World Health Organization - WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. [Citado 25 abr 2013].
- Lee TJ, Park BH, Son HK, Song R, Shin KC, Lee EB, et al. Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in South Korea: Value Health. 2012;15(1 Suppl):S43-9. Disponível em: <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Cost-of-Illness-and-Quality%20of%20Life-of-Patients-with-Rheumatoid-Arthritis-in-South-Korea.pdf>. [Citado em 20 março 2013].
- Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, Freitas MVC, Silva NA, Louzada-Junior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Pinheiro GRC. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51:207-19.
- Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo M B, Freitas MVC, Silva NA, Louzada-Júnior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Pinheiro GRC. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:152-74.
- Goeldner I, Skare TL, Reason ITDM. Artrite reumatoide: uma visão atual. *J Bras Patol Med Lab.* 2011;47:495-503.
- Dario AB, Faraco HC, Gevaerd MS, Domenech SC. Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatoide. *Motricidade.* 2010;6:21-30. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/142/131>. [Citado 29 mai 2013]
- Mella LFB, Bértolo MB, Dalgalarondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:257-63.
- Brandão L, Ferraz MB, Zerbini CAF. Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide: revisão atualizada. *Rev Bras Reumatol.* 1997;37:275-81.
- Mota LMH, Laurindo IMM, Santos Neto LL. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol.* 2010;55:249-61.
- Corbacho MI, Dapuetto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50:31-43.
- Khanna D, Maranian P, Palta M, Kaplan RM, Hays RD, Cherepanov D, Fryback DG. Health-related quality of life in adults reporting arthritis: analysis from the National Health Measurement Study. *Qual Life Res.* 2011;20:1131-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156343/>. [Citado em 15 abril 2013]
- Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol.* 2007;17:290-5.
- Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* 2005;14:1953-8.
- Mathew J, Antony J, Eremenco S, Paul B V, Jayakumar B, Philip J. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients in South India. *Singapore Med J.* 2009;50:800-3. Disponível em: <http://smj.sma.org.sg/5008/5008a9.pdf>. [Citado em 5 maio 2013].
- Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:1-12. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2674445&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. [Citado em 15 março 2013].
- Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Philadelphia (PA): Ann Bowling. 2001:1-19. Disponível em: <http://mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206417.pdf>. [Citado em 15 abril 2013]
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-10.
- Rezende R, Nogueira A, Oliveira D, Dal S, Malaguti C, Nove U et al. An update and standardization proposal for the six-minute walk test. 2009;22:249-59.
- American Thoracic Society. ATS Statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:111-17. Disponível em: www.atsjournals.org. [Citado 10 abr 2013]
- Louzada Junior P, Dias B, Souza B, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Estado de São Paulo. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47:84-90.
- Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Weisman MH. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 2011;71:79-85.
- Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller D a. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes.* 2004 [Citado em 25 maio 2013];2:1-22. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=324570&tool=pmcentrez&rendertype=abstract22>.
- Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu.* 2004;5:77-86. Disponível em: http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf. [Citado 15 abr 2013]
- Yacoub YI, Amine B, Laatiris A, Hajjaj-Hassouni N. Rheumatoid factor and antibodies against citrullinated peptides in Moroccan patients with rheumatoid arthritis: association with disease parameters and quality of life. *Clin Rheumatol.* 2012;31:329-34.

26. Costa AFC, Brasil MAA, Papi JA, Azevedo MNL. Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2008;48:7-11.
27. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van Den Bos GA. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol.* 2006;35:175.
28. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
29. Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, Rezende NA. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54:55-60.
30. Maues CR, Paschoal SMP, Jaluul O, Jacob W, França CC. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010;8:405-10.
31. Haddad EGM. A velhice em movimento. *Gerontologia.* 1993;1:29-30.
32. Haddad EGM. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez, 1986.
33. Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2 ed. 1995.
34. Evans JG. Quality of life assessments and elderly people. In: Hopkins A, editor. Measures of quality of life and the uses to which such measures may be put. Londres: Royal College of Physicians of London, 1992:107-16.
35. Paschoal SMP. Desafios da Longevidade: qualidade de vida. *Mundo saúde.* 2005;29:608-11.
36. Pires SR, Oliveira AC, Parreira VF, Britto RR. Teste de caminhada de seis minutos em diferentes faixas etárias e índices de massa corporal. *Rev Bras Fisioter.* 2007;11:147-51.
37. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test, berg balance scale, timed up and go test, and community-dwelling elderly people: six-minute walk age- and gender-related test performance in gait speeds. *Phys Therm.* 2002;82:128-37.
38. Enright PL, Sherrill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:1384-7. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.158.5.9710086>. [Citado em 13 julho 2013].
39. Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Six minute walking distance in healthy elderly subjects. *Eur Respir J.* 1999;14:270-4. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/14/2/270.long>. [Citado em 13 julho 2013].