

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

1997/98

DISSERTAÇÃO APRESENTADA NO MESTRADO DE  
PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

por

*Ana Isabel Rodrigues Baptista da Silva Rolo*  
Nº 640

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES  
COM ARTRITE REUMATÓIDE**

*Estudo Exploratório*

Orientadora:

*Profª. Doutora Isabel Pereira Leal*

Co-orientador:

*Prof. Doutor Luís Pais Ribeiro*

ref. 11652  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA

*À memória do meu avô João*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho de dissertação de mestrado não foi imediato. Pelo contrário, foi longo e trabalhoso exigindo o maior e o melhor do nosso esforço e entusiasmo. Foi necessário, como nos diz Balint, uma “*escuta atenta*”, um sentir disponível, uma humildade de quem sabe que não sabe, uma análise reflexiva e uma postura humanista em face do doente com Artrite Reumatóide que procura ajuda.

Mas, este trabalho só foi possível graças à orientação e disponibilidade bem como o incentivo e interesse demonstrado por todos aqueles que nele colaboraram e participaram e sem os quais este não poderia ter sido realizado.

Assim, gostaria de expressar os meus agradecimentos, particularmente:

À *Prof. Doutora Isabel Pereira Leal* (ISPA), pelos incentivos e comentários críticos, bem como todo o interesse e apoio disponibilizados na realização deste trabalho durante o ano lectivo. De facto, a escolha do tema do trabalho muito se deve ao desafio que, em tempos, me fez.

Ao *Prof. Doutor Luís Pais Ribeiro* (FPCE da Univ. do Porto), pela disponibilidade, apoio, estímulo e permanentes conselhos que achou por bem prestar-me, na ultrapassagem dos obstáculos inerentes à minha inexperiência e à natureza temática, assim como, pelo trabalho que teve na minuciosa revisão desta dissertação.

À *Dr.<sup>a</sup> Zilda Mendes* (CAEAD do ISPA), pela preciosa ajuda na realização da análise estatística dos dados, assim como pela boa vontade que sempre demonstrou no esclarecimento de algumas dúvidas a nível dos aspectos metodológicos.

Devo agradecer igualmente a todo o pessoal médico e não médico das consultas de Reumatologia do Hospital Militar Principal e do Instituto Português de Reumatologia, pela forma amigável como sempre me receberam e pela prontidão com que se prestaram a facilitar a recolha da amostra.

Penso ser apropriado agradecer aos doentes com Artrite Reumatóide e a todos os indivíduos da amostra recolhida na Paróquia de Paço d’Arcos, que gentilmente aceitaram participar neste trabalho, sem os quais não seria possível realizar.

Desejaria ainda, agradecer à minha colega Marta, pelo interesse e disponibilidade pessoal com que me ajudou no tratamento de alguma informação recolhida.

Finalmente, um palavra de especial agradecimento à minha família, em particular à minha irmã por toda ajuda e paciência prestadas durante as diferentes fases de execução deste trabalho e aos meus pais pelo infinito carinho, apoio e motivação e por terem acreditado em mim.

A todos um obrigado muito especial.

# RESUMO

Este trabalho de dissertação enquadra-se na área da Psicologia da Saúde e consiste num estudo exploratório que procura investigar a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide.

Assim, foi realizada uma extensa revisão bibliográfica, na primeira parte do trabalho, cujo conteúdo fundamenta e orienta as opções tomadas quanto à escolha do tema do trabalho de campo e respectiva metodologia. Foram descritas as mais importantes características definidoras quer da Qualidade de Vida, quer da Artrite Reumatóide.

A amostra que foi objecto deste estudo foi constituída por 60 mulheres, 30 com Artrite Reumatóide e 30 sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica, situadas numa faixa etária entre os 25 e os 65 anos de idade. Esta, foi avaliada através da aplicação dos Questionários de Qualidade de Vida (F-84 e *36-Item Short Health Survey*), pretendendo-se, deste modo, caracterizar a Qualidade de Vida em mulheres com Artrite Reumatóide, identificar variáveis que influenciam a Qualidade de Vida, e comparar a Qualidade de Vida de mulheres com Artrite Reumatóide com a de mulheres sem doença crónica.

Este estudo utilizou tanto o método descritivo para descrever a Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide, conhecendo e analisando as variáveis da Qualidade de Vida afectadas por esta doença, como o método comparativo de forma a comparar a Qualidade de Vida entre as mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica.

Através da análise estatística dos resultados, concluímos que por um lado, a Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide é média baixa, apresentando baixos valores nas variáveis como Saúde Geral, Funcionamento Físico, Papel Físico, Dor Física e Vitalidade, e que por outro lado, existem diferenças significativas entre as mulheres com Artrite Reumatóide e as mulheres sem doença crónica, no que diz respeito à Qualidade de Vida.

No geral, verifica-se que a avaliação da Qualidade de Vida efectuada pelas mulheres com Artrite Reumatóide é mais baixa do que a avaliação nas mulheres sem doença crónica, o que está de acordo com a hipótese geral formulada neste estudo.

# ABSTRACT

This work is focused on Health Psychology and basically is an exploratory study searching for Quality of Life among Rheumatoid Arthritis patients.

With this propose, in the first part of this paperwork an extensive bibliographic review has been made, which grounds and guides the options for the selected theme, .the field work and respective methodology. A description of the most important characteristics of both Quality of Life and Rheumatoid Arthritis have been made.

The sample used in this study is made up of 60 women, where 30 have Rheumatoid Arthritis and the other 30 don't. Their ages are between 25 and 65 years old. This sample has been evaluated using the Quality of Life Questionnaires (F-84 and 36-Item Short Health Survey), in order to characterise, in women with Rheumatoid Arthritis, their Quality of Life and the main influence factors and finally, to compare it with the Quality of Life of healthy women.

This study uses both the descriptive method, discovering and analysing the modified Quality of Life variables in sick women and the comparative method, by comparing the Quality of Life in sick and healthy women.

With a statistical analyses of the results, we may conclude that the Quality of Life in sick women is medium low, namely in the variables of General Health, Physical Functioning, Role-Physical, Bodily Pain and Vitality. Likewise, there are significant differences in the Quality of Life between healthy and sick women.

In general terms we observe that the Quality of Life evaluation, made by women with Rheumatoid Arthritis, is much lower than the one made by healthy women, which fully agrees with the hypothesis proposed in this study.

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>I PARTE - <u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u></b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 - QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>18</b>
PERSPECTIVA HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA	18
CONCEPTUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	20
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	29
QUALIDADE DE VIDA E PSICOLOGIA DA SAÚDE	37
QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA CRÓNICA	40
<b>CAPÍTULO 2 - ARTRITE REUMATÓIDE</b>	<b>47</b>
PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS DOENÇAS REUMÁTICAS - ARTRITE REUMATÓIDE	47
HISTÓRIA NATURAL E A ETIOPATOGENÉSE DA ARTRITE REUMATÓIDE	52
DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA ARTRITE REUMATÓIDE	55
ASPECTOS MÉDICOS DA ARTRITE REUMATÓIDE	57
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ARTRITE REUMATÓIDE	62
AVALIAÇÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE	74
TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE	80
<b>CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA E A ARTRITE REUMATÓIDE</b>	<b>84</b>
<b>II PARTE - <u>METODOLOGIA</u></b>	<b>90</b>
<b>CAPÍTULO 4 - PLANO DE ESTUDO</b>	<b>91</b>
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	91
OBJECTIVOS DO ESTUDO	95

HIPÓTESE E DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	96
- Formulação da Hipótese	96
- Definição e Operacionalização das Variáveis	96
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO	98
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	101
<b>CAPÍTULO 5 - MÉTODO E MATERIAL</b>	<b>102</b>
MÉTODO DO ESTUDO	102
INSTRUMENTOS	103
- Entrevista Clínica	103
- 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)	104
- Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F-84)	115
AMOSTRA	118
- Seleção da Amostra	118
- Caracterização da Amostra	119
PROCEDIMENTO	137
TRATAMENTO ESTATÍSTICO	138
<b>CAPÍTULO 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>140</b>
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	140
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	173
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>181</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

# ÍNDICE

## DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURA 1 - DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA	21
FIGURA 2 - CONCEPÇÕES SUBJACENTES À DEFINIÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	23
FIGURA 3 - PROPRIEDADES DO PARADIGMA DE QUALIDADE DE VIDA	24
FIGURA 4 - DOMÍNIOS PRINCIPAIS DA QUALIDADE DE VIDA	27
FIGURA 5 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	30
FIGURA 6 - ÁREAS RELATIVAS À EXPERIÊNCIA SUBJECTIVA DA DOENÇA CRÓNICA	42
FIGURA 7 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA ARTRITE REUMATÓIDE	57
FIGURA 8 - FACTORES PSICOLÓGICOS DA ARTRITE REUMATÓIDE	63
FIGURA 9 - ASPECTOS DA AVALIAÇÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE	74
FIGURA 10 - FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE	81
FIGURA 11 - NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA AFECTADOS PELA ARTRITE REUMATÓIDE	84
FIGURA 12 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ARTRITE REUMATÓIDE	87
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE POR GRUPOS ETÁRIOS	120
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	121
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO ESTADO CIVIL	122
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	123
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO Nº FILHOS	124
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELOS ANOS DE DURAÇÃO DE DOENÇA	125
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO GRAU DE GRAVIDADE DA DOENÇA	126

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO TIPO DE TRATAMENTO	127
GRÁFICO 8A - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	128
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA POR GRUPOS ETÁRIOS	129
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	130
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO ESTADO CIVIL	131
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	132
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO Nº FILHOS	133
GRÁFICO 14 - COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS A E B RELATIVAMENTE AOS GRUPOS ETÁRIOS	134
GRÁFICO 15 - COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS A E B RELATIVAMENTE AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	134
GRÁFICO 16 - COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS A E B RELATIVAMENTE AO ESTADO CIVIL	135
GRÁFICO 17 - COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS A E B RELATIVAMENTE Á SITUAÇÃO PROFISSIONAL	135
GRÁFICO 18 - COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS A E B RELATIVAMENTE AO Nº. FILHOS	136
GRÁFICO 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA QUALIDADE DE VIDA TOTAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	142
GRÁFICO 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA SAÚDE GERAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	144
GRÁFICO 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA FUNCIONAMENTO FÍSICO NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	144
GRÁFICO 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA PAPEL FÍSICO NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	145
GRÁFICO 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA PAPEL EMOCIONAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	145
GRÁFICO 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA FUNCIONAMENTO SOCIAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	146

GRÁFICO 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA DOR FÍSICA NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	146
GRÁFICO 26 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA VITALIDADE NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	147
GRÁFICO 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA SAÚDE MENTAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	147
GRÁFICO 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA SAÚDE GERAL NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	149
GRÁFICO 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA FUNCIONAMENTO FÍSICO NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	149
GRÁFICO 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA PAPEL FÍSICO NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	150
GRÁFICO 31- DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA PAPEL EMOCIONAL NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	150
GRÁFICO 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA FUNCIONAMENTO SOCIAL NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	151
GRÁFICO 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA DOR FÍSICA NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	151
GRÁFICO 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA VITALIDADE NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	152
GRÁFICO 35 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA NA ESCALA SAÚDE MENTAL NAS MULHERES NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	152
GRÁFICO 36 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA QUALIDADE DE VIDA TOTAL	154
GRÁFICO 37 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA SAÚDE GERAL	156
GRÁFICO 38 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA FUNCIONAMENTO FÍSICO	156
GRÁFICO 39 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA PAPEL FÍSICO	157
GRÁFICO 40 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA PAPEL EMOCIONAL	157
GRÁFICO 41 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA FUNCIONAMENTO SOCIAL	158

GRÁFICO 42 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA DOR FÍSICA	158
GRÁFICO 43 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA VITALIDADE	159
GRÁFICO 44 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA ESCALA SAÚDE MENTAL	159
GRÁFICO 45 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA SAÚDE GERAL	168
GRÁFICO 46 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA FUNCIONAMENTO FÍSICO	168
GRÁFICO 47 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA PAPEL FÍSICO	169
GRÁFICO 48 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA PAPEL EMOCIONAL	169
GRÁFICO 49 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA FUNCIONAMENTO SOCIAL	170
GRÁFICO 50 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA DOR FÍSICA	170
GRÁFICO 51 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA VITALIDADE	171
GRÁFICO 52 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE E MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA NA ESCALA SAÚDE MENTAL	171
QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE POR GRUPOS ETÁRIOS	120
QUADRO II - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE POR NÍVEIS DE ESCOLARIDADE	121
QUADRO III - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE POR ESTADO CIVIL	122
QUADRO IV - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE POR SITUAÇÃO PROFISSIONAL	123
QUADRO V - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO Nº. FILHOS	124
QUADRO VI - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELOS ANOS DE DURAÇÃO DE DOENÇA	125

QUADRO VII - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE PELO GRAU DE GRAVIDADE DA DOENÇA	126
QUADRO VIII - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE SEGUNDO O TIPO DE TRATAMENTO	127
QUADRO IX - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA POR GRUPOS ETÁRIOS	129
QUADRO X - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	130
QUADRO XI - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO ESTADO CIVIL	131
QUADRO XII - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	132
QUADRO XIII - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA PELO Nº. FILHOS	133
QUADRO XIV - VALORES DA QUALIDADE DE VIDA TOTAL NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	141
QUADRO XV - VALORES OBTIDOS NAS ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA NAS MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE	143
QUADRO XVI - VALORES OBTIDOS NAS ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA NAS MULHERES SEM DOENÇA CRÓNICA	148
TABELA I - DESCRIÇÃO DAS ESCALAS DO SF-36	106
TABELA II - APRESENTAÇÃO DAS FÓRMULAS DE PONTUAÇÃO FINAL DAS ESCALAS	109
TABELA III - CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS VALORES DE QUALIDADE DE VIDA TOTAL	153
TABELA IV - CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS VALORES OBTIDOS NAS ESCALAS DA Q.V.	154
TABELA V - COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON	161
TABELA VI - COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN	161
TABELA VII - TESTE DE MANN-WHITNEY	162
TABELA VIII - TESTE DE MANN-WHITNEY	162
TABELA VIIIA - CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS	162
TABELA IX - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ANOVA	163
TABELA IXA - CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS	163
TABELA X - TESTE T-STUDENT	165
TABELA XI - TESTE DE MANN-WHITNEY	165
TABELA XII - TESTE DO $\chi^2$	166
TABELA XIII - TESTE DO $\chi^2$	166
TABELA XIV - TESTE T-STUDENT	167

# ***INTRODUÇÃO***

Actualmente, uma grande percentagem dos indivíduos sofre de **doenças crónicas**, na medida em que as doenças agudas, pela acção dos antibióticos e medidas preventivas, nas sociedades industrializadas, foram eficazmente resolvidas.

Assim, a doença crónica está a aumentar a sua prevalência e ultrapassou a doença aguda como principal causa de morte.

As doenças crónicas pelas suas características definidoras não têm cura, prolongam-se no tempo e o seu desenvolvimento acaba por dizer respeito ao próprio doente, à sua família e ao sistema de saúde. Deste modo, surgiram, durante a última década várias investigações direccionadas para este tipo de doenças. Esta atenção crescente deu origem, em parte, aos elevados custos para os governos nacionais e à avançada tecnologia.

No entanto, o aperfeiçoamento na tecnologia médica de que resulta um aumento da vida dos indivíduos, não implica automaticamente que a qualidade de vida aumentada tenha sido melhorada. Assim, actualmente, a ênfase dos cuidados de saúde e de reabilitação situa-se mais na área de promoção e manutenção da qualidade e plenitude de vida.

Entre as várias doenças crónicas, as **doenças reumáticas** ocupam um lugar de primeira importância seja qual for o prisma por que se encarem. É muito comum ler que as doenças reumáticas têm alta prevalência na comunidade e que a sua repercussão nos sistemas de saúde e na sociedade em geral é muito elevada.

Genericamente podemos dizer que as doenças reumáticas são universais e muito prevalentes.

Mas, as doenças reumáticas no nosso País, com excepções objectivas e algumas muito gratificantes, têm vivido um certo clima de orfandade ou até de uma certa comiseração mal disfarçada. Apesar, do seu peso na nossa população e, por reflexo directo, nas despesas da Saúde não param de aumentar e atingir somas de indelével peso. Acresce que nos Cuidados Primários de Saúde, a doença reumática é a primeira doença em números absolutos no conjunto dos motivos de consulta.

E se a isto juntarmos ser a doença reumática, em muitas zonas do País, a principal causa de absentismo no trabalho e de reformas precoces há que admitir, de uma forma pragmática que merece que lhe seja prestada mais atenção.

Dentro do vasto e complexo grupo de doenças reumáticas, a **Artrite Reumatóide** desempenha um lugar ímpar pela sua prevalência, pelo enigma que continua a constituir a sua etiopatogenia, pela sua complexidade clínica, pelos delicados problemas de ordem terapêutica que frequentemente suscita e, naturalmente, pelo sofrimento físico e psicológico dos indivíduos que tiveram a infelicidade de contrair a doença, bem assim como pela sua repercussão sobre o agregado familiar dos doentes. A comunidade em geral não foge, inclusivamente, a este flagelo social, visto ser enorme o impacto que a doença tem em termos económicos e sociais sobre o erário público quer dos países desenvolvidos quer mesmo daqueles que estão em desenvolvimento.

Assim, pela sua prevalência, e pelos importantes problemas médicos, económicos, sociais e psicológicos que suscita, a Artrite Reumatóide é, indiscutivelmente, a doença crónica reumática da maior importância na actualidade.

Hoje em dia, existem algumas técnicas cirúrgicas que foram consideravelmente aperfeiçoadas e que se encontram disponíveis para o tratamento desta doença crónica, incapacitante e deformante. Contudo, estes doentes estão condenados a viver uma vida muito restrita: restrições que são devidas à natureza da própria doença e com graves consequências na **Qualidade de Vida**. Diversos componentes da Qualidade de Vida, nomeadamente o componente físico, social e psicológico, podem ser afectados.

A Artrite Reumatóide conhecida pelo paradigma dos “reumatismos” crónicos, apesar de não ter cura, pode ser tão bem tratada, e até talvez melhor, do que a maioria das doenças crónicas, proporcionando ao doente uma vida desejável e produtiva.

Esta doença, necessita principalmente de cuidados primários, uma vez que ainda não se conhece bem a sua etiopatogenia e não tem cura; e por isso há um aumento da ênfase nos cuidados de saúde para medidas paliativas que se destinam melhorar a Qualidade de Vida dos indivíduos doentes.

Mas, como é que se pode intervir a nível dos cuidados de saúde prestados ao doente com Artrite Reumatóide, se não houver dados concretos respeitantes às dimensões da Qualidade de Vida mais afectadas? E como é que se pode averiguar essas dimensões, se não houver instrumentos psicométricos válidos que nos permitem medir?

Foi a partir destas questões que surgiu o interesse em investigar a **Qualidade de Vida em indivíduos com Artrite Reumatóide**.

Ao propor-se esta investigação que se inclui no contexto da Psicologia da Saúde, pensa-se estar a contribuir para a averiguação e divulgação de um conjunto de dados relevantes sobre o modo como a Artrite Reumatóide é vivida pelo indivíduo e em que áreas devem ser elaborados programas de prevenção e reabilitação psicológica para a implementação da Qualidade de Vida nestes doentes.

Desta forma, este trabalho foi dividido em duas partes.

A Parte I é constituída por três capítulos que compõem a Fundamentação Teórica deste trabalho: o primeiro, que se debruça sobre a Qualidade de Vida; o segundo sobre a Artrite Reumatóide; e, por fim, o terceiro que organiza a revisão de literatura, tão exaustiva quanto possível, sobre estes dois temas.

A Parte II, Metodologia consiste no trabalho de campo e é constituída por vários capítulos que vão desde o Plano do Estudo, Método e Material, os quais serviram de base à investigação, até aos Resultados e sua Discussão, onde se pretende articular os pressupostos teóricos, que sustentam este trabalho, e os resultados obtidos na análise dos instrumentos utilizados.

Espera-se que a realização deste trabalho de dissertação e as suas conclusões contribuam para prestigiar a área da Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e no meio académico em geral.

PRIMEIRA PARTE

***FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA***

# CAPÍTULO 1 - QUALIDADE DE VIDA

## Breve Perspectiva Histórica da Qualidade de Vida

A expressão “Qualidade de Vida” teve a sua origem nos anos 60. No entanto, fez uma breve aparição, em 1920, ao ser mencionada por Pigou no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores.

O termo “Qualidade de Vida” enraizou-se nos Estados Unidos da América após o final da 2ª. Guerra Mundial. Este conceito, com o desenvolvimento das economias do pós-guerra, significava “a boa vida”, isto é, o bem-estar material evidenciado pela posse de carros, casas e outros bens de consumo, assim como dinheiro para actividades de tempos livres e férias.

O crescimento em popularidade deste conceito, levou à necessidade de se investigar e desenvolver medidas válidas para avaliar a Qualidade de Vida. Assim, o relatório da *Commission on Nacional Goals*, da responsabilidade do presidente Eisenhower, publicado em 1960, apontou uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais (educação, saúde e bem-estar, crescimento económico e industrial e a defesa do mundo “livre”) como padrão para avaliar a Qualidade de Vida.

Apesar do apelo das posses materiais, um dos requisitos primários para se poder gozar de uma alta Qualidade de Vida é uma boa saúde.

Como consequência da Segunda Revolução da Saúde, que tomou lugar na década de 70, o conceito de Qualidade de Vida começou a suscitar interesse na população em geral, o que levou que fosse um conceito mais estudado e utilizado no seio da comunidade, surgindo assim, as primeiras publicações específicas sobre o tema Qualidade de Vida.

A Segunda Revolução da Saúde, tinha como objectivo fazer com que a Saúde se concentrasse mais no bem-estar geral do doente (não só tratar a doença, mas também ter em conta os efeitos psicológicos) do que na própria doença. Consequentemente, este movimento proporcionou uma aceleração no desenvolvimento da conceptualização da Saúde em áreas de intervenção, de avaliação e promoção da Saúde e da Qualidade de Vida (Ribeiro, 1994).

Deste modo, a Qualidade de Vida tem vindo a adquirir uma importância cada vez maior quer no sistema da saúde em geral, quer no sistema de saúde de cuidados específicos, onde é usualmente referida como “Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde” (Ribeiro, 1994).

Actualmente, além de ser muito investigada em vários contextos do sistema de cuidados de saúde, trata-se de um tema de interesse geral e do senso comum, onde cada um, independentemente da sua formação, é capaz de utilizar o termo Qualidade de Vida para expressar o seu interesse pelo bem-estar dos indivíduos. No entanto, a forma como o definem nem sempre é a mesma, nomeadamente ao nível dos conteúdos e da avaliação. Assim, para uns a Qualidade de Vida expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros dos bens espirituais. Para uns a Qualidade de Vida baseia-se na opinião do próprio indivíduo, para outros na observação dos clínicos. Para uns constitui uma dimensão objectiva, para outros, subjectiva (Ribeiro, 1994).

## Conceptualização da Qualidade de Vida

A transformação coloquial do termo tornou a Qualidade de Vida, enquanto estatuto de conceito, em algo de muito subjectivo e pouco definido. Ou seja, conceptualmente, a “Qualidade de Vida” é considerado um termo algo vago. Como afirma McGuire (1991): *“Todos têm a sua própria ideia do que é Qualidade de Vida, e é nisso que reside o problema”*.

Segundo Spilker (1990), cada investigador tende a interpretar o sentido de Qualidade de Vida de modo diferente.

A Qualidade de Vida é um tema de interesse comum a vários contextos da sociedade e, por isso as definições espelham aspectos comuns, por um lado, e específicos, por outro, desses contextos. Assim, as diferentes concepções de Qualidade de Vida dos vários investigadores integram-se no contexto em que se encontram.

Por exemplo, no contexto do trabalho, Edstrom (1981; citado por Ribeiro, 1994) define Qualidade de Vida *“como o grau em que os membros de uma organização de trabalho estão aptos a satisfazer necessidades pessoais importantes através da sua experiência nessa organização”*.

No contexto da saúde, encontramos várias definições.

Segundo Shumaker, Anderson e Czajkowsky (1990), a Qualidade de Vida é *“satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar”*. Para Cramer (1994) define-se como *“bem estar físico, mental e social, completo, e não apenas, a ausência de doença”*. Trata-se de uma definição que coincide com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, aquando da sua constituição.

Ainda, dado o termo Qualidade de Vida ter surgido com o desenvolvimento dos estudos da Saúde, fez com que o conceito se popularizasse e se generalizasse no meio clínico, onde é usualmente referido como “Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde”. Este conceito específico do sistema de cuidados de saúde, apresenta dois sentidos distintos (Ribeiro, 1994): *“No sentido geral, refere-se à Qualidade de Vida que está dependente das doenças que os indivíduos têm, e analisa a contribuição dessa doença, e do seu tratamento para a Qualidade de Vida dos indivíduos; no sentido específico, refere-se às limitações, ou ao modo como cada doença específica afecta a Qualidade de Vida”*.

Patrick e Deyo (1989; citados por Ribeiro, 1994) defendem que a Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde é um conceito muito lato cobrindo “*duração da vida, invalidez, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais*”. Segundo este autor, Qualidade de Vida, Saúde e Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde, em contextos de doença, são conceitos não distintos e, muito frequentemente, usados como iguais ou equivalentes. Segundo Fries e Siptz (1990), Qualidade de Vida e Estado de Saúde, no sistema de cuidados de saúde, têm uma utilização equivalente. Contrariamente, Hermann (1993), Kaplan e Anderson (1990), consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes. Ware (1991; citado por Ribeiro, 1994) refere que o conceito de Qualidade de Vida é muito mais abrangente que o de Saúde sendo esta, em conjunto com outros, um dos indicadores mais utilizados para avaliar a Qualidade de Vida.

### **Dimensões**

As conceptualizações teóricas da Qualidade de Vida são várias. Kùchler (1991; citado por Wood-Dauphinee & Kùchler, 1992) conceptualizou a Qualidade de Vida elaborando uma representação gráfica multidimensional que incorpora bastantes ideias de outros investigadores, e desenvolve-as em termos de **dimensões**. Deste modo, Kùchler define que a Qualidade de Vida é determinada por experiências subjectivas e por factores objectivos que se englobam nas dimensões de referência, da experiência e do tempo (Figura 1).

<b><u>Dimensão de Referência</u></b>	<b><u>Dimensão da Experiência</u></b>	<b><u>Dimensão do Tempo</u></b>
<b>Indivíduo</b>	<b>Físico</b>	<b>Passado</b>
<b>Família</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Presente</b>
<b>Grupo Social</b>	<b>Interpessoal</b>	<b>Futuro Próximo</b>
<b>Política</b>	<b>Sócio-económico</b>	<b>Futuro Distante</b>
<b>Cultura</b>	<b>Espiritual</b>	

**Figura 1 - Dimensões da Qualidade de Vida (Kùchler, 1991).**

- Dimensão de Referência, situa o indivíduo no seu contexto familiar, grupo social e num quadro cultural e político.
- Dimensão da Experiência, inclui o estado físico do indivíduo, as relações interpessoais com a família, os amigos e os técnicos de saúde; o seu estado financeiro; e a sua crença.
- Dimensão do Tempo, na qual a Qualidade de Vida é o culminar das experiências passadas e da situação presente, assim como dos objectivos e expectativas futuras.

Estas dimensões conjugam-se para fornecer uma perspectiva colectiva da Qualidade de Vida do indivíduo, num determinado momento da sua vida.

Trata-se de um modelo extremamente importante na medida que pode servir de base à orientação e à discussão, no entanto não permite uma medida directa, uma vez que o seu conteúdo é extremamente variado e impossível conceber um único instrumento, tratamento ou programa de reabilitação que pudessem influenciar todos estes aspectos da Qualidade de Vida (Wood-Dauphinee & Küchler, 1992).

### Concepções

O facto do conceito Qualidade de Vida ser recente, associado ao facto de ser uma palavra utilizada em múltiplos contextos e sob múltiplas interpretações, é importante chegar a um consenso sobre o que é Qualidade de Vida.

Apesar de nenhuma definição ter sido universalmente aceite e adoptada, visto ser um termo em fase de exploração, tem sido estudado em múltiplos contextos do sistema de cuidados de saúde, como sendo a percepção subjectiva que o indivíduo tem do seu bem-estar físico, psicológico e social, tendo em conta o impacto da doença e/ou tratamento.

Deste modo, o conceito de Qualidade de Vida ligado à saúde ou estados de saúde, pode ser definido segundo Schipper, Clinch e Powell (1990), como sendo um fenómeno multifacetado que engloba o funcionamento físico e ocupacional, o estado psicológico, a interacção social e, ainda, as sensações somáticas, em particular a dor. Schipper, Clinch e Powell (1990), apresentam cinco concepções comuns, que se salientam da divergência do termo, por um lado, e subjacentes à sua definição de Qualidade de Vida, que contribuíram para as correntes actuais, por outro (Figura 2).

- **Abordagem Psicológica** → Pressupõe a distinção entre ter uma doença e o sentir-se doente.
- **Abordagem Custo-Benefício** → Baseia-se na dicotomia quantidade de vida/qualidade de vida.
- **Abordagem Centrada na Comunidade** → Pressupõe a organização de variáveis de modo a considerar o impacto da doença na comunidade.
- **Abordagem Funcional** → Baseia-se na reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, num todo harmonioso de modo a que a vida se ajuste às consequências de uma vida incapacitante.
- **Lacuna de Calman (Calman's Gap)** → Considera a Qualidade de Vida uma lacuna entre as expectativas do doente e o que conseguiu realizar.

Figura 2 - Cinco concepções subjacentes à definição de Qualidade de Vida (Schipper, Clinch & Powell, 1990).

- **Abordagem Psicológica**: Enquanto a intervenção médica se centra no pressuposto da existência da doença e não na experiência da doença, a Qualidade de Vida baseia-se nesta última. Portanto, esta abordagem centra-se na percepção do doente.

- **Abordagem Custo-Benefício**: Enquanto para alguns indivíduos a vida deve ser vivida a qualquer custo, para outros, a vida só deve ser vivida em determinadas circunstâncias. A investigação tem demonstrado que determinados doentes trocavam anos de vida por certas funções. Nesta perspectiva, a avaliação da Qualidade de Vida baseia-se na percepção individual que o doente tem da sua capacidade funcional em áreas que ele valoriza.

- **Abordagem Centrada na Comunidade**: As variáveis podem ser agrupadas em círculos concêntricos, onde os aspectos fisiológicos situam-se no círculo central e cada um dos círculos que envolvem o central incluem aspectos como o *distress* psicológico/bem-estar, percepção global de saúde e funcionamento social e o exercício do papel social. Portanto nesta abordagem, a avaliação da Qualidade de Vida que se inicia em parâmetros fisiológicos estende-se a todo um vasto de parâmetros de personalidade e sociais, espalhando-se à comunidade.

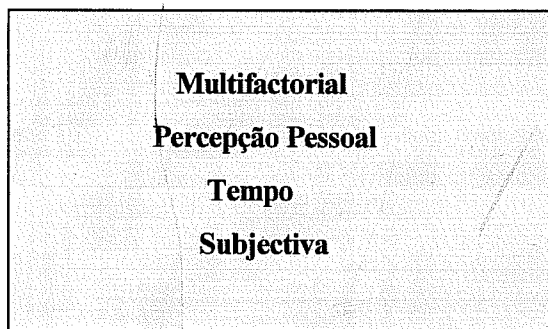
- **Abordagem Funcional**: Esta perspectiva centra-se, portanto, em aspectos funcionais e ignora os aspectos emocionais.

- Lacuna de Calman (Calman's Gap): Nesta abordagem, quanto menor for a lacuna, maior é a Qualidade de Vida.

### Paradigma

De acordo com Ribeiro (1994), o *paradigma* de Qualidade de Vida “*possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde*”.

Deste modo, as propriedades do paradigma da Qualidade de Vida são definidas por Schipper, Clinch e Powell (1990) como sendo quatro (Figura 3).



**Figura 3 - Propriedades do paradigma da Qualidade de Vida (Schipper, Clinch & Powell, 1990).**

1 - A Qualidade de Vida é multifactorial ⇒ A Qualidade de Vida é uma variável composta por múltiplos domínios/componentes que se devem refletir na sua avaliação, tais como: funcionamento físico e ocupacional, estado psicológico, interacção social e sensações somáticas (dor).

2 - A Qualidade de Vida é uma medida de percepção pessoal ⇒ Diversos estudos realizados concluíram que as discrepâncias nas avaliações efectuadas entre médicos e doentes, não medem a qualidade de vida do doente. Pois não é possível questionar-se um indivíduo acerca do estado de outro. Assim o que conta é sempre a percepção do próprio, isto é, a sua auto-avaliação.

3 - A Qualidade de Vida varia com o tempo ⇒ Devido à natureza flutuante dos dados da Qualidade de Vida, ao contrário da maioria das medidas fisiológicas, torna-se importante fazer um seguimento metuculoso prestando atenção ao “timing” da medição e à consistência das medições ao longo do tempo.

4 - A Qualidade de Vida é subjectiva ⇒ É o próprio doente quem está mais intimamente envolvido no resultado de um tratamento. Devido a esta característica, a avaliação deve ser particularmente cuidada, onde as técnicas deverão abranger aspectos, entre outros, como validade e fidelidade.

Como se nota, o paradigma Qualidade de Vida reúne um quadro de características que o torna muito específico e manifestamente diferente de outros paradigmas que se encontram no contexto do modelo médico. Como marcadores principais dessa diferença, será de sublinhar o seu carácter multifactorial e a sua fundamentação na perspectiva do indivíduo, isto é, a forma como a doença é por ele vivenciada.

Ao contrário do que é tradicional no modelo biomédico em que se considera a disfunção, na perspectiva da Qualidade de Vida o que se toma em conta são os aspectos positivos da funcionalidade do indivíduo. Isto é, o que importa na Qualidade de Vida é um conjunto de valores como a capacidade, o potencial e a realização.

### **Domínios e Componentes**

As características determinam que a Qualidade de Vida seja uma percepção global da vida pessoal e depende da contribuição de inúmeros domínios e componentes. Desta maneira, é compreensível, de imediato, que a Qualidade de Vida seja uma variável que evolui ao longo do tempo e a importância da subjectividade que a informa.

Vários domínios e componentes da Qualidade de Vida têm sido propostos por inúmeras fontes, ao longo dos tempos.

Lui (1975; citado por Ribeiro, 1994) com base nos critérios produzidos pela *Commission on Nacional Goals* apontou nove indicadores, sendo cada um representado por mais de cem variáveis que abrangiam aspectos psicológicos, fisiológicos, sócio-ambientais, económicos e políticos.

Mais tarde, o estudo de Campbel, Converse e Rodgers (1976; citados por Ribeiro, 1994) identificou 12 domínios representativos da Qualidade de Vida, como: “saúde, casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira, participação em organizações”.

Nos anos 80, Flanagan (1982) identificou 15 domínios de Qualidade de Vida que se agrupavam nas seguintes categorias: “bem estar físico, material e social, relações com outras pessoas; desenvolvimento e realização pessoais; comunidade e actividades cívicas; recreação”.

Spilker (1993; citado por Ribeiro, 1994) referiu que podem ser considerados dois grandes aspectos da Qualidade de Vida:

- Os aspectos ambientais da Qualidade de Vida, como a qualidade do ar e da água, qualidade da escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio-económico e social e espírito comunitário.
- Os aspectos da Qualidade de Vida Relacionada Com a Doença, como a capacidade/disponibilidade física, estado psicológico, estatuto social e estatuto económico/emprego.

Em 1994, o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, dedicou-se ao estudo das variáveis de 3 domínios: “longevidade (medida pela esperança de vida); conhecimentos (medidos pelo combinação da alfabetização de adultos e a média dos anos de escolaridade); e padrão de vida (medido pelo poder de compra baseado no PIB real per capita ajustado aos custos de vida local)”

Especificamente, no sistema de cuidados de saúde, a Qualidade de Vida global inclui muitos domínios e componentes que não estão relacionados com a saúde de um indivíduo e fora do âmbito dos cuidados de saúde.

Assim, Patrick e Deyo (1989; citados por Ribeiro 1994)) consideram que a Qualidade de Vida inclui 5 componentes: “duração de vida; limitações; estados funcionais; percepções e oportunidades funcionais”.

Ainda dentro desta linha e tendo em conta que a Qualidade de Vida não é um conceito unitário, mas sim uma amálgama de funcionamentos satisfatórios em domínios primários e essenciais, Fallowfield (1990) indica como sendo basicamente 4 os domínios principais que reflectem um funcionamento satisfatório de um indivíduo (Figura 4).

<p><b><u>Domínio Psicológico</u></b></p> <p>⇒ Depressão</p> <p>⇒ Ansiedade</p> <p>⇒ Ajustamento à Doença</p>	<p><b><u>Domínio Social</u></b></p> <p>⇒ Actividades Sociais</p> <p>⇒ Tempos Livres</p> <p>⇒ Relacionamentos Pessoais e Sexuais</p>
<p><b><u>Domínio Ocupacional</u></b></p> <p>⇒ Capacidade e Vontade de Trabalhar</p> <p>⇒ Capacidade para Cuidar das Tarefas Domésticas</p>	<p><b><u>Domínio Físico</u></b></p> <p>⇒ Dor</p> <p>⇒ Mobilidade</p> <p>⇒ Sono</p> <p>⇒ Apetite e Náusea</p> <p>⇒ Satisfação Sexual</p>

Figura 4 - Domínios Principais da Qualidade de Vida (Fallowfield, 1990).

A) Domínio Psicológico:

Os indivíduos doentes que sofram de ansiedade e depressão dificilmente podem gozar e funcionar satisfatoriamente em quaisquer áreas que contribuem para a Qualidade de Vida. Um bom funcionamento psicológico permite ao paciente adaptar-se e ajustar-se à doença utilizando estratégias de *coping* adequadas à situação. Assim, um funcionamento saudável, livre de ansiedade e depressão e com capacidade de se adaptar e de enfrentar diversos estados de doença é crucial para manter uma boa Qualidade de Vida.

B) Domínio Social:

É particularmente importante para os indivíduos com doenças crónicas progressivas ou em estado terminal terem suporte social (família e amigos), dado os seus sentimentos de abandono. Muitas vezes surgem problemas sexuais e é necessário que o doente e o seu parceiro encontrem alternativas e ajuda para explorar novas maneiras de expressar amor, ternura e carinho

C) Domínio Ocupacional:

De um modo geral, o indivíduo obtém uma grande gratificação pessoal através das realizações, reconhecimento social e das interações sociais proporcionadas pelo trabalho. O bom funcionamento ocupacional não só significa capacidade de manter um trabalho remunerado, mas também inclui capacidade de lidar com as tarefas domésticas. As baixas ou as reformas forçadas devido à doença, assim como a dependência de outros para a realização das necessidades do dia-a-dia, podem ter consequências graves na auto-estima do indivíduo.

D) Domínio Físico:

O sofrimento físico e a dor são muitas vezes uma experiência assustadora para o doente, que tem um impacto significativo em todos os domínios da Qualidade de Vida do indivíduo.

Parece evidente que a escolha dos domínios que são considerados para estruturar o conceito de Qualidade de Vida depende em muito dos objectivos e da concepção de Qualidade de Vida que estiver subjacente a essa escolha.

## Avaliação da Qualidade de Vida

O reconhecimento crescente de que o objectivo dos cuidados de saúde é aumentar a duração de vida e melhorar a Qualidade de Vida, levou à necessidade de se encontrarem formas de avaliação da Qualidade de Vida dos indivíduos.

Segundo Taylor e colaboradores (1986), a Qualidade de Vida, até 1979, era avaliada exclusivamente por factores de natureza médica e que posteriormente a literatura médica tem continuado a ignorar, em larga margem, os aspectos psicossociais da Qualidade de Vida.

Segundo Ware (1981; citado por Kaplan, 1985), a avaliação da Qualidade de Vida deve incluir os seguintes requisitos: "(1) medir os efeitos das intervenções de cuidados de saúde; (2) avaliar a qualidade desses cuidados; (3) calcular as necessidades da população; (4) aperfeiçoar as decisões clínicas; e (5) estudar as causas e as consequências do estado de saúde".

Existem muitos outros investigadores que propõem muitos e diferentes critérios para o desenvolvimento da avaliação da Qualidade de Vida, baseados em diferentes tradições teóricas. No entanto existe um consenso entre eles de que avaliação deve ter uma base conceptual, assim como um objectivo claramente definido.

Existem diferentes abordagens da avaliação da Qualidade de Vida que seguem tradições teóricas distintas: a tradição psicométrica e a tradição da teoria da decisão.

### Aborgagem Psicométrica

Em geral, as técnicas de avaliação da Qualidade de Vida, consideram os aspectos positivos do funcionamento individual, ao contrário do que é considerado no modelo biomédico, o qual avalia a disfunção. Ou seja, as técnicas utilizadas na Qualidade de Vida pretendem avaliar a capacidade, o potencial e a realização, e não a incapacidade e a impotência.

Segundo Ribeiro (1994), a definição de Qualidade de Vida impõe os seguintes critérios às técnicas de avaliação: "1) consideração dos aspectos positivos ao invés dos negativos; 2) consideração da avaliação em dois planos: ao nível do bem-estar e ao nível da funcionalidade; 3) consideração da interacção de aspectos físicos, mentais e sociais; 4) baseiam-se na percepção pessoal". Os instrumentos que pretendem avaliar a Qualidade de Vida devem satisfazer as seguintes qualidades psicométricas como a validade, fidelidade e sensibilidade (Fallowfield, 1990).

Além das exigências básicas que todos os instrumentos devem satisfazer, é também importante ter em conta os vários aspectos que podem influenciar a escolha de determinado instrumento. Assim, Fallowfield (1990) refere uma série de questões fundamentais a ter em conta aquando da escolha do instrumento a utilizar, nomeadamente: “ (a) O questionário tem validade e fidelidade?; (b) Existem instruções disponíveis?; (c) É apropriado à população “alvo”?; (d) As questões são fáceis de ler e de compreender?; (e) A cotação do questionário é fácil ou complexa?; (f) Apresentação do instrumento é clara?; (g) Em que forma são apresentadas as perguntas e as respostas?; (h) É abrangente, mas tão breve quanto possível?; (i) Qual é o “espaço de tempo” do instrumento?; (j) Faz perguntas de carácter social?; e (l) Quem preenche o questionário - o clínico ou o doente?”.

Bell, Bombardier e Tugwell (1990) salientam algumas considerações importantes que podem ajudar a comparar e avaliar a utilidade de cada instrumento de Qualidade de Vida aquando da sua escolha em determinada situação, como: Objectivo e abrangência, credibilidade, exatidão, sensibilidade às alterações, sentido biológico e praticabilidade.

Segundo Fallowfield (1990), os instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida podem ser divididos em escalas de hetero-administração e de auto-avaliação (Figura 5).

<b>→ ESCALAS DE HETERO-ADMINISTRAÇÃO</b>	
→ The Karnofsky Performance Index (KPS)	
→ The Katz Index of Activities of Daily Living (ADL)	
→ The Spitzer Quality of Life Index	
<b>→ ESCALAS DE AUTO-AVALIAÇÃO</b>	
→ <i>Linear Analogue Self-assessment (LASA)</i>	→ The General Health Questionnaire (GHQ)
→ Selby's LASA	→ The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)
→ The McGill/Melzack Pain questionnaire (MPQ)	→ Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS)
→ The Functional Living Index: Cancer (FLIC)	→ The Sickness Impact Profile (SIP)
→ Nottingham Health Profile (NHP)	→ The Profile of Mood States (POMS)
→ <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)</i>	

Figura 5 - Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida (Fallowfield, 1990).

Na verdade, existem muitos instrumentos que se propõem medir a Qualidade de Vida e que satisfazem as qualidades psicométricas de qualquer técnica válida. No entanto, serão apenas descritos aqueles que são mais utilizados.

Assim, ao nível das **escalas de hetero-administração**, encontram-se:

- *The Karnofsky Performance Index (KPS)*: Karnofsky e Burchenal, em 1948, desenvolveram a sua escala de desempenho como meio para determinar as necessidades dos cuidados de enfermagem numa enfermaria. Trata-se de um instrumento que determina a capacidade funcional do doente, mas tem grandes limitações como método para avaliar a Qualidade de Vida. O KPS, de administração fácil e breve, foi bastante utilizado na pesquisa sobre o cancro. No entanto, não mede os componentes psicossociais e além disso trata-se de uma avaliação subjectiva feita pelo clínico (Fallowfield, 1990).

- *The Spitzer Quality of Life Index*: Em 1981, Spitzer e colaboradores desenvolveram este instrumento, para ser utilizado em doentes cancerosos. Estes autores estabeleceram critérios claramente definidos ao construírem o seu teste, nomeadamente: ter preenchimento rápido; administração, cotação e avaliação simples; e ser dirigido a uma série mais abrangente de dimensões de Qualidade de Vida do que o simples estado funcional. A vantagem deste teste é, portanto, a sua simplicidade e rapidez, no entanto, não possui itens suficientes dentro de cada dimensão para se avaliar a especificidade do problema, para além de atribuir igual pontuação a todos os itens do teste (Fallowfield, 1990).

A nível das **escalas de auto-avaliação**, destacam-se:

- *The McGill/Melzack Pain Questionnaire (MPQ)*: Melzack e colaboradores, em 1971, desenvolveram este questionário da dor que apesar da sua especificidade, constitui um importante elemento da avaliação da Qualidade de Vida. Consiste numa lista de termos (adjectivos) que descrevem a qualidade e a intensidade da dor. Trata-se de um instrumento altamente válido e com fidelidade, que tem sido largamente utilizado quer na prática clínica, quer na investigação (Fallowfield, 1990).

- The Sickness Impact Profile (SIP): Este teste desenvolvido, em 1976, por Bergner e colaboradores, contém 136 questões acerca do funcionamento físico e psicossocial. Consiste numa forma de avaliação que tem passado por várias reformulações metodológicas, ostentando um registo impressionante de validade e de fidelidade. Assim, tem sido utilizado em inúmeros estudos que pretendem avaliar os efeitos de um tratamento a seguir a uma artroplastia, em hipertiroidismo, artrite reumatóide e doenças pulmonares. No entanto, a sua maior limitação é o facto de ser demasiado extenso, sobrecarregando em muitos os doentes, para além do facto, de poucos clínicos terem tempo para efectuar uma análise tão longa (Bell, Bombardier & Tugwell, 1990).

- E o Nottingham Health Profile (NHP): Este questionário foi desenvolvido por Hunt e McEwen, em 1981, para avaliar o resultado das intervenções médicas. Trata-se de um instrumento que não só discrimina os indivíduos saudáveis dos doentes fisicamente, como também é suficientemente sensível para detectar alterações durante os diferentes trimestres da gravidez. Uma das limitações em usá-lo como avaliação da Qualidade de Vida, é o facto de só detectar os aspectos negativos da saúde e as pontuações mais baixas não refletirem necessariamente ausência de problemas, podendo assim, ser difícil evidenciar áreas de angústia relativamente pequenas, mas não menos significativas. No entanto, este instrumento merece ser considerado como um método de avaliação da Qualidade de Vida dado a sua aceitabilidade, o seu baixo custo e a sua fácil cotação (Fallowfield, 1990).

No entanto, poucos dos instrumentos psicométricos que se propõem medir a Qualidade de Vida obtêm mais do que uma avaliação sumária do estado psicológico do indivíduo. Desta forma, muitos dos doentes clinicamente deprimidos ou ansiosos não são detectados. Estes problemas psicológicos têm efeitos tão nocivos nas relações sociais, no trabalho e nas actividades de tempos livres, como os provocados pelos problemas físicos. Assim, nestes casos, é importante complementar a avaliação utilizando, por exemplo The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Esta escala elaborada, por Zigmond e Snaith, em 1983, é constituída por 14 itens divididos em duas sub-escalas, que medem a ansiedade e a depressão. Esta escala, para além de ser extremamente fácil e rápida de aplicar, foi traduzida para vários idiomas, podendo ser usada em populações multi-étnicas.

☞ Segundo Ribeiro (1994), dos vários instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida revistos, os mais utilizados são: *Sickness Impact Profile* (SIP); *Nottingham Health Profile* (NHP); e *The Quality of Well-Being Scale*.

Existem algumas versões reduzidas de vários instrumentos, que aparecem com certa frequência referenciados e que se baseiam, ou derivam da investigação *Health Insurance Experiment* (Brook e col, 1979; citado por Ribeiro, 1994), nomeadamente:

- 36- Item Short Form Health Survey: É uma técnica auto-preenchida em cerca de 10 minutos, que inclui 36 itens divididos em nove dimensões: funcionamento físico; exercício do papel social; dor; saúde geral; vitalidade; funcionamento social; funcionamento emocional; saúde mental; alterações do estado de saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

- MOS 20-Item Short Form Health Survey: É uma técnica concebida para avaliar os resultados das intervenções médicas no sistema de cuidados de saúde. Trata-se de um instrumento muito sensível a sintomas e alterações clínicas, que mede dimensões de saúde distintas e passíveis de serem valorizadas diferencialmente pelos doentes. Contem 20 itens, auto-administrados, que avaliam 6 dimensões de saúde importantes: funcionamento físico; exercício do papel social; funcionamento social; saúde mental; percepção da saúde; e dor (Ware, Sherbourne & Davies, 1993; citado por Ribeiro, 1994).

Feinstein (1986; citado por Bell, Bombardier & Tugwell, 1990), numa revisão dos vários instrumentos disponíveis identificou algumas das principais imperfeições dos questionários da Qualidade de Vida, tais como: "1) Falta de atenção relativamente ao papel do doente no esforço ou apoio do desempenho a ser medido; 2) Uso da mesma medida para avaliações que efectivamente requerem diferentes tipos de expressão; 3) Assumir de que um perfil ou índice agregado serve para todas as situações; 4) Avaliação incompleta das características de medição de velhos e novos instrumentos; e 5) Aplicação do instrumento num estabelecimento ou para um objectivo para o qual não foi criado".

Muitas das avaliações da Qualidade de Vida relacionadas com a saúde são designadas para o uso em qualquer doença. No entanto, alguns dos investigadores sentem que é necessário avaliações de Qualidade de Vida específicas para cada doença.

Embora haja certamente algumas vantagens em usar avaliações específicas para cada doença, continua a haver alguma controvérsia sobre a sua necessidade. A vantagem destas avaliações específicas da doença é a serem mais precisas na sua descrição do impacto da doença em particular na Qualidade de Vida.

No entanto, em muitos casos não ficou estabelecido que estas avaliações forneçam maior informação além do que é obtida numa abordagem geral. Assim, alguns investigadores sugerem que as avaliações generalizadas sejam usadas em combinação com as avaliações específicas da doença.

Embora os clínicos geralmente avaliem a Qualidade de Vida dos seus doentes, esta avaliação tende a ser informal (Bell, Bombardier & Tugwell, 1990). Os instrumentos válidos da Qualidade de Vida não foram, até agora, usados de forma extensiva na prática clínica. As razões potenciais para o seu uso limitado incluem a preocupação com o tempo, o custo da administração dos questionários, a inabilidade clínica para a interpretação das pontuações e a crença de que a informação obtida é igualmente fornecida em testes convencionais.

No entanto, a informação fornecida pelos instrumentos de Qualidade de Vida mostrou ser útil na prática clínica para determinar prognósticos e classificar as intervenções. Isto é, através dos resultados obtidos nas avaliações, é possível identificar os problemas correntes dos doentes, definir necessidades, determinar prioridades terapêuticas e intervenções directas.

➔ Apesar das muitas vantagens associadas às técnicas de avaliação desenvolvidas na tradição psicométrica, estas não são apropriadas a todos os propósitos, nomeadamente ao nível da investigação política. Uma vez que, geralmente não integram dados de morbidez e de mortalidade, nem representam transições entre estados de saúde ao longo do tempo. Estas também não planeiam a saúde sobre uma dimensão única, de modo a que os programas com objectivos específicos possam ser comparados.

Assim, as técnicas de avaliação desenvolvidas na Tradição da Teoria da Decisão podem ser mais apropriadas a estudos dirigidos à comparação de diferentes políticas alternativas.

### **Abordagem da Teoria da Decisão**

Existem muitas perspectivas referentes à avaliação dos benefícios dos programas de saúde. Durante muitos anos, o campo foi dominado por economistas que usaram a abordagem do “Capital Humano”, em que os valores monetários eram atribuídos aos lucros esperados num tempo de vida.

No entanto, nos finais dos anos 60, os modelos de política de saúde eram desenvolvidos com o intuito de evitar algumas tendências discriminatórias aparentes na abordagem do Capital Humano. Estes modelos tentaram determinar os benefícios dos programas de saúde fazendo estimativas dos seus efeitos na duração e Qualidade de Vida. Em contraste com a abordagem do Capital Humano, eles exprimiam os benefícios dos programas de saúde em unidades não monetárias. Existem diversos modelos de decisão que são usados para avaliar a Qualidade de Vida, embora o mais representativo desta abordagem seja o modelo que foi desenvolvido em San Diego.

Neste tipo de modelos, existem alguns termos específicos, nomeadamente a análise do “custo-benefício” e a análise do “custo-eficácia”. Os dois tipos de análise são usados para medir as alternativas positivas e negativas, de modo a alcançar uma decisão racional sobre a utilização dos recursos. Os métodos diferem na unidade que usam para exprimir a eficácia de um programa ou tratamento. Assim, na análise do “*custo-benefício*”, tanto os resultados de saúde como os custos do programa são expressos em unidades monetárias. Na análise do “*custo-eficácia*”, os resultados de saúde de um programa são expressos em unidades não monetárias. As abordagens mais populares à análise do “custo-eficácia” expressam os resultados em “anos de vida” ou “anos de vida adaptados com qualidade”.

O modelo geral de decisão da saúde permite a comparação entre vários graus de incapacidade de um doente. Deste modo, uma doença que reduz a Qualidade de Vida a metade, retira 0,5 “anos de vida” no decurso de um ano; se afectar dois indivíduos, retira 1,0 “anos de vida” num período de um ano. Um tratamento médico que melhora a Qualidade de Vida em 0,2 por cada cinco indivíduos, resultará na produção de um ano de vida, se o benefício for mantido durante um período de um ano. Com este sistema, os benefícios de vários tratamentos são expressados através das equivalências de “anos de vida” que produzem.

Segundo Kaplan (1985), a construção de um modelo de decisão de saúde requer cinco passos distintos, como sejam: “(1º) *Classificação dos estados funcionais*; (2º) *Classificação dos sintomas e problemas específicos*; (3º) *Atribuição de valores para a qualidade do bem-estar*; (4º) *Cálculo da esperança de vida saudável*; e (5º) *Estimativas da relação custo-benefício*.”

As abordagens baseadas na teoria da decisão tornam-se populares em análise política. Em termos de conceito, existe acordo entre os diferentes investigadores, de que a Qualidade de Vida devia ser integrada com os dados de mortalidade, para obter anos de vida com qualidade. No entanto, os vários investigadores usam diferentes métodos para obter esses dados.

Ainda, é importante referir que a avaliação da Qualidade de Vida tem utilidade diversificada nas experiências clínicas, nos estudos epidemiológicos e na análise política.

A avaliação da Qualidade de Vida pode permitir a comparação directa de programas médicos, comportamentais, preventivos e ambientais.

## Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde

A origem da Psicologia da Saúde remonta à década de 70. Esta emergiu num contexto de mudança de conceptualização do sistema de saúde, em geral, e do de cuidados de saúde, em particular, que ficou conhecido por Segunda Revolução da Saúde. Esta revolução teve duas características fundamentais (Ribeiro, 1994): “*passou a centrar-se sobre a saúde ao invés de sobre a doença, e reconheceu que, nos países desenvolvidos, o comportamento humano era a principal causa de morbilidade e mortalidade*”.

Segundo Matarazzo (1982; citado por Ribeiro, 1993) a Psicologia da Saúde define-se como “*domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com a doença e disfunções associadas, à análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde*”. Deste modo, identificam-se quatro objectivos diferenciados - **promoção, manutenção, prevenção e tratamento** -, e dois domínios distintos - **saúde e doença**.

Os contextos tradicionais de saúde sofreram várias alterações, que foram acompanhadas tanto de mudanças dos significados tradicionais de determinados termos ou expressões, como da introdução de outras, que até aí, não eram consideradas, como é o caso da Qualidade de Vida. Assim, conceptualizar, avaliar, intervir, na melhoria da Qualidade de Vida, implica o recurso a pressupostos radicalmente diferentes dos que, tradicionalmente, têm sido utilizados, tanto na Psicologia como na Medicina.

Os psicólogos interessados pela Psicologia da Saúde têm de lidar com um conjunto de conceitos - **Saúde, Doença, Qualidade de Vida e Bem-Estar** - que têm sofrido alterações importantes, não só devido às mudanças que a concepção de saúde e doença tem sofrido, como pelo interesse que os profissionais tradicionais de saúde têm demonstrado pelos conceitos como Qualidade de Vida, Bem-Estar e Saúde.

Uma vez que, o objecto privilegiado da Psicologia da Saúde é a Saúde, é de entender que esta se encontra naturalmente interessada pela Qualidade de Vida. A relação entre Qualidade de Vida e Saúde pode ser expressa da seguinte forma (Ribeiro, 1994): “*A Qualidade de Vida é o objectivo da Psicologia da Saúde enquanto a Saúde é o objecto*”.

A intervenção da Psicologia da Saúde na promoção da Qualidade de Vida tem sido um tema de interesse crescente. Esta intervenção psicológica consiste na mudança do estilo de vida em geral, mais particularmente, dos componentes que são considerados em todos os modelos de Qualidade de Vida ao nível da percepção e da acção. Um dos elementos centrais na mudança deve ser o comportamento.

Deste modo, a mudança comportamental inclui a abordagem de aspectos cognitivos e emocionais que são consequência ou que estão subjacentes ao comportamento. Normalmente, estas mudanças são complexas e muito dependentes de vários aspectos da personalidade do indivíduo. Esta interligação entre comportamento e outros aspectos da personalidade salientam a globalidade inerente à concepção de Qualidade de Vida.

Segundo Ribeiro (1994), existem duas conclusões importantes a serem extraídas da intervenção psicológica na promoção da Qualidade de Vida: *"1) Como consequência da definição e dos pressupostos inerentes à Qualidade de Vida, a intervenção deve focar os aspectos positivos e não os negativos, as potencialidades e não as disfunções; 2) Dado que os aspectos funcionais e psicológicos devem ir a par dos aspectos sociais, a intervenção deve privilegiar a intervenção comunitária"*.

O interesse da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde faz-se sentir a vários níveis (Ribeiro, 1994):

- Ao nível da avaliação, a contribuição para a produção de medidas de Qualidade de Vida é decisiva, dado as características destas técnicas exigir o recurso a metodologias clássicas da Psicologia;

- Ao nível da intervenção, pelo facto de o comportamento ser um dos elementos centrais a mudar para a promoção da Qualidade de Vida, a Psicologia tem um lugar privilegiado devido à sua experiência no desenvolvimento de técnicas visando a modificação do comportamento, cognições, atitudes, emoções, etc.

- Dado existir uma ligação entre as variáveis componentes da Qualidade de Vida e as variáveis tradicionais da Psicologia, a Psicologia da Saúde deve explorar a contribuição de variáveis psicológicas clássicas para o bem-estar e Qualidade de Vida.

O interesse das disciplinas ligadas à Saúde pela Qualidade de Vida terá, por um lado, provavelmente a ver com a capacidade e sucesso da Medicina no prolongamento da vida e, por outro lado, com a situação dos indivíduos doentes, objecto dos cuidados de saúde.

No quadro da Psicologia da Saúde, as relações entre os cuidados de saúde e a Qualidade de Vida são abordadas em função dos factores e domínios com os quais a Qualidade de Vida está relacionada. Deste modo, Teixeira (1992) considera que a Qualidade de Vida se relaciona simultaneamente com: *“1) a avaliação que o indivíduo faz de estar livre de sintomas, de dor física, de perturbação emocional ou interpessoal; 2) a capacidade funcional mantida no que se refere às funções cognitivas, às actividades da vida diária, às interacções sociais e ao desempenho dos papéis sociais e profissionais; 3) com a presença de uma auto-imagem positiva, sentimento de bem-estar e esperança no futuro”*.

Assim verifica-se que, para além dos problemas decorrentes da doença que diariamente afectam a Qualidade de Vida do indivíduo, muitos dos procedimentos médicos intrínsecos aos processos terapêuticos poderão ser responsáveis pela maior deterioração da Qualidade de Vida. Facto, ainda mais pertinente, no caso de uma doença crónica.

## Qualidade de Vida e Doença Crónica

Segundo Sobel, e Rodin e Salovey (1979 e 1989; citados por Ribeiro, 1994) 50% da população sofre de doenças crónicas e estas representam 80% de todas as doenças.

Strauss (1988) define as doenças crónicas como sendo *"toda a doença de longa duração que tende a prolongar-se durante toda a vida do paciente; que causa uma invalidez de grau variável; que é devida às causas não reversíveis; que exige formas de reeducação específicas; que obriga o paciente a cumprir certas prescrições e muitas vezes aprender um novo estilo de vida; que necessita de períodos de controlo, observação e de tratamentos regulares, seja em casa seja em meio especializado"*.

Por outro lado, Turk (1979; citado por Anderson e col., 1988) refere que, apesar da variedade de condições e incapacidades englobadas no termo, existe uma quantidade de características semelhantes em cada doença. Todas as doenças crónicas representam verdadeiros ataques a múltiplas áreas de funcionamento e não apenas ao corpo. Os doentes crónicos podem ter de enfrentar a separação da família, amigos e outras fontes de gratificação; perda de estatuto; alteração dos planos para o futuro; ataques à auto-imagem e auto-estima; a incerteza e imprevisibilidade do futuro; emoções inquietantes tais como a ansiedade, depressão, ressentimento ou irritação e desamparo; assim como factores relacionados com a doença nomeadamente, alterações permanentes no aspecto físico ou no funcionamento corporal.

A categoria das doenças crónicas está longe de ser homogénea, mas as diferentes doenças exercem, por definição, uma influência a longo prazo na vida dos doentes. São geralmente doenças incuráveis nas quais não existe tratamento para a patologia subjacente; por essa razão impõem uma afectação de cuidados de saúde mais exigente, com o objectivo de promover e restaurar a Qualidade de Vida (Anderson, 1988).

Com efeito, o impacto da doença crónica na Qualidade de Vida, constitui uma preocupação crescente tanto na sociedade, como nos cuidados de profissionais de saúde.

Parece ser um facto aceite que só o conhecimento e compreensão do impacto de uma doença crónica na Qualidade de Vida do indivíduo poderá permitir o desenvolvimento e estruturação de intervenções no sentido de assegurar ou melhorar a Qualidade de Vida desse indivíduo.

Parece igualmente importante situar-se a doença crónica no contexto actual, tomando em consideração a extensão do número de indivíduos com patologias crónicas e sistematizando a diversidade que elas podem assumir.

Nesta sistematização é comum serem considerados cinco grandes grupos de doenças crónicas, tais como:

1º) Compreende as doenças que permitem ao indivíduo períodos de vida praticamente normais, entrecortados por crises durante as quais tem que ser imposto um tratamento médico específico;

2º) Inclui as patologias para as quais foi conseguida estabilização pela via de um tratamento específico, constante e rigoroso;

3º) Integra o conjunto das doenças que são marcadas pela possibilidade recidiva grave ou determinam uma grande fragilidade para com outras doenças;

4º) Compreende as doenças que determinam uma invalidez permanente na sequência de um episódio patológico;

5º) Inclui as patologias caracterizadas por uma evolução na grande maioria dos casos, de forma imprevisível.

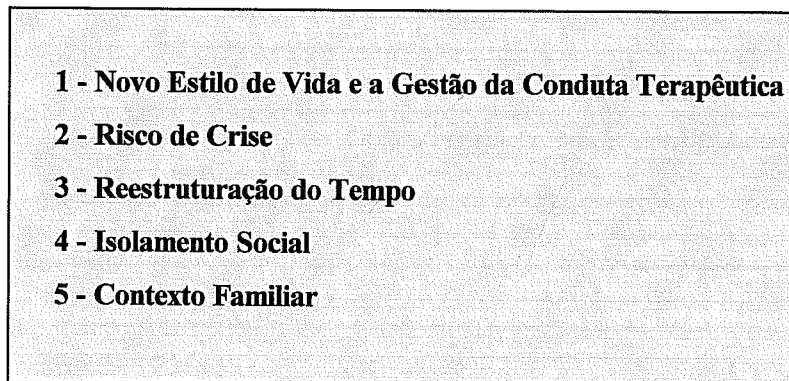
Para qualquer destes grupos de doenças crónicas são válidos os critérios que definem a cronicidade como seja a longa duração, que tende a estender-se ao período de vida do doente, podendo ainda originar graus diferentes de invalidez.

A doença crónica tem uma especificidade na qual estão incluídas várias ordens de problemas, que vão desde as condições e necessidades psicológicas do indivíduo com doença crónica aos contextos e dimensões de natureza social, incluindo naturalmente a relação dos técnicos de saúde com este tipo de doença.

Segundo Blanchard (1982) as doenças crónicas têm de ser geridas em vez de curadas. Neste sentido, o problema central do doente crónico é viver com a sua doença.

A forma como se estabelece esta relação será resultante quer das reacções do doente, assim como da percepção que este tiver da sua situação.

Giovannini e colaboradores (1986) consideram a existência de cinco áreas principais do ponto de vista da experiência subjectiva da doença, que são importantes para o doente crónico (Figura 6).

- 
- 1 - Novo Estilo de Vida e a Gestão da Conduta Terapêutica**
  - 2 - Risco de Crise**
  - 3 - Reestruturação do Tempo**
  - 4 - Isolamento Social**
  - 5 - Contexto Familiar**

**Figura 6 - Áreas relativas à experiência subjectiva da Doença Crónica  
(Giovannini e col., 1986).**

#### **- Novo Estilo de Vida e a Gestão da Conduta Terapêutica**

A prescrição de tratamentos impõe, frequentemente, ao doente crónico uma modificação dos seus hábitos e horários. O processo de adaptação ao tratamento integra, muitas vezes, a discussão por parte do doente com a família e os técnicos de saúde, assim como a comparação com outros doentes, tendo em vista justificar e legitimar esse mesmo tratamento.

Em muitos casos, o tratamento produz efeitos impossíveis de ocultar ou determina procedimentos que podem ser lidos de forma equívoca, criando ou aumentando o mal-estar do doente relativamente ao seu meio mais próximo. Como referem Giovannini e colaboradores (1986): *“A adesão de um paciente a um tratamento terapêutico prolongado e a um conjunto de prescrições não depende unicamente da boa ou má vontade do doente; depende antes de uma decisão complexa, na qual intervêm as atitudes dos doentes relativamente à sua doença, as maneiras de a explicar, as informações de que ele dispõe e as reacções do seu meio social”*.

### **- Risco de Crise**

O facto de muitas doenças crónicas implicarem crises graves ou mortais, faz com que os indivíduos tenham de ganhar capacidade para enfrentar as crises ou pelo menos identificá-las com antecedência.

Segundo Giovannini e colaboradores (1986), esta capacidade *“compreende informações precisas sobre a probabilidade, frequência e as causas da aparição de crises, a detecção dos sinais significantes, uma reorganização da sua vida no seu meio, de forma a que sempre ou logo que surja a crise sejam evitados os erros de diagnóstico, sejam assegurados os actos terapêuticos que funcionam como antídoto imediato do estado de urgência”*.

Para que o doente crónico, possa levar uma vida satisfatória, terão de ser assegurados níveis de segurança por parte do doente e do meio mais próximo.

### **- Reestruturação do Tempo**

Em geral, o doente crónico tem tendência a elaborar um ponto de vista subjectivo sobre a evolução da sua doença e os seus desenvolvimentos, diferente da trajectória prevista pelo técnico de saúde. Esta tendência deve ser considerada tendo em conta que para o doente crónico a ameaça das crises, a presença de sintomas e o cumprimento das prescrições impõem-lhe uma mudança profunda na sua estruturação do tempo.

Deste modo, a reestruturação do tempo faz-se, regra geral, no sentido de reduzir o tempo disponível do doente, uma parte do qual é necessário reaprender a usar. Aspectos como a capacidade de elaborar projectos e a consumação do desejo de evitar o isolamento social, parecem estar dependentes do processo de reestruturação do tempo do doente.

### **- Isolamento Social**

A perda de autonomia ou invalidez, o zelo posto no cumprimento das prescrições e tratamento, incluindo os receios de uma crise, poderão explicar a tendência do doente crónico para se isolar relativamente ao seu contexto social.

Esta tendência pode levar, em casos extremos, quer ao pedido de hospitalização, quer à rotura do doente com o seu círculo de relações, reconstruindo um outro meio composto por indivíduos com déficits, doenças próximas ou iguais à sua.

### **- Contexto Familiar**

A qualidade das relações familiares é particularmente importante, na medida em que pode influenciar a evolução da doença e as estratégias que o indivíduo utiliza no confronto com ela. Mas, por outro lado, a presença de um indivíduo com doença crónica no seio de uma família pode ser extremamente perturbador, não só do ponto de vista das relações interpessoais, mas também ao nível do estado emocional, bem como da situação económica da família.

Em geral, ambientes familiares ansiosos, hiper-protectores e excessivamente rígidos, são considerados como perturbadores da reestruturação do estilo de vida do doente crónico.

Resumindo, parece ser aceite que a doença crónica afecta profundamente a globalidade da vida do indivíduo e intervem igualmente no seu meio social mais próximo, interferindo com o ajustamento psicossocial à doença.

Desta forma, torna-se importante avaliar a Qualidade de Vida de indivíduos com doença crónica, sendo necessário encontrar formas de avaliação que não se apoiem exclusivamente em indicadores médicos, os quais decorrem exclusivamente da avaliação da presença ou ausência de sinais indicadores da doença.

No entanto, apesar de existir grande interesse em estudar os factores que podem fundamentar, de forma inequívoca, uma avaliação da Qualidade de Vida de indivíduos com doenças crónicas, a medida de factores de funcionamento, quer de natureza bioquímica quer fisiológica, continua a fundamentar critérios de avaliação de Qualidade de Vida. Um outro critério de avaliação do ajustamento à doença crónica parte do princípio de que a velocidade e facilidade na recuperação dos padrões de comportamento, nas actividades quotidianas, poderá medir um elemento importante e significativo na Qualidade de Vida do indivíduo.

Numa análise mais próxima e detalhada da Qualidade de Vida, pode-se constatar que a doença crónica pode apresentar efeitos positivos e negativos. Taylor e colaboradores (1986) referem *"na sequência de um acontecimento penoso podem dar-se mudanças substanciais na vida do indivíduo, mas essas mudanças podem constituir sinal de um ajustamento com sucesso em vez de significarem fracasso, no processo de adaptação à doença"*.

Alguns autores consideram que os aspectos positivos da doença verificados na sequência de um acontecimento devastador para a vida do indivíduo, se enquadram no processo defensivo deste, tendo como objectivo manter o nível de auto-estima. No entanto, outros consideram que estes aspectos positivos, são dados enviesados que o doente fornece ao clínico com o objectivo de não demonstrar a realidade da sua situação.

Ainda, Taylor e colaboradores (1986) conceptualizaram uma outra abordagem que designaram como Teoria Cognitiva de Adaptação, a qual defende que os indivíduos utilizam, nas doenças crónicas e nos acontecimentos causadores de stress, as mesmas estratégias que usam nos acontecimentos negativos do quotidiano. Isto é, esta abordagem parte do princípio que os indivíduos relacionam-se com o real e com os seus aspectos negativos, em particular, através de um conjunto de representações de si próprios e da realidade, que dá uma visão de carácter mais positivo do que a que resultaria de uma avaliação objectiva. Desta forma, o indivíduo perante circunstâncias ou informações de sinal negativo, tenderia a distorcê-las de forma a reduzir as suas implicações ou construiria uma representação menos ameaçadora, quanto possível. Assim, de acordo com estes autores, no caso específico de *“acontecimentos e consequências negativas que sejam difíceis de negar, o indivíduo tenderá a compensá-las com ganhos determinados pelo acontecimento”*, tais como um novo sentido da existência decorrente da experiência desse acontecimento ou com ganhos na área da sua auto-estima, pela forma como enfrentou esse acontecimento.

Várias investigações realizadas nesta área indicam que os indivíduos, perante uma doença crónica, tentam muitas vezes com sucesso, conseguir e obter benefícios e valores desse novo facto ou simultaneamente, numa posição realista, procuram adaptar-se à nova situação e dentro dela aos seus aspectos adversos.

O início de uma doença crónica pode ser seguida por um certo grau de recuperação ou por um agravamento gradual da situação, marcado por recorrências e remissões. Embora alguns doentes possam nunca chegar a experimentar grande sofrimento, outros podem apresentar períodos de dor ou outros sintomas incómodos que os podem tornar dependentes de terceiros, de múltiplas maneiras.

Nesta perspectiva, é fundamental ajudar os doentes a viver com a sua doença crónica nomeadamente a manterem a sua actividade física e o bem-estar psicológico. Deste modo, segundo Buchholz, Pfeifer e Schafer (1996) existem uma série de aspectos a ter em conta no tratamento da doença crónica: “1º) *Informar os doentes das suas perspectivas*; 2º) *Assegurar cuidados contínuos*; 3º) *Estabelecer objectivos modestos para a terapêutica*; 4º) *Manter-se receptivo a pequenas conquistas*; 5º) *Proporcionar mais do que um tratamento específico*; 6º) *Ajudar os doentes a obterem serviços comunitários*; 7º) *Coordenar o tratamento do doente*; 8º) *Mobilizar o apoio família*; 9º) *Atender às próprias ansiedades*”.

Segundo Anderson e colaboradores (1993), os doentes crónicos requerem mais do que medicamentos e outras medidas terapêuticas. O apoio activo, proporcionado pelos médicos, psicólogos, membros da família e comunidade, em geral, pode melhorar significativamente a sua Qualidade de Vida.

Salienta-se, ainda, que a abordagem multidisciplinar é fundamental no tratamento da doença crónica.

## CAPÍTULO 2 - ARTRITE REUMATÓIDE

### Breve Perspectiva Histórica das Doenças Reumáticas:

#### - Artrite Reumatóide

As Doenças Reumáticas são mais velhas na terra do que o Homem. O platicarpo, um réptil nadador gigantesco que viveu há cem milhões de anos, e cujo esqueleto fossilizado se encontra no Museu de História Natural da Universidade do Kansas, apresenta lesões artropáticas. Sinais de artrose foram encontrados em muitos peixes e répteis da Era Mesosóica, bem assim como em restos de dinossauros.

O Homem de Java e o de Lansing que viveram há 500 000 anos, apresentam espondilartroses nos seus esqueletos, e o de Neanderthal, para além das referidas lesões, tem uma necrose asséptica da cabeça do rádio. Múmias egípcias de 8 000 anos antes de Cristo apresentam artrose, gota, espondilartrite anquilosante e até ocronose (Klippel & Dieppe, 1994).

Apesar disso é indiscutível que a História da Reumatologia, como a da Medicina, se inicia com Hipócrates (460-380 a. C.). O velho Cós que valorizava, sobretudo, o prognóstico, admitia um dualismo clínico, separando a podagra das artrites, tendo para além disso reconhecido outras entidades.

Com Dioscórides (40-90 d. C.) aparece pela primeira vez o termo **Reumatismo** (do grego Rheuma = eu corro). O Reumatismo era devido a uma serosidade fria que vinda do cérebro fluía (corria) sobre as articulações.

Galeno, que viveu entre os anos 130 e 200 d. C., tinha uma concepção topográfica e anatómica da Medicina, pelo que tudo que afectasse as articulações estaria reunido numa entidade única (teoria unicista). Explicava a patogenia do Reumatismo por um excesso dos quatro humores (o sangue, a bile negra, a bile amarela e a fleugma) e, por isso, o tratamento baseava-se em sangrias, ventosas e purgantes para «limpar o corpo».

Após um período dedicado à ordenação dos conceitos até então existentes, iniciado no séc.XII e que duraria até ao séc.XV, reinicia-se, ainda que de modo balbuciante, o Movimento Reumatológico.

Paracelso (1493-1514) que teve o mérito de romper com a Medicina Dogmática do seu tempo, considerou as Doenças Reumáticas como Doenças Tartáricas, isto é, doenças metabólicas em que os produtos do catabolismo em excesso, se precipitariam no organismo de forma análoga ao tártaro nos barris de vinho. Baseado nisso introduziu o tártaro sob a forma de sais para o tratamento destas doenças, e preconizou o uso de banhos em águas minero-medicinais, purgantes e úlceras artificiais da pele com o objectivo de drenar os produtos catabólicos.

A Ambroise Paré (1517-1590) cabe o mérito de expor, pela primeira vez, a verdadeira fenomenologia dos processos reumáticos, isto é, etiologia desconhecida, nunca originarem supuração e produzirem dores intensas. Precedeu Bouillaud ao considerar que estas doenças eram susceptíveis de provocar lesões importantes em órgãos internos e, inclusivamente, a morte. Tendo ainda, considerado a existência de três factores determinantes na sua patogenia, nomeadamente, a predisposição hereditária, o excesso de humores e a supressão de secreções.

Foi apenas no séc.XVI, através de Guilherme de Baillou ou Balonius (1538-1616) que a teoria unicista dos Reumatismos foi renovada, ampliada e fragmentada.

Se Hipócrates é o pai da Medicina, Baillou é justamente considerado o pai da Reumatologia; se a concepção hipocrática destas doenças era dualista, a de Baillou era multifacetária e pluralista. Na sua obra «*Liber de Rheumatisme*» publicada depois da sua morte, classificou os Reumatismos em quatro tipos: Crónicos, incapacitantes, contracturantes, contínuos, sem trégua; Passageiros, de recaída; Sobrevindo no decurso da doença crónica; Com dores não articulares.

Em 1759, Hunter descreveu as lesões anatómicas do que designou «Artrite Seca da Anca» dando assim, um passo de enorme importância ao separar as artroses de outras Doenças Reumáticas (Gota; Febre Reumática; etc.).

Anteriormente, Francisco Villalobos (1473-1560) havia introduzido a noção de participação articular na sífilis e Richard Wiseman (1622-1676) e Percival Pott (1714-1788) descreveram as artropatias da tuberculose e, posteriormente, Selle (1748-1800) e Swediaur (1748-1824) as artropatias da gonorreia. Vemos, assim, que as doenças infecto-contagiosas influenciaram directamente a evolução do saber reumatológico, permitindo, cada vez mais subdividir um grupo de doenças reumáticas que Galeno quis fundir.

Em 1788, Pitcairn divulga as relações íntimas entre o Reumatismo e o Coração, sendo por isso, considerado como o precursor de Bouillaud. Esta ideia é retomada no ano seguinte por Jennes, mas é Jean Bouillaud que na década de 1830 a 1840 estabelece, finalmente, a relação entre o Reumatismo e o Coração ao enunciar as suas leis.

☞ Em 1853, Charcot descreve magistralmente, sem a denominar, a Artrite Reumatóide, então conhecida por gota asténica primitiva (Landre-Bauvais), uma vez que a afecção ao contrário da gota, cursa com mau estado geral.

Cabe a Sir Alfred Garrod, em 1859, o mérito de separar esta doença da verdadeira gota, e de lhe propôr o nome de Artrite Reumatóide. Não consegue individualizá-la totalmente das artroses, o que vem a ser concretizado em 1907 por seu filho mais novo Archibald Garrod (McCarty & Koopman, 1993).

Em 1913, Van Breeman sugere a criação de um Instituto Internacional tendo por objectivo a investigação das Doenças Reumáticas. Mas só em 1925, no decurso de uma reunião da Sociedade Internacional de Hidrologia Médica realizada em Paris é que se cria um «Comité Internacional contra o Reumatismo». Entre os vários objectivos deste comité, destacam-se especialmente três: 1º - Actuar como um organismo central consultivo numa campanha internacional contra o Reumatismo; 2º - Estimular a criação de comités nacionais contra este grupo de doenças; 3º - Preparar e divulgar informações gerais, estatísticas e outros trabalhos sobre as Doenças Reumáticas (Klippel & Dieppe, 1994).

Em 1926, 1927 e 1928 são fundadas diversas Sociedades Nacionais contra o Reumatismo, a primeira das quais na Bélgica e, posteriormente, na Áustria, Checoslováquia, Dinamarca, França, Inglaterra, Alemanha, Holanda, Hungria, Noruega, U.R.S.S., Espanha, Suíça e Estados Unidos da América do Norte.

Em 1928, é criada a Liga Internacional contra os Reumatismos (I.L.A.R.) tendo como lema «todas as doenças sociais devem ser combatidas na sua origem e não no seu termo». Um dos objectivos maiores desta Liga foi o de chamar a atenção, entre a classe médica e as autoridades de saúde dos diversos países, para a importância médica e social das Doenças Reumáticas, e a necessidade de lutar contra elas.

Em Outubro de 1929 realiza-se em Budapeste o I Congresso Internacional de Reumatologia, iniciando-se a partir de então a publicação da «Acta Reumatológica», órgão oficial da I.L.A.R.

Segue-se uma série ininterrupta de congressos: Liège (1930); Paris (1932); Moscovo (1934); Lund (1936); Oxford e Londres (1938), sendo neste último comemorada a primeira década de vida da I.L.A.R..

Entretanto na América, o argentino Ruiz Moreno, estimulado por Van Breeman, inicia uma cruzada em prol das Doenças Reumáticas tendo por fim a criação de Sociedades Nacionais de Reumatologia. Em 1937, é criada a Sociedade Argentina, em 1940 a Uruguiaia, e, posteriormente, várias outras, levando em Maio de 1944 à fundação da Liga Pan-Americana contra os Reumatismos ( P.A.N.L.A.R.). Estavam assim, criadas as bases para um trabalho profícuo e profundo que vai modificar, completamente, a panorâmica da Reumatologia.

Em 1942, Klemperer, Pollack e Baher do «*Mount Sinai Hospital*», numa magistral monografia, reúnem sob a designação de «colagenoses» um grupo de Doenças Reumáticas, onde se destaca a Artrite Reumatóide, de exteriorização clínica variável e polimorfa, mas exibindo um denominador comum, isto é, uma alteração sistémica do tecido conjuntivo que adquiria atributos morfotinturais semelhantes à fibrina, e denominada, por isso, a degenerescência fibrinóide.

A conceituação das «colagenoses» feita em bases puramente estruturais representou para a Medicina um grande avanço, uma vez que se valorizava o intercelular como sede da patogenia e se estabelecia um conceito integrativo da doença reunindo várias entidades que a despeito da sua diversificação anátomo-clínica, apresentavam uma modalidade lesional comum, a degenerescência fibrinóide, o que obviamente, significaria um mecanismo patogénico comum.

Em 1949, no decurso do Congresso Internacional de Reumatologia de Nova Iorque, Hench apresenta os resultados do tratamento da Artrite Reumatóide com a cortisona, e ganha o Prémio Nobel.

Em 1955, a investigação no campo das doenças reumáticas como doenças difusas do tecido conjuntivo estava, então, virada para a bioquímica e assim, no decurso do III Congresso Europeu de Reumatologia, realizado em Haia, apenas uma comunicação de relevo era de natureza imunológica «*On The L.E. Cell Phenomenon in Rheumatoid Arthritis*». Dois anos mais tarde, com a descoberta de que o factor sérico responsável pela célula L.E. era uma imunoglobulina comportando-se como anticorpo, veio revolucionar a perspectiva das doenças reumáticas. Com efeito, a investigação destas doenças vai centrar-se em torno dos fenómenos de auto-imunidade beneficiando da introdução de novas técnicas.

Mais tarde, a verificação de que muitas doenças reumáticas se acompanham de positividade para antigénios de histocompatibilidade, em particular para o HLA - B27, traz para o primeiro plano da investigação a importância dos factores genéticos no determinismo destas doenças (Klippel & Dieppe, 1994).

Nos últimos anos, os acontecimentos vão-se precipitando em cadeia tornando impossível o seu registo e a sua história que, obviamente, não se faz a partir de factos recentes. No entanto, um mundo de interrogações subsiste e um enorme campo de investigação se abre diante dos olhos dos investigadores do Mundo inteiro.

## História Natural e a Etiopatogénese da Artrite Reumatóide

Todas as doenças independentemente da sua etiopatogénese, que pode ser mais ou menos conhecida e complexa, passam sucessivamente por períodos que se repetem e quase sempre se podem individualizar.

Entende-se por **história natural** de uma doença a série de acontecimentos que traduz a sua evolução, desde a fase em que se reuniram as condições para que se torne perceptível, até aos seus últimos estádios - cura, cronicidade ou morte.

Conhecer a história natural de uma doença implica conhecer profundamente o seu desenvolvimento ao longo do tempo, reconhecendo a influência do meio ambiente que envolve o doente, impondo que o clínico use aptidões de cuidada observação e descrição dos fenómenos.

Há um século Osler descrevia a Artrite Reumatóide nos seguintes termos “*A Artrite deformante é uma doença incurável. Na maioria dos casos, após o envolvimento de duas ou três articulações, a progressão da doença é imparável. Com frequência, acaba por atingir todas as articulações, e em 10, 15 ou 20 anos, instala-se uma incapacidade geral e permanente*” (Osler, 1892).

No caso da Artrite Reumatóide, a Medicina sempre tentou alterar a sua história natural, oferecendo ao doente a cura da doença ou, caso não fosse possível, contribuir para uma melhor Qualidade de Vida. Se o conseguiu ou não e em que medida, ainda hoje é ponto de debate e controvérsia conforme refere Weisman (1989).

A **etiopatogénese** da Artrite Reumatóide tem sido actualizada sucessivamente devido a um conhecimento cada vez mais profundo, ainda que não completo do seu curso clínico. Têm sido determinantes os contributos que ciências básicas como “*a Biologia Molecular, a Microbiologia, a Imunogenética, a Imunologia Celular ou Hormonal, a Biologia Celular ou a Bioquímica têm dado para a identificação e compreensão dos diferentes níveis de activação presentes na resposta inflamatória desta doença*” (Harris, 1989), bem como o desenvolvimento das ciências sociais e do comportamento humano ao possibilitarem a valorização dos factores psicológicos na etiopatogénese da Artrite Reumatóide (Liang, 1989).

Presentemente, a maioria dos autores concorda que a Artrite Reumatóide tem uma etiologia desconhecida e que o tipo de causalidade em presença não é linear antes será multifactorial, tudo apontando para que “*estímulos múltiplos confluem em hospedeiros já de si imunogeneticamente susceptíveis*” (Harris, 1989). Ou seja, apesar da Artrite Reumatóide ser uma doença de origem desconhecida, várias evidências apontam para uma causalidade que engloba factores genéticos, imunológicos, ambientais e psicológicos.

Segundo Queiroz (1991), a etiologia da Artrite Reumatóide aponta para uma causalidade multifactorial, sendo seguramente importante no seu determinismo os factores genéticos, e na sua patogenia os factores imunológicos.

A agregação da Artrite Reumatóide em várias famílias e o seu aparecimento em gémeos, é reconhecida, desde há muito, como facto susceptível de traduzir o envolvimento de **factores genéticos** na etiologia da doença. Na verdade, existe uma relação entre a Artrite Reumatóide e os antígenos de histocompatibilidade da classe II, mais concretamente entre a Artrite Reumatóide seropositiva e o antígeno HLA-DR4. Num estudo efectuado há alguns anos em oitenta doentes com Artrite Reumatóide e um número idêntico de controlos saudáveis, verificou-se que o antígeno HLA-DR4 surgia em cerca de 50% dos doentes e em 10% dos controlos (Queiroz, 1991).

Quanto aos **factores imunológicos**, sabe-se que na Artrite Reumatóide há uma desregulação do sistema imunitário (Queiroz & Pádua, 1986). A Artrite Reumatóide é uma doença auto-imune mediada por imunocomplexos muito variados, os mais importantes dos quais parecem ser constituídos por agregados de factor reumatóide e de imunoglobulina G alterada (Queiroz, 1991). Muitos dos fenómenos imunológicos observados na Artrite Reumatóide podem traduzir uma desregulação T, mais concretamente uma disfunção das células supressoras T. Em consequência dessa disfunção, as células B “escapariam” à regulação exercida pelas células T, conduzindo à infiltração linfoplasmocitária de vários órgãos, a uma exaltação da imunidade humoral com o aparecimento de factores reumatóides e imunocomplexos no soro, ao aparecimento das manifestações extra-articulares da doença e à persistência de um possível agente infeccioso de natureza viral, susceptível de originar a Artrite Reumatóide.

Na verdade, existe na Artrite Reumatóide uma perturbação da identidade imunológica e o aparecimento de fenómenos auto-ímmunes. No entanto, ainda, desconhece-se se estas alterações são causa ou consequência da doença.

No campo dos **factores ambientais**, verifica-se que o seu papel, apesar da intensa investigação desenvolvida nas últimas décadas, permanece hipotético e especulativo (Queiroz, 1991). Teoricamente um agente ambiental pode induzir a Artrite Reumatóide, fundamentalmente, de dois modos: 1º.) Alterando as células alvo na cavidade articular e originando uma resposta imunitária anormal através de um sistema imune normal e bem regulado; 2º.) Deprimindo um ou vários clones de linfócitos B autoreactivos ou, alternadamente, alterando os antigénios do hospedeiro e originar a produção de imunocomplexos geradores da doença. Nos últimos anos, tem-se gerado um grande interesse em torno do papel desempenhado pelo vírus de Epstein-Barr na etiopatogénese da Artrite Reumatóide, o qual origina, numa elevada percentagem de doentes reumatóides, um neo-antigénio RANA. A verdade porém, é que este antigénio tem sido ultimamente detectado em grande número de indivíduos normais e, por outro lado, há hoje estudos epidemiológicos demonstrando que os doentes com Artrite Reumatóide não estão mais sujeitos ao contacto do vírus do que a população normal. Assim, não há qualquer prova conclusiva que apoie esta hipótese.

São também admitidos como tendo grande importância na precipitação e exacerbação da doença, os factores psicológicos e de personalidade, bem como o papel dos acontecimentos da vida, apesar de não constituírem a origem da Artrite Reumatóide. Enquanto o stress psicológico parece afectar o início e a evolução da doença, as repercussões psicológicas podem influenciar o curso evolutivo e exacerbações dolorosas. Por sua vez, os factores psicossociais e as características da personalidade parecem predispor o indivíduo à doença.

## Definição, Classificação e Epidemiologia da Artrite Reumatóide

A Artrite Reumatóide de acordo com Queiroz (1991) “é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, ocorrendo em todas as idades, e apresentando como manifestação predominante o envolvimento repetido e habitualmente crónico das estruturas articulares, periarticulares e tendinosas podendo, contudo, afectar o tecido conectivo de qualquer parte do organismo e originar, assim, as mais variadas manifestações sistémicas. Pela sua prevalência, e pelos importantes problemas médicos, económicos e sociais que suscita a Artrite Reumatóide é, indiscutivelmente, a principal doença difusa do tecido conjuntivo e uma das principais doenças reumáticas”.

Em 1963, a classificação adoptada oficialmente pela Associação de Reumatismo Americana, colocava a Artrite Reumatóide como uma poliartrite de etiologia desconhecida.

A Artrite Reumatóide é uma doença crónica comum, muitas vezes associada a grandes dificuldades comportamentais e emocionais (Smith, Peck & Ward, 1990). Esta frequente associação da Artrite Reumatóide a factores psicológicos, levou a «*American Psychiatric Association*» (A.P.A.) a considerar esta doença como um distúrbio psicossomático. Assim, na primeira edição do «*A.P.A.'s Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*» (D.S.M.I), a Artrite Reumatóide foi considerada como uma reacção psicofisiológica muscular.

Sendo o seu maior sintoma, as mudanças inflamatórias caracteristicamente encontradas nas articulações e estruturas associadas, a «*International Classification of Diseases*» (I.C.D.) inclui a Artrite Reumatóide e as suas condições aliadas dentro das doenças do sistema muscular e tecido conjuntivo (Hughes; 1994). Na D.S.M.III, a Artrite Reumatóide foi considerada numa aproximação multiaxial: Eixo 1 - Identifica qualquer distúrbio psiquiátrico coexistente; Eixo 2 - Indica a coexistência de perturbações da personalidade; Eixo 3 - Reflecte a classificação da I.C.D.; Eixo 4 - Identifica a gravidade do impacto do stress na vida destes doentes; Eixo 5 - Indica o nível de funcionamento.

Epidemiologicamente, a Artrite Reumatóide correlaciona-se inversamente com a educação e com o estatuto económico do doente (Harris, 1993), mas não difere de frequência segundo a latitude, ainda que ela seja considerada, por alguns autores, como uma doença dos climas frios e húmidos.

Segundo Queiroz (1996) a prevalência da Artrite Reumatóide na população em geral dos Estados Unidos da América do Norte e de alguns países europeus é de 1% a 2%.

Apesar, dos raros estudos existentes em Portugal sobre a prevalência da doença, estes apresentam resultados discutíveis, quer pela metodologia usada, por falta de critérios de classificação, quer pela pequena dimensão da amostra. Gomes (1991) aponta valores de prevalência da Artrite Reumatóide de 2 a 4% em consultas de clínica geral em Portugal, mas segundo o próprio autor estes resultados são controversos.

Embora havendo desconhecimento sobre a prevalência real da Artrite Reumatóide em Portugal, calcula-se que existam cerca de 100 000 casos, o que não é muito diferente da sua prevalência nos outros países europeus.

Efectivamente, a Artrite Reumatóide é uma doença largamente espalhada por todo o Mundo não respeitando raças nem climas (Hughes, 1994).

É mais prevalente no sexo feminino. Num estudo efectuado, há já alguns anos, numa população de 600 doentes com o diagnóstico de Artrite Reumatóide, a relação entre o sexo feminino e o masculino era de 4 para 1, isto é, em cada cinco doentes quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

É uma doença que surge mais frequentemente nas mulheres jovens, e sobretudo nas mulheres depois do termo das regras. Pode, todavia, ocorrer em todas as idades, inclusivamente em crianças, sendo no entanto mais frequente entre os 30 e os 50 anos. Pelo menos 5% das Artrites Reumatóides surgem depois dos 65 anos.

## Aspectos Médicos da Artrite Reumatóide

O **diagnóstico** da Artrite Reumatóide obedece, na maior parte das vezes, aos critérios da «*American Rheumatism Association*» (A.R.A.) e baseia-se em toda a informação disponível e proveniente dos testes laboratoriais, da história e observação clínica. Ou seja, o diagnóstico da Artrite Reumatóide é feito sobretudo a partir da clínica, já que não existe nenhum exame complementar específico desta doença.

Arnet e colaboradores (1988) apresentam uma lista dos critérios de diagnóstico da Artrite Reumatóide estabelecidos pela A. R. A. (Figura 7).

- 1 - Rigidez matinal articular e periarticular, com o mínimo de uma hora de duração;
- 2 - Tumefacção das partes moles (artrite) de 3 ou mais articulações, observadas por um médico;
- 3 - Tumefacção (artrite) das articulações interfalângicas proximais, metacarpo-falângicas ou dos punhos;
- 4 - Tumefacção simétrica (artrite) de 2 ou mais articulações;
- 5 - Nódulos reumatóides;
- 6 - Presença de factores reumatóides sérios;
- 7 - Alterações radiológicas, erosões e/ou osteoperia periarticular nas articulações das mãos e/os nos punhos.

Diagnóstico: Presença de 4 ou mais critérios.

**Figura 7 - Critérios de diagnóstico da Artrite Reumatóide (Arnet e col., 1988).**

Clinicamente, a Artrite Reumatóide pode iniciar-se por uma poliartrite aguda, por vezes febril, por uma monoartrite do joelho, ou por uma tenosinovite dos tendões extensores dos dedos da mão, o que dificulta o diagnóstico da doença. Mas, na maior parte dos casos, o seu início é insidioso comprometendo as pequenas articulações das mãos e dos pés. As articulações mais frequentes e precocemente envolvidas são as metacarpo-falângicas, as interfalângicas proximais das mãos, e as metatarso-falângicas dos pés.

Actualmente, o diagnóstico da Artrite Reumatóide evoluída não constitui grande dificuldade, devidos às alterações típicas das mãos (ex: dedos em fuso, dedos em botoeira, dedos em pescoço de cisne, polegares em Z); ao desvio peroneal dos dedos dos pés; à subluxação das articulações metatarso-falângicas e os dedos dos pés em garra; à presença de factores reumatóides no soro, e às erosões ósseas extra-articulares nos radiogramas (Queiroz, 1996). O problema surge quando os radiogramas extra-articulares são ainda normais e os factores reumatóides estão ainda ausentes (estádios iniciais da doença).

No entanto, o diagnóstico precoce da Artrite Reumatóide é muito importante e deve ser suspeitado aquando os indivíduos apresentam rigidez matinal superior a 30 minutos, quando há artrites das articulações metacarpo-falângicas (2º. e 3º. dedo), das interfalângicas proximais das mãos e das metatarso-falângicas dos pés; quando há tumefacção em 2 ou 3 articulações observadas pelo médico e acompanhadas de dor à mobilização: quando as artrites são bilaterais e simétricas e; finalmente, quando a evolução do comprometimento articular se faz por adição ou extensão. Segundo Gomes (1991) o envolvimento articular na Artrite Reumatóide é quase sempre bilateral, simétrico e com carácter aditivo, isto é, são atingidas articulações homónimas dos dois lados do corpo (ex: as duas mãos, os dois pés).

Na verdade, torna-se fundamental diagnosticar a doença precocemente, e nesse aspecto os clínicos gerais desempenham um papel importante, uma vez que são os primeiros a observar estes doentes.

Segundo Queiroz (1991) existem três **formas de início** na Artrite Reumatóide:

→ **Início Insidioso** (70% dos casos) - Os sintomas instalam-se ao longo de semanas ou meses, e podem ser acompanhados de repercussão discutida sobre o estado pessoal, bem como de depressão e ansiedade.

→ **Início Agudo** (10% dos casos) - É acompanhado de poliartrite febril, sendo possível, por vezes, identificar o dia ou a semana em que as queixas começaram.

→ **Início Intermédio** (20% dos casos) - Os sintomas instalam-se no decurso de alguns dias ou semanas, mas nas manifestações sistémicas são mais marcadas do que no início insidioso.

Em termos de curso clínico, a Artrite Reumatóide é uma doença progressiva, sem remissões clínicas, que tem como consequência final a destruição das articulações e a incapacidade do doente.

No entanto, um quarto dos casos clínicos apresenta uma evolução intermitente onde se registam remissões parciais ou totais. Cerca de metade destes doentes têm remissões com duração superior a um ano e uma pequena parte tem remissões longas e espontâneas com durações superiores a 10 anos.

Na maioria dos casos em que se verifica a remissão clínica, a doença tem uma duração inferior a 6 meses.

Entre as manifestações clínicas da Artrite Reumatóide, destacam-se, as manifestações articulares e extra-articulares (Gomes, 1991).

→ Manifestações Articulares podem afectar qualquer articulação do corpo, sendo as mais frequentes e características, as deformações das articulações das mãos, dos punhos, pés, cotovelos e ombros.

→ Manifestações Extra-articulares mais frequentes traduzem-se no aparecimento de nódulos subcutâneos (20 a 30% dos doentes) localizados nos cotovelos, metacarpo-falângicas e interfalângicas proximais das mãos e na região occipital, alterações hematológicas (anemia), lesões vasculares (vasculite), perturbações neurológicas (síndrome do canal cárpico), renais (amiloidose), pulmonares (pleurisia com ou sem derrame pleural), oculares (queratoconjuntivite seca) e cardíacas (pericardite).

Laboratorialmente, o hemograma pode revelar certas alterações, tais como (Queiroz, 1996):

- Anemia ligeira a moderada, geralmente normocrómica normocítica ou microcítica, com siderémia e capacidade total de fixação do ferro baixa;
- Leucocitose com ou sem eosinofilia e leucopenia;
- Trombocitose geralmente acompanha a elevação de outros marcadores do processo inflamatório como a proteína C-reactiva e outras proteínas da fase aguda, assim como a velocidade de sedimentação globular;

- Hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia;
- Factores Reumatóides IgM surgem em 70% a 90%;
- Anticorpos antinucleares de padrão homogéneo e títulos baixos muito frequentes;
- Líquido articular é caracteristicamente inflamatório (amarelado) com um número de células superiores a 3 000/mm, com mais de 25% de polinucleares.

**Radiologicamente**, as alterações mais precoces detectam-se, a nível das articulações das mãos e dos pés (Escofet, 1991).

Ao nível das mãos há, de início, opacificação das partes moles, estreitamente das entrelinhas articulares e osteoporose do carpo e justa-articular. Numa fase posterior, podem surgir os geodos, as erosões e as sub-luxações e luxações articulares.

Ao nível dos pés há erosão da cabeça do 5º. metatársico, sendo as outras lesões idênticas às das mãos.

A coluna cervical deve ser radiografada sistematicamente, centrando a segunda vértebra cervical em hiperflexão com o objectivo de detectar uma eventual sub-luxação ou luxação da articulação atloi-odontóideia.

A **Biópsia da Membrana Sinovial** permite observar hipertrofia das vilosidades, proliferação das células superficiais de revestimento, infiltração linfoplasmocitária, constituindo por vezes verdadeiros folículos fínóides, depósitos de fibrina e focos de necrose celular (Escofet, 1991).

A Biópsia pode ser bastante útil, particularmente em duas situações: 1º.) Estádios precoces da doença, evidenciando alterações histológicas sugestivas do diagnóstico; 2º.) Ao permitir confirmar ou infirmar a hipótese eventual de artrite infecciosa. Ainda, a articulação mais frequentemente biopsada é o joelho, através da técnica de biópsia fechada (Gomes, 1991).

### **Diagnóstico Diferencial**

Através dos Critérios de Diagnóstico da A.R.A., o diagnóstico da Artrite Reumatóide pressupõe a exclusão de muitas outras doenças, cujas as manifestações iniciais podem ser muito semelhantes, tais como:

Lupus Eritematoso Sistémico; Doença Mista do Tecido Conjuntivo; Esclerodermia; dermatomiosite/Polimiosite; Espondilite Anquilosante e Síndrome de *Reiter*, Artrite Psoriásica; Doenças Inflamatórias Crónicas do Intestino (Colite Ulcerosa e a Doença de *Crohn*); Síndrome de *Behçet*; Envolvimento Artrósico das Pequenas Articulações das Mãos (Nódulos de *Bouchard* e Nódulos de *Heberden*); Cndrocalcínose; Hemacromatose; Gota Úrica; e, finalmente, Febre Reumática (Gomes, 1991).

Algumas destas doenças, podem ter como primeira manifestação uma poliartrite periférica, atingindo predominantemente as pequenas articulações das mãos e dos pés, associada a repercussão sobre o estado geral idêntica à Artrite Reumatóide e factores reumatóides IgM presentes no soro. Contudo, as manifestações extra-articulares e o laboratório facilitam o diagnóstico, por vezes após algumas semanas ou mesmo meses de evolução.

O **Prognóstico** vital da Artrite Reumatóide é influenciado por algumas manifestações articulares e extra-articulares, e também pela gravidade clínica da doença. Os principais indicadores de mau prognóstico, apesar de múltiplos e variados, são os síndromas de *Felty* e *Sjögren*, a vasculite grave, as complicações cardio-pulmonares e a amiloidose. Outros indicadores de prognóstico que não se podem desprezar são o início insidioso e antes dos 30 anos, o sexo feminino, a detecção de factores reumatóides no decurso do primeiro ano da doença, a presença de nódulos reumatóides (subcutâneos) IgM, a actividade inflamatória persistente e, finalmente, o aparecimento precoce de erosões (Queiroz, 1996).

Ao contrário do que se pensava até há alguns anos, a Artrite Reumatóide é uma doença que diminui a esperança média de vida. Apesar de actualmente os tratamentos médicos e cirúrgicos terem melhorado notavelmente o prognóstico funcional da Artrite Reumatóide, esta continua a ser uma doença que desgasta profundamente o doente em termos físicos e psicológicos.

A impotência funcional e as dores vão aumentando com o tempo, de tal maneira que actividades tão simples da vida diária mas indispensáveis como alimentar-se e vestir-se tornam-se impossíveis. Em consequência, alguns doentes finalizam totalmente incapacitados e dependentes de apoio físico e psicológico.

## Aspectos Psicológicos da Artrite Reumatóide

A importância dos aspectos psicológicos da Artrite Reumatóide é um assunto em si controverso, para o que têm contribuído quer os resultados contraditórios de muita investigação realizada, quer a menor valorização desta área pela maioria dos profissionais de saúde, basicamente devido à sua formação clássica, mas também devido à dificuldade de operacionalizar muitas das conclusões deste tipo de estudos.

Os constrangimentos são de várias ordens, avultando a actual organização médica, uma prática individual centrada no médico com pouca valorização de factores psicológicos e sociais, e progressivo condicionamento a aspectos económicos (Rebelo, 1994).

Nesta perspectiva, a sua própria investigação necessita de novas metodologias, já que o modelo epidemiológico tradicional não dá resposta a muitas das hipóteses que se colocam habitualmente neste campo.

Mas, mesmo com estas limitações é possível fazer uma revisão da bibliografia, embora um pouco remota, sobre os factores psicológicos e a Artrite Reumatóide.

Alguns trabalhos têm procurado investigar factores psicológicos associados a Artrite Reumatóide, uma vez que defendem tratar-se de uma doença psicossomática.

Desde há muito tempo, que se sabe que os factores psicológicos podem desempenhar um papel importante na evolução, agravamento e exacerbações dolorosas da Artrite Reumatóide. Observações clínicas sucessivas vêm sugerindo que o início da doença e a sua evolução parecem correlacionar-se positivamente com factores de stress psicológico e de personalidade

Nos últimos anos foram publicados em Portugal três estudos, que se debruçaram sobre a repercussão psicológica da Artrite Reumatóide no doente e sobre a caracterização da sua personalidade. Nenhum deles foi conclusivo quanto à existência de uma personalidade prévia característica nestes doentes, nem foi possível concluir se entre os doentes haveria mais depressão que na população em geral (Rebelo, 1994).

Contudo, num dos trabalhos realizado por Teixeira e colaboradores (1986) foi estudada a repercussão psicológica da Artrite Reumatóide no doente segundo os conceitos de “imagem do corpo” e de “representação de si”. Os autores concluíram que “*estes pacientes têm tendência para experimentar os limites do seu corpo de uma forma intensa e definida*” e que esta tendência é independente da idade do doente e duração da doença, relacionando-se assim com a sua capacidade funcional.

Ainda, Teixeira e colaboradores (1987), numa breve revisão dos aspectos psicológicos da Artrite Reumatóide, enunciam que a investigação clínica acerca da importância de factores psicológicos na etiopatogenia e evolução da Artrite Reumatóide, tem sido orientada em cinco direcções (Figura 8).

- 1 - Características da Personalidade
- 2 - Factores Psicossociais
- 3 - Repercussões Psicológicas da Doença
- 4 - Importância dos Acontecimentos de Vida
- 5 - Relação entre Estados Psicológicos e Respostas Imunitárias

**Figura 8 - Factores Psicológicos da Artrite Reumatóide  
(Teixeira e col., 1987).**

### **Características da Personalidade**

Não se pode negar que certos traços comuns podem ser encontrados nas personalidades dos doentes com Artrite Reumatóide, mas é difícil aclarar se a personalidade tem um papel etiopatogénico ou, pelo contrário, se são as repercussões psicológicas de uma doença crónica como é a Artrite Reumatóide, que induzem certas características de personalidade.

No entanto, tem-se verificado em alguns estudos realizados ao longo dos tempos, que os factores de personalidade têm um papel muito importante na Artrite Reumatóide.

Em 1942, Halliday (citado por Mello Filho, 1992) descreve os doentes com Artrite Reumatóide como sendo indivíduos “*muito reprimidos na sua vida afectiva, muito tímidos, controlados, com comportamentos delicados e refinados, de humor pouco variável mas ligeiramente depressivo*”.

Em 1943, Dunbar colocou a hipótese de existirem perfis específicos de personalidade em indivíduos predispostos para certas doenças psicossomáticas (Teixeira e col., 1987).

Nos anos 50 e 60 surgem então um conjunto de pesquisas que apontam para a existência de uma personalidade própria do doente com Artrite Reumatóide. Geist (1966; citado por Palha, 1985) sustenta que os indivíduos com Artrite Reumatóide reprimem a sua hostilidade e dirigem a raiva contra o seu próprio corpo. Nalven e O'Brein (1964; citados por Silvermann, 1985) evidenciam também a tendência dos doentes com Artrite Reumatóide para controlarem em excesso a expressão da hostilidade.

Diversos autores confirmam este tipo de perfil psicológico e acrescentam às tendências de auto-punição outros factores que caracterizam os doentes com Artrite Reumatóide. Ludwing (1955; citado por Moos, 1964) refere que existe um padrão de personalidade já prévio à doença, mas acrescenta a labilidade emocional dos doentes. Os doentes com Artrite Reumatóide são “*extremamente dependentes, com sentimentos de inadequação, dificuldades de integração no meio ambiente, nas relações interpessoais e na expressão das emoções*”. Cobb e Cormier (1957 e 1959; citados por Palha, 1985) constatam que os doentes com Artrite Reumatóide apresentavam dificuldades de relacionamento com os pais, tinham mães pouco afectivas e pais autoritários. Robinson (1957; citado por Moos, 1964) conclui que os doentes com Artrite Reumatóide eram imaturos, dependentes, perfeccionistas e que o aparecimento da doença estava muitas vezes relacionado com a separação ou perda de suporte.

Em 1964, Moos realizou uma ampla revisão crítica dos estudos existentes e conclui que vários os autores dos estudos estavam de acordo no que se refere a traços como “*auto-sacrifício, masoquismo, conformismo, timidez, interesse por desportos e jogos e tendência para reagir em excesso em relação às próprias doenças*”. Notou no entanto que havia desacordo no que se refere à “*expressão de hostilidade, separação, traumatismos, impulsividade e desconfiança*”.

Existem várias investigações que apontam para a existência de diferenças significativas entre as características da personalidade dos homens e das mulheres com Artrite Reumatóide.

Bourestom e Howard (1965; citados por Silvermann, 1985) constataram que a característica mais frequente nos homens era a depressão, embora apresentassem também um padrão de interesses feminino, hostilidade, hipersensibilidade e rigidez nas relações com os outros. As mulheres evidenciavam mais preocupações somáticas e tendência para controlar e reprimir a hostilidade, assim como os impulsos sexuais.

Tem sido também defendido que o curso evolutivo da Artrite Reumatóide se correlaciona com certos traços de personalidade (Moos & Solomon, 1964). Assim, o curso lento estava mais ligado a traços de submissão, servilismo, perfeccionismo, negação da hostilidade, responsabilidade e estatuto social. Enquanto que o curso rápido estava mais associado a um deficiente funcionamento com desajustamento geral, hostilidade manifesta e imperturbabilidade.

Vários estudos indicam que os doentes com Artrite Reumatóide apresentam diferenças significativas de personalidade, quando comparados com grupos de controlo formados quer por indivíduos normais, quer por neuróticos.

No entanto, estudos que comparam indivíduos com Artrite Reumatóide recente com indivíduos normais ou neuróticos, apontam para perfis semelhantes aos da população normal mas claramente diferenciados da população neurótica. Crown e colaboradores (1973; citados por Palha, 1985) não encontraram diferenças significativas entre os doentes com graus ligeiros de incapacidade e os maiores graus de limitação, quando este grupo foi dividido em termos de incapacidade funcional. Estes autores admitem que com a evolução da doença para a cronicidade, possam surgir modificações na personalidade.

Mais tarde, Polley e Spergel (1978; citados por Palha, 1985) não encontraram diferenças significativas num estudo sobre as características de personalidade entre doentes com Artrite Reumatóide e doentes com patologia de evolução crónica. Por um lado, Polley e colaboradores questionam a especificidade da tríade neurótica e se este tipo de padrão psicológico se poderá ou não reconhecer antes do início da doença. Por outro lado, Spergel e colaboradores consideram que o que deve existir é uma personalidade do doente crónico.

Robinson e colaboradores (1971), num trabalho desenvolvido por eles encontraram uma elevada correlação entre traços de personalidade dos doentes reumáticos recentes e crónicos, facto que os levou a colocar duas hipóteses possíveis no que diz respeito ao papel da personalidade da Artrite Reumatóide: “ *Alguns tipos de personalidade parecem anteceder a doença e poderiam desempenhar um papel significativo no seu início ou progressão; Independentemente das características anteriores de personalidade, o stress associado à Artrite Reumatóide, poderia conduzir a determinadas respostas*”. Deste modo, a chamada “personalidade reumatóide” resultaria da dor e do stress causados pela doença.

### **Factores Psicossociais**

Factores relacionados com a matriz social e familiar dos doentes com Artrite Reumatóide fornecem aspectos importantes para a predisposição e repercussão da doença.

Assim, factores psicossociais como a proveniência social dos pais, atitude para com os pais, estado civil dos doentes e características dos conjuges são o alvo de vários estudos.

Os estudos de Oken (1975) evidenciaram que a maioria dos indivíduos com Artrite Reumatóide provêm de classes sociais mais desfavorecidas, os lares de origem caracterizam-se por relações parentais pobres, desarmonia conjugal que os pais tentam manter sob a capa de harmonia e concórdia e, em que domina a disciplina matriarcal. Estes indivíduos caracterizam-se por uma obediência passiva mas com revolta e agressividade reprimidas face à severidade e restrição da educação recebida.

Cobb e colaboradores (1969; citados por Teixeira e col., 1987) realçaram diferenças entre homens e mulheres com Artrite Reumatóide: “*As mulheres com Artrite Reumatóide provêm geralmente de lares desfeitos ou de famílias em que há grande diferença entre a classe social da mãe e do pai. Tendem a descrever as mães como severas, arbitrárias, pouco razoáveis e controladoras e evidenciavam uma atitude de hostilidade encoberta para com a figura materna. Perante uma mãe fria e exigente, as mulheres desde muito novas, têm sentimentos de ansiedade e dependência, associados a uma tendência para reagir, reprimindo a revolta. Apesar disso, estas mulheres estão muito ligadas às suas mães, como exemplo a seguir, e por isso tendem a tiranizar a sua família. Assim, os seus maridos são subservientes e solícitos e os seus filhos são educados com severidade. Por conseguinte, a vida conjugal destas mulheres é caracterizada por hostilidade e agressividade recíprocas, tendo os maridos, relativamente à população geral, uma maior*

*predisposição para o aparecimento de úlceras pépticas. Ao contrário, os homens com Artrite Reumatóide, não revelam as atitudes específicas focadas anteriormente, em relação às suas mães. No entanto, apresentam um grande índice de agressividade e a vida conjugal é caracterizada por baixa hostilidade. A figura paterna é descrita de modo semelhante pelos indivíduos de ambos os sexos". Ainda, esta figura paterna não tem diferenças quando recordada por uma mulher artrítica ou por uma saudável (Cobb e col., 1969; citados por Silvermann, 1985).*

Medsger e Robinson (1972; citados por Teixeira e col., 1987) evidenciaram um aspecto importante, a existência de um elevado número de divórcios nas mulheres com Artrite Reumatóide em relação àquelas que sofrem de outro tipo de doenças reumáticas ou quando comparadas com mulheres sem qualquer tipo de doença. Apesar de tudo, o elevado índice de divórcios foi atribuído à menor probabilidade de segundos casamentos, dado não haver uma associação cronológica entre eles e o início da doença. Também havia uma maior discrepância educacional nos doentes com Artrite Reumatóide cujo casamento terminava em divórcio, do que nos doentes não divorciados e nos indivíduos de grupo de controlo cujos casamentos não se dissolviam.

Por último, é de salientar que, adoecer com Artrite Reumatóide, pode ter efeitos sobre as matrizes profissionais e sócio-familiares onde o doente está integrado. Isto porque, a gravidade e actividade da doença, e a incapacidade funcional, podem levar à incapacidade profissional e conseqüente reforma antecipada e precoce (Teixeira e col., 1987).

Além disso, a própria natureza da doença pode provocar alterações no padrão das relações intrafamiliares, colocando o doente numa situação de dependência dos outros, que pode ter efeito disruptivo a nível do equilíbrio existente nas relações familiares. Particularmente, as dificuldades prováveis da relação sexual podem modificar significativamente a vida conjugal (Liang e col., 1984).

### **Importância dos Acontecimentos de Vida**

A abordagem dos acontecimentos de vida centraliza-se no stress psicológico como um potente precipitador e exarcebador do processo reumático. Situações sentidas pelo indivíduo como novas, intensas, mutáveis, súbitas ou inesperadas poderão provocar stress psicológico.

Assim, acontecimentos como a perda por morte ou separação de uma pessoa significativa, conflitos conjugais, gravidez, problemas sexuais e outros, são considerados indutores de stress. Os factores de stress psicológico e do meio parecem ter um papel na etiologia da Artrite Reumatóide. Tem sido sugerido que esta relação se dá a partir da influência desses factores sobre o sistema imunológico, processo que é mediatizado pelo Sistema Nervoso Central e pelas hormonas. Assim seriam, provocadas alterações no sistema imunológico, levando aos distúrbios auto-imunes, como é o caso da Artrite Reumatóide (Moreira & Mello Filho, 1992).

Numerosos investigadores demonstraram que situações de mudança social e psicológica antecedem o aparecimento de diversas doenças (Holmes & Rahe, 1967; citados por Silvermann, 1985).

Num trabalho desenvolvido por Wyler (1971; citado por Silvermann, 1985) está descrita a relação entre mudanças vitais e o início da doença e suas exacerbações. Este trabalho está inspirado no facto de que situações de mudança social ou psicológica desencadeiam respostas psicológicas que estão frequentemente associadas a reacções psicofisiológicas, que podem conduzir à disfunção e à doença.

Uma hipótese adicional, sugere que o stress derivado de tais acontecimentos de vida torna o indivíduo mais vulnerável e sensível à doença.

Meyerowitz (1970) sugere que apesar da Artrite Reumatóide aparecer preferencialmente em indivíduos com traços específicos de personalidade, a doença só evolui quando ocorrem situações de stress associadas a acontecimentos de vida.

Schocet e colaboradores (1969; citados por Silvermann, 1985) num estudo efectuado com adultos com Artrite Reumatóide, concluíram que os acontecimentos de vida cronologicamente mais relacionados com o início e exacerbação dolorosa da doença são a perda do objecto amado, por separação ou morte.

Rimon, num trabalho que se tornou clássico realizado em 1969 sobre os antecedentes pessoais e familiares da natureza psicológica na Artrite Reumatóide conclui que cerca de 25% dos doentes têm na família um elemento com perturbações psicológicas; 37% dos doentes provinha de lares desfeitos e cerca de 30% tinha sofrido ou sofria ainda de perturbações depressivas.

Rimon sugere que pode existir dois grupos de doentes com Artrite Reumatóide: um grupo em que se verifica um início agudo, associado a factores de stress vitais e sem predisposição hereditária, e um outro grupo de início insidioso, com fraca relação com situações conflituais e uma forte predisposição hereditária. No entanto, contrariamente ao esperado, o grupo de fraco conflito tem mais dificuldade em expressar sentimentos agressivos e atitudes hostis do que o outro grupo.

Com base nos dados obtidos no seu estudo, Rimon propõe a hipótese de que a progressão maligna da Artrite Reumatóide tem lugar através de duas modalidades: uma com início agudo, em que há perturbações psicológicas posteriores ligadas a problemas de vida e depressões mais ou menos crónicas, e outra de início insidioso em que os doentes dispõem de uma predisposição hereditária seriamente determinante da doença principalmente nos doentes em que a doença conduz a reacções depressivas com pouca motivação para a reabilitação (Silvermann, 1985).

Os acontecimentos de vida são também importantes na precipitação da doença nas crianças como é referido por Grokest (1962; citado por Silvermann, 1985) num estudo efectuado com doentes com Artrite Reumatóide juvenil.

Foi demonstrado que o aparecimento de formas de início monoarticular e aguda febril, e a artrite crónica juvenil, tinham como acontecimentos de vida, mais frequentes, a separação e perda do objecto amado, no decorrer do ano anterior ao início da doença. Deste modo, a forma de início poliarticular da artrite crónica juvenil pode ser reflexo de uma menor implicação psicossomática, visto haver pontuações mais baixas em acontecimentos de vida, nestes doentes (Heysel, 1972; citado por Teixeira e col., 1987).

### **Repercussões Psicológicas da Doença**

As repercussões psicológicas da doença têm de ser devidamente valorizadas, quer no plano diagnóstico, quer no da terapêutica e da reabilitação, dado que só a partir da compreensão das vivências que o sujeito tem da doença, e das eventuais perturbações psíquicas consequenciais, será possível realizar uma intervenção terapêutica global e eficaz.

Para a compreensão das repercussões psicológicas da Artrite Reumatóide, há que ter em conta (Teixeira e col., 1987):

- Aspectos da Artrite Reumatóide que podem levar a determinadas respostas psicológicas;
- Respostas emocionais possíveis a uma doença reumática crónica.

A Artrite Reumatóide inclui alguns factores que podem conduzir a certas respostas psicológicas (Anwell & Ziebell, 1985; citados por Teixeira e col., 1987):

- O efeito disruptivo que o diagnóstico da Artrite Reumatóide tem sobre a personalidade pode implicar uma diminuição da auto-estima, insegurança, sentimento de inferioridade do indivíduo;
- As alterações do aspecto físico podem ter efeitos disruptivos na imagem do corpo. Com consequente alteração no modo de o vivenciar. Assim este factor pode diminuir a auto-estima do indivíduo e perturbar a interacção social;
- As experiências dolorosas crónicas podem provocar certos efeitos sobre a personalidade e os estados emocionais do indivíduo, afectando assim o seu funcionamento intelectual e funcional;
- A adinamia, fadiga e perda de energia são três aspectos desencorajadores, aos quais está associada a eventual ocorrência da perturbação da função sexual;
- A impotência funcional ou diminuição da capacidade funcional, resultante das dores, deformações articulares, fadiga e imobilidade, pode conduzir a dificuldades no exercício da actividade profissional, podendo mesmo levar a uma reforma antecipada e, consequentemente, a uma diminuição de auto-estima e perda da identidade social;
- A dependência dos outros, resultante da Artrite Reumatóide ser uma doença crónica incapacitante, pode levar o doente a alterar o seu padrão anterior de relações interpessoais e, de um modo particular, o equilíbrio existente nas relações familiares. É considerado um efeito particularmente devastador, que acarreta depressão e risco de rejeição;
- Por último, há ainda a considerar os elevados custos financeiros associados a esta doença crónica (consultas, exames complementares de diagnóstico e tratamentos), que podem ainda ser agravados pela interrupção da actividade profissional por reforma antecipada.

Além destes factores, há ainda outros que não devem ser esquecidos como sejam a restrição das capacidades profissionais; a insegurança do prognóstico; e a cronicidade da doença.

A Artrite Reumatóide desencadeia, naturalmente, reacções vivenciais ansiosas e depressivas, que são fenomenologicamente compreensíveis:

- A ansiedade surge como uma resposta emocional inicial, que pode levar tanto a uma acção positiva de pedido de ajuda médica, como a uma negação da doença e rejeição da assistência.

- A raiva trata-se de uma reacção emocional muito frequente face à doença. O indivíduo sente-se injustiçado pelo facto de estar doente, pelas dores que sente, pela falha dos padrões de vida e pela dependência que a Artrite Reumatóide implica. Mas, esta reacção pode revelar-se de forma deslocada, dirigida contra familiares e amigos, ou através da recusa ao tratamento ou resistência a estratégias educacionais.

- A depressão é a reacção emocional mais frequente face às limitações introduzidas pela Artrite Reumatóide (limitações dos movimentos, alteração dos estilos de vida, etc.), surgindo assim, sentimentos de insegurança, de inferioridade, humor triste e tendência para o isolamento. Têm sido salientadas, sobretudo, as vivências depressivas relacionadas com a incapacidade física. O desenvolvimento de uma reacção vivencial depressiva aparece relacionado com traços de personalidade prévios do sujeito. É ainda de notar, que a depressão pode prejudicar os resultados da reabilitação, influenciar o curso evolutivo da Artrite Reumatóide e a aceitação e ajustamento à doença.

### **Relações entre Estados Emocionais e Respostas Imunitárias**

Há muitos anos que se estuda a influência da psique e do cérebro no estado imunitário do indivíduo e na sua susceptibilidade à doença.

Ader (1980) defende que, se por um lado em certa medida todas as doenças são psicossomáticas, pois nelas está sempre presente a influência reguladora do sistema nervoso central actuando como sensor e interprete do meio envolvente físico e psicossocial, também existem razões para pensar que factores neuroendócrinos regulam ou medeiam reacções imunitárias, compreendendo-se assim como é que factores psicológicos influenciam respostas imunes e processos de doenças.

Solomon (1987) recorda que o neologismo “psicoimunologia” surgiu em 1964 e que foi Ader que, em 1980, propôs a sua reformulação para “psiconeuroimunologia”, querendo referir-se à área de conhecimento que estuda as complexas interacções bidireccionais entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário. Segundo o autor seria mesmo apropriado falar numa “neuroimunologia psicossocial” reforçando o conceito de que *“todas as doenças são multifactoriais e biopsicossociais no seu eclodir e no seu cursar, sendo em última análise a resultante da interacção de agentes etiológicos específicos, e de factores genéticos, endócrinos, neurológicos e imunológicos, emocionais e de comportamento”*.

Especificamente sobre a Artrite Reumatóide, Solomon (1987) defende que certos traços da personalidade do indivíduo poderiam funcionar como factores predisponentes na cadeia etiopatogénica da doença e que acontecimentos produtores de stress e ou a ocorrência de psicopatologia influenciaram a eclosão da doença, tendo por sua vez a diferente evolução a ver com a integridade das defesas psicológicas, hipóteses que segundo o autor se têm vindo progressivamente a confirmar.

Liang (1989), a propósito do papel dos factores psicológicos na patogénese da Artrite Reumatóide, afirma que é possível que o stress modifique a expressão da doença ou a sua componente dolorosa. Refere ainda, a existência de um crescente corpo de investigação que evidência a forte relação entre fenómenos psicológicos e reacções imunológicas e demonstram também a existência de estruturas neuroanatómicas que conectam os sistemas nervoso central e o imunitário. Contudo, é McFarlane e Brooks (1990) que, de um modo mais completo, ao confrontarem na Artrite Reumatóide as potencialidades da hipótese etiológica psicoimunológica, revêm a bibliografia e dissertam sobre as implicações para a investigação, sobretudo tendo por base os conhecimentos recentemente adquiridos sobre a “rede imuno-neuroendócrina”.

Ainda, sugerem que se devem distinguir claramente três fases neste processo, isto porque está comprovado que os factores sociais e psicológicos têm um papel diferente consoante a fase em que se encontra a doença.

Assim, numa primeira fase, ocorreria a perda da tolerância imunológica, seguindo-se a fase da eclosão da inflamação articular e por fim a fase crónica da doença.

Em síntese, a resposta psicológica individual pode provocar alterações na função imunológica através de diversos mecanismos.

## Avaliação da Artrite Reumatóide

Antes de analisar a avaliação da Artrite Reumatóide, é útil tecer algumas considerações metodológicas acerca da avaliação dos instrumentos que vão “medir” a doença. Segundo Bellamy, “o instrumento de medida deve estar desenhado para avaliar um objectivo específico; deve ser válido; deve ser validado em populações com características idênticas às estudadas e, ainda, ser sensível; reprodutível; ético e utilizado por diferentes investigadores” (Queiroz, 1996).

Ao avaliar a Artrite Reumatóide, é importante conhecer quais são os principais desejos e necessidades dos doentes. Fries, num estudo levado a cabo em 1983, verificou que aos doentes interessa, sobretudo “sobreviver o maior tempo possível; evitar a incapacidade; viver com o menor número de queixas; que a terapêutica seja, quanto possível, isenta de efeitos adversos; e, finalmente, que o custo do tratamento seja razoável” (Scott, 1992).

O mesmo autor avalia a Artrite Reumatóide em cinco itens que designa pelos cinco D «*death, disability, discomfort, drug side-effects, dollars*», que são analisados em diversas dimensões e sub-dimensões. Assim, a incapacidade é avaliada nos membros superiores e nos inferiores; o desconforto, em termos físicos e psicológicos; os efeitos adversos da terapêutica, em termos médicos e cirúrgicos; e os custos, em directos e indirectos.

Scott (1992) considera que deve haver diferentes tipos de medida consoante a duração da doença. Assim, a curto prazo (1-2 anos) considera ser relevante avaliar a actividade da doença; a curto e a longo prazo, medir a capacidade funcional e os efeitos adversos dos fármacos e, finalmente, a longo termo (10-20 anos), a morbilidade e a mortalidade.

Segundo Queiroz (1996), a avaliação da Artrite Reumatóide deve incluir as seguintes facetas (Figura 9).

1 - Evolução da doença	5 - Eficácia dos anti-inflamatórios não esteróides
2 - Morbilidade	6 - Eficácia dos imunomoduladores
3 - Incapacidade	7 - Prognóstico
4 - Actividade da doença	8 - Mortalidade

Figura 9 - Aspectos da Avaliação da Artrite Reumatóide (Queiroz, 1996).

A **evolução da Artrite Reumatóide** pode ser a de uma doença progressiva, o que acontece em 70% dos doentes; intermitente, o que se verifica em 25% deles, e “maligna” em 5% dos casos. A evolução intermitente pode fazer-se com períodos curtos de remissão (inferiores a um ano) e de remissões longas, ou seja, superiores a um ano (Queiroz, 1996).

No estudo da evolução da Artrite Reumatóide, é importante ter em conta os critérios da remissão da doença, nomeadamente os Critérios da “*American Rheumatism Association*”, que têm uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 95%. Considera-se que Artrite Reumatóide está em remissão quando se verifica a presença de cinco critérios em dois meses consecutivos. Os factores associados à maior probabilidade de remissão são geralmente do sexo masculino, de idade inferior aos 60 anos e ausência de erosões nos dois primeiros anos da doença.

A avaliação da **morbilidade** pode fazer-se através do estudo da destruição das grandes articulações (ancas e joelhos); do aparecimento de manifestações sistémicas, em particular de vasculite; da persistência de sinovite aguda; dos efeitos adversos graves; da incapacidade para o trabalho e da perda de independência.

Segundo Queiroz (1996), as medidas para avaliar a morbilidade são: “*A contagem dos número de articulações afectadas, o que se pode conseguir com os índices articulares de Ritchie, de Landsbury e da ARA; a avaliação radiográfica quantitativa de Larsen e de Sharp; as proteínas da fase aguda, como a velocidade de sedimentação e o doseamento da proteína Creactiva; os questionários de avaliação funcional, como o Health Assessment Questionnaire (HAQ), o Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) e o Macmaster Toronto Arthritis Questionnaire (MACTAR); a avaliação do estado funcional (força de preensão, teste do botão, tempo de marcha); e o nível educacional*”.

A **capacidade funcional** da Artrite Reumatóide, que durante décadas, foi agrupada por Steinbroker em quatro classes funcionais, foi em 1991 revista pelo Colégio Americano de Reumatologia, que a classifica igualmente em quatro classes, de acordo com a capacidade dos doentes efectuarem actividades de vida diária, profissionais e de lazer.

Assim, os doentes da classe I são capazes de efectuar todas as actividades da vida diária, profissionais e de lazer; os da classe II são capazes de cuidar de si próprios e de trabalhar, mas limitados nas actividades de lazer; os da classe III são capazes de cuidar de si próprios, mas limitados nas actividades profissionais e de lazer; e finalmente, os da classe IV estão limitados para todas as actividades.

Na avaliação da Artrite Reumatóide, os questionários de avaliação funcional são segundo Queiroz (1996) *“indiscutivelmente a maior contribuição da última década, nomeadamente o HAQ, o AIMS, o MACTAR e o Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ)”*. Estes questionários têm a vantagem, sobretudo nas suas versões longas, para além de avaliarem o estado físico, medirem as repercussões psicológicas, sociais e económicas da Artrite Reumatóide.

Um aspecto muito interessante verificado nos últimos anos, foi a correlação entre a capacidade funcional e o número de anos de escolaridade. Com efeito, Pincus e colaboradores (1983; citados por Queiroz, 1996) verificaram que os doentes com menos de oito anos de escolaridade tinham um decréscimo de 60% no seu estado funcional, enquanto os doentes com mais de 12 anos de escolaridade tinham um “deficit” funcional da ordem dos 20%. Os doentes com escolaridade entre nove e doze anos ocupavam uma posição intermédia, com “deficit” funcional da ordem dos 30%. A explicação para este facto é complexa e não consensual, todavia é de supor que o melhor e mais fácil acesso a cuidados médicos e medicamentosos, assim como a melhor e maior educação para a saúde, possam ter, naturalmente, um peso maior em indivíduos com mais anos de escolaridade.

Para avaliação da **actividade da doença** e da **eficácia dos anti-inflamatórios não esteróides**, os parâmetros mais utilizados nos Estados Unidos e no Canadá são os índices articulares; o alívio da dor avaliado pelo doente; a duração da rigidez matinal; a medição da força de preensão; o tempo para marchar 15 metros; a velocidade de sedimentação globular e o consumo de analgésicos. Na Europa, os parâmetros são algo diferentes, bem como a sua hierarquização. Pois, os autores europeus valorizam por ordem decrescente de importância o número de articulações tumefactas; o número de articulações dolorosas; a avaliação da dor; a avaliação global pelo doente e a velocidade de sedimentação (Queiroz, 1996).

Aliás, a avaliação da actividade da Artrite Reumatóide e da eficácia dos anti-inflamatórios não esteróides tem dado origem a vários simpósios internacionais, o último dos quais teve por cenário a cidade holandesa de Maastricht. Da análise pode constatar-se que os parâmetros que obtiveram mais consenso em todos estes simpósios foram as escalas de dor e os índices articulares (Queiroz, 1996).

Por conseguinte, para a Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR), os parâmetros utilizados são as escalas de dor, a rigidez matinal, a força de prensão, os índices articulares, a avaliação global pelo doente e a avaliação global pelo clínico.

Finalmente, para a *Food and Drugs Administration* (FDA), as variáveis escolhidas são a rigidez matinal, a força de prensão, o tempo de marcha, os índices articulares, a avaliação global pelo doente, a avaliação global pelo clínico, os questionários de capacidade funcional e as proteínas de fase aguda.

Num trabalho efectuado em 1989 por Bellamy e colaboradores, a dor, os índices articulares, a rigidez matinal, a força de prensão e a avaliação global pelo doente foram os parâmetros utilizados em mais de 80% dos ensaios que envolveram anti-inflamatórios não esteróides, enquanto que a tumefacção e a avaliação global pelo clínico foram utilizadas em mais de 50% dos trabalhos (Scott, 1992).

No que diz respeito à avaliação dos imunomoduladores, a FDA recomenda parâmetros utilizados para a avaliação dos anti-inflamatórios não esteróides e, ainda, a classificação funcional de Steinbroker, o estágio anatómico da Artrite Reumatóide, a radiografia das mãos e a detecção de factores reumatóides.

No entanto, outros autores recomendam o número de articulações tumefactas e/ou dolorosas, a avaliação da dor, a avaliação do estado funcional através dos questionários de avaliação funcional e a velocidade de sedimentação.

Bellamy num trabalho realizado conclui que os diferentes investigadores, em mais de 80% dos ensaios com imunomoduladores utilizaram a dor, o número das articulações envolvidas, a tumefacção, a rigidez matinal, a força de prensão e a avaliação global pelo clínico; que mais de 60% dos ensaios foram valorizados os radiogramas, e que em mais de que 30% dos trabalhos foram empregues as avaliações funcionais (Scott, 1992).

Scott (1992) analisa a existência de três tipos de respostas, do seguinte modo: A remissão é completa quando há ausência da dor à mobilização e ausência de tumefacção, rigidez matinal inferior a 15 minutos e velocidade de sedimentação menor do que 30mm ao fim da 1ª. hora. A remissão é parcial quando há alívio, mas não desaparecimento da dor à mobilização, e tumefacção de uma a três articulações, rigidez matinal inferior a 30 minutos e velocidade ao fim da 1ª. hora de 30 a 45mm. Finalmente, não há remissão quando não há alívio da dor, quando mais do que três articulações estão tumefactas e/ou têm dor à mobilização, quando a rigidez matinal é superior a 30 minutos e quando a velocidade é superior a 45mm ao fim da 1ª. hora.

Quanto ao prognóstico, os marcadores mais desfavoráveis são, segundo Queiroz (1996) *“a idade inferior a 60 anos, o sexo feminino, as manifestações sistémicas (vasculite), a elevação persistente da velocidade de sedimentação e a presença de factores reumatóides e a presença do antigénio de histocompatibilidade HLA-DR4B1”*. Pincus e colaboradores (1986; citados por Queiroz, 1996), num estudo verificaram haver uma correlação entre o número de articulações envolvidas pelo processo reumatóide e a sobrevida. Assim, em doentes com mais de 30 articulações envolvidas, a sobrevida ao fim de cinco anos foi menor que 50%; enquanto que em indivíduos com menos de 20 articulações afectadas, a sobrevida no mesmo período de tempo foi superior a 95%. Os indivíduos com 20 a 30 articulações envolvidas encontravam-se numa posição intermediária, com uma sobrevida superior a 70%, ao fim de cinco anos.

Segundo alguns autores, os questionários de avaliação funcional avaliam melhor o prognóstico do que outros índices clínicos, laboratoriais e radiológicos.

A mortalidade na Artrite Reumatóide tem assumido, nos últimos anos, um papel de destaque. Deste modo, e ao contrário do que era clássico afirmar-se, a Artrite Reumatóide reduz a esperança média de vida em 10-15 anos e, nas formas graves, a sobrevivência ao termo de cinco anos. Também se verifica que a mortalidade se correlaciona com o número de anos de escolaridade. Com efeito, Pincus e colaboradores (1986; citados por Queiroz, 1996), num estudo realizado, verificaram que aqueles que tinham menos de 12 anos de escolaridade morreram em maior número do que os que tinham mais do que 12 anos de escolaridade.

As principais causas de morte na Artrite Reumatóide são, segundo Queiroz (1996): "A doença cardiovascular (42,1%), o cancro (14,1%), a infecção (9,4%), a doença renal (7,8%), a doença respiratória (7,2%), a própria artrite reumatóide (5,3%), a doença gastrointestinal (4,2%), a doença do sistema nervoso central (4,2%), os acidentes (1%) e em 64%, uma miscelânea de situações".

Ainda, é de sublinhar, segundo Queiroz (1996) "que a infecção é mais frequente na Artrite Reumatóide do que na população geral (9,4% vs 1%), o mesmo acontece em relação à doença renal (7,8% vs 1%), doença respiratória (7,3% vs 3,9%) e a doença gastrointestinal (4,2% vs 2,4%). Contrariamente, são menos frequentes na Artrite Reumatóide do que na população geral os acidentes (1% vs 5,4%) e a doença do sistema nervoso central (4,2% vs 9,6%)".

## Tratamento da Artrite Reumatóide

O tratamento da Artrite Reumatóide tem vindo nos últimos anos a modificar-se mediante a introdução de novos fármacos, nomeadamente de novos imunomoduladores, e da revalorização e desactualização de outros. Também, a estratégia de utilização das armas terapêuticas tem vindo, igualmente, a sofrer algumas modificações.

Segundo Queiroz (1996), os objectivos do tratamento da Artrite Reumatóide são os seguintes:

- Aliviar a dor;
- Reduzir ou suprimir o processo inflamatório;
- Manter a função das estruturas afectadas;
- Prevenir as deformações.

Estes são tanto melhor e mais rapidamente obtidos, quanto mais precoce for o diagnóstico da Artrite Reumatóide no indivíduo.

O tratamento correcto da Artrite Reumatóide implica o trabalho multidisciplinar de diversos especialistas. Entre eles, destacam-se o clínico geral que, por via de regra, é o primeiro a entrar em contacto com estes doentes; o reumatologista; o ortopedista, cada vez mais solicitado nas formas evoluídas da doença; o pessoal de enfermagem; os fisioterapeutas; o assistente social; o técnico de próteses e ortóteses; e, não menos solicitado o psiquiatra e o psicólogo, dado o enorme número de doentes reumatóides reactivamente deprimidos e ansiosos.

O tratamento da Artrite Reumatóide deve começar com medidas de ordem geral, destacando-se, entre elas, a educação do doente e dos seus familiares; a dieta; o ensino das regras gerais de protecção do aparelho locomotor; o repouso e o apoio psicológico.

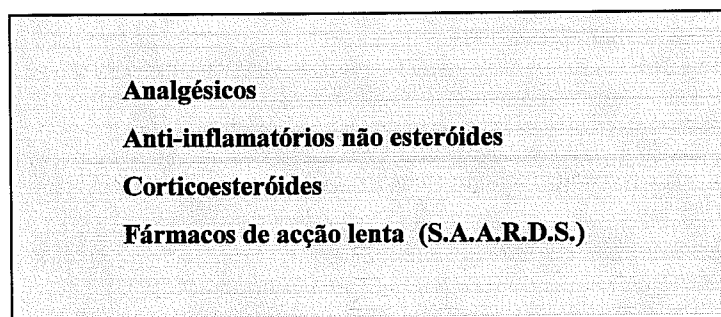
Outras medidas de ordem geral podem ser relevantes como as adaptações na casa e no emprego, e as questões relacionadas com o sexo, a gravidez e o planeamento familiar. Sabe-se que nos Estados Unidos da América do Norte, onde existem 4 milhões de doentes com Artrite Reumatóide, mais de um terço se divorcia ao fim de alguns anos de doença.

Infelizmente estas medidas de ordem geral são frequentemente preteridas e/ou esquecidas em favor da terapêutica medicamentosa exclusiva.

Segundo Fallowfield (1990) a Artrite Reumatóide é uma doença crónica que passa por diversos estádios durante um período bastante longo; assim, a forma de lidar com a doença passa também por vários estádios. No entanto, nem todos os doentes que sofrem desta doença crónica se tornam irremediavelmente incapacitados, onde o grau de deterioração das articulações depende de certas características biológicas da doença, tal como do tratamento aplicado num estágio inicial.

A maioria dos doentes artríticos requerem a combinação de diferentes formas de tratamento, incluindo a terapia medicamentosa, programas razoáveis de repouso e de exercício e, nalguns casos, a cirurgia. Outro tratamento, muitas vezes esquecido mas muito importante para qualquer indivíduo com uma doença crónica como a Artrite Reumatóide, é o apoio psicológico, necessário não só ao doente como à família (Escofet, 1991).

Segundo Queiroz (1996), na terapêutica medicamentosa, existem várias armas terapêuticas empregues na Artrite Reumatóide (Figura 10).



**Figura 10 - Fármacos utilizados no Tratamento da Artrite Reumatóide (Queiroz, 1996).**

No que diz respeito aos analgésicos e aos anti-inflamatórios não esteróides, apesar de nos últimos anos terem surgido novos fármacos, não se tem verificado avanços realmente significativos em relação à sua composição.

Quanto aos imunomoduladores que se usam actualmente no tratamento são os sais de ouro parentéricos, a auranofrina, os antipalúdicos de síntese, a d-penicilamina, a sulfasalazina, a azatioprina, a ciclofosfamida e, finalmente, o metatrexato.

A estratégia terapêutica medicamentosa varia, naturalmente de doente para doente. No entanto, a utilização de fármacos no controlo eficaz tanto da dor como da tumefacção das articulações, em estádios iniciais da Artrite Reumatóide, pode reduzir a longo prazo a deterioração das articulações (Escofet, 1991).

Desde sempre que a pirâmide terapêutica tem sido objecto de grande controvérsia, ao ponto de alguns clínicos a inverterem. Com efeito, estes adoptam inicialmente para os doentes artríticos uma combinação variada de drogas mais potentes, removendo-as sequencialmente ao longo do tempo, de modo a que doente fique medicado com fármacos menos tóxicos (“*step down bridge*”).

Paralelamente à utilização dos fármacos, são relativamente frequentes as queixas dispépticas, a úlcera péptica, a osteoporose, a infecção, e as citopenias, que se atribui em parte à doença, e em parte à terapêutica utilizada (McCarty e Koopman, 1993). Isto é, as dosagens dos medicamentos necessários ao controlo eficaz da Artrite Reumatóide são geralmente muito grandes e podem causar efeitos secundários adversos, por isso os doentes que os tomam devem ser cuidadosamente instruídos.

A terapêutica fisiátrica indiscutivelmente potencia a terapêutica medicamentosa. Geralmente, no alívio da dor, é empregue o repouso, o calor ou o frio; e na prevenção das deformações, e na manutenção da mobilidade articular e força muscular, a cinesiterapia e a terapia ocupacional (Queiroz, 1996).

A terapêutica local na Artrite Reumatóide é extramente útil nas formas monoarticulares e, ainda, na agudização de uma ou duas articulações em oligo ou poliartrites estabilizadas.

No que diz respeito à cirurgia, as intervenções que os doentes têm sido mais frequentemente sujeitos são a descompressão do mediano ao nível do carpo, as tenosinovectomias do punho e dos extensores dos dedos, as ressecções das cabeças dos metatarsianos, e as artroplastias totais das ancas e dos joelhos.

A cirurgia nos cotovelos e nas mãos, mas em particular, nas grandes articulações que suportam o peso, como a anca, pode eficazmente aliviar a dor e melhorar o movimento do doente artrítico (Fallowfield, 1990).

As técnicas e as próteses usadas na artoplastia das articulações suportaram uma grande parte da investigação e desenvolvimento durante as duas últimas décadas e produziram bons resultados. No entanto, ainda existem certos problemas que permanecem por resolver, havendo muitos doentes que necessitam de cirurgias de revisão num espaço de 10 anos.

Apesar de existirem certas dificuldades, há poucas dúvidas de que a artoplastia seja um tratamento válido e benéfico a oferecer aos doentes que sofrem de dor intratável.

Ainda, no que concerne ao tratamento da Artrite Reumatóide intratável, isto é, ao tratamento da Artrite Reumatóide refractária às terapêuticas já referidas, alguns autores sustentam que sendo esta uma linfoproliferação não maligna das células B, a combinação de vários imunomoduladores com mecanismos de acção diferentes, em doses inferiores às convencionais, pode aumentar a eficácia terapêutica.

Quanto às perspectivas futuras do tratamento da Artrite Reumatóide, há a considerar sucessivamente os novos anti-inflamatórios não esteróides, os novos corticoesteróides, os novos imunomoduladores, assim como a terapêutica biológica.

A **terapêutica biológica** da Artrite Reumatóide tem nos últimos anos, despertado grande interesse e tem tido como principais alvos as moléculas de adesão, as células T, as citocinas e as metaloproteases. Esta terapêutica combinada com a associação de terapêuticas biológicas entre si, ou destas com fármacos convencionais, será provavelmente o próximo passo terapêutico na Artrite Reumatóide, visto ser mais eficaz e ter menor número de efeitos adversos (Queiroz, 1996).

## **CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA E**

### **ARTRITE REUMATÓIDE**

A Artrite Reumatóide, em todas as suas formas, é considerada uma doença crónica que não sendo fatal, compromete seriamente a Qualidade de Vida e o bem-estar dos indivíduos.

Mason e colaboradores (1983; citados por Bendtsen & Hörnquist, 1992) ao compararem a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide com a de outras doenças crónicas, concluíram que a Artrite Reumatóide está associada a um estado de saúde mais negativo e classificada como uma das doenças crónicas mais mórbidas. Na verdade, a Artrite Reumatóide tem um impacto significativo sobre a Qualidade de Vida. Segundo Fallowfield (1990), esta doença afecta a Qualidade de Vida dos indivíduos a três níveis, nomeadamente ao nível físico, funcional e psicossocial (Figura 11).

<b>&gt; <u>NÍVEL FÍSICO</u></b>	
- Dor	
- Incapacidade	
- Insónia	
- Efeitos secundários da terapêutica farmacológica:	
. Erupções da pele	
. Náuseas e vômitos	
. Diarreia	
. Impotência	
. Síndrome de Cushing	
. Insuficiência renal;	
. Afecções gastro-intestinais	
<b>&gt; <u>NÍVEL FUNCIONAL</u></b>	
- Cuidados Pessoais: higiene	
- Vestir	
- Uso da casa-de-banho	
- Rodar maçanetas e abrir portas	
- Cozinhar e comer	
- Subir escadas	
	<b>&gt; <u>NÍVEL PSICOSSOCIAL</u></b>
	- Incerteza
	- Frustração
	- Depressão
	- Perda da dignidade
	- Dependência
	- Perturbações sexuais
	- Dificuldades sociais
	- Adaptação ocupacional ou desemprego
	- Adaptação ao ambiente familiar

**Figura 11 - Níveis de Qualidade de Vida afectados pela Artrite Reumatóide (Fallowfield, 1990).**

De acordo com Taal colaboradores (1993), a Qualidade de Vida do doente artrítico é caracterizada por *“incapacidade funcional; dor; perda de independência; problemas psicológicos (ansiedade e depressão); alterações na dinâmica familiar; actividades sociais; incapacidade no trabalho; e problemas financeiros”*.

Segundo Boudien (1991; citado por Barlow, Macey & Struthers, 1994) existem três aspectos fundamentais da Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide:

⇒ O **aspecto físico** refere-se às condições físicas dos indivíduos bem como às consequências da doença e tratamento. Os indivíduos com Artrite Reumatóide são confrontados com efeitos físicos: dor, fadiga, destruição das articulações, os quais levam à restrição das actividades e à ameaça de perda da independência face aos outros.

⇒ O **aspecto social** diz respeito à satisfação individual com a vida familiar e amigos. As limitações físicas da Artrite Reumatóide, nomeadamente a dor e a fadiga, podem limitar as interacções sociais destes doentes. Deste modo, o apoio social, o qual contribui para o bem-estar do doente, pode ter uma influência particularmente importante quer na sobrevivência e recuperação, quer noutros aspectos de saúde.

⇒ O **aspecto psicológico** refere-se à percepção individual de uma determinada situação em que o indivíduo está envolvido. Quando o doente artrítico é confrontado com a incerteza, ameaça e ambiguidade da sua doença, isto pode provocar-lhe sentimentos de ansiedade e depressão. Na verdade, o curso imprevisível da Artrite Reumatóide, a frequente confrontação com a dor e a fadiga, e a possibilidade de incapacidade e dependência, influenciam o bem-estar psicológico destes doentes.

Segundo Fallowfield (1990), os aspectos inerentes à doença em si afectam o bem-estar psicológico ou a Qualidade de Vida dos indivíduos com Artrite Reumatóide.

É comum, todos os indivíduos passarem por períodos de incerteza nas suas vidas, mas a incerteza sofrida pelos doentes com Artrite Reumatóide pode, notavelmente, ultrapassar os níveis toleráveis, requerendo assim, domínio de várias estratégias para lidar com a doença, de modo a preservar o seu bem-estar psicológico. Com efeito, todos os doentes artríticos necessitam de aprender a lidar com a dor, com a incapacidade funcional, e até com as próprias deformações associadas à doença.

Ainda, Fallowfield (1990) refere que Wiener, num interessante estudo realizado com doentes artríticos, identificou três estratégias primárias psicológicas e sociais para lidar com a incerteza da doença :

- 1º.) Os indivíduos justapõem as suas esperanças de alívio dos sintomas e/ou remissão contra a ameaça de progressão e/ou dependência;
- 2º.) Os indivíduos tentam “normalizar” a vida, isto é, tendem a agir como sendo fisicamente normais, disfarçando a dor ou tentando dissimular a sua incapacidade perante os outros. Na tentativa de disfarçar pode levar o doente a ocupar-se com as actividades da vida diária, tão cruciais para a moral e a auto-estima; (Trata-se de uma estratégia, em que os doentes não estão necessariamente a negar a realidade da sua doença, mas sim a tentar minimizar as suas limitações funcionais)
- 3º.) Os indivíduos ajustam as suas expectativas, isto é, devem reduzir as suas ideias e ambições sobre os diferentes objectivos físicos de modo a que as metas a atingir possam ser realizadas, o que exige uma reavaliação de algumas estratégias previamente adquiridas.

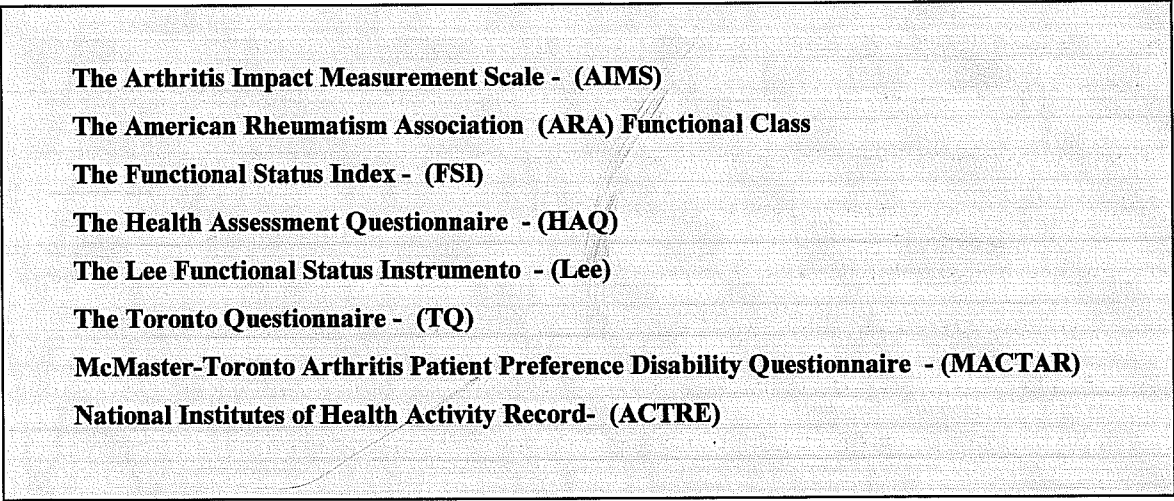
O reconhecimento do impacto da Artrite Reumatóide na Qualidade de Vida do indivíduo, levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação que permitem medir os aspectos mais relevantes da saúde, tais como o bem-estar físico, psicológico e social. Além disso, estes instrumentos podem ajudar a estabelecer as prioridades de tratamento, as intervenções directas a monitorizar no decurso da doença e dar assistência na avaliação de programas e em planeamento político (Bell, Bombardier & Tugwell, 1990).

Nos anos 30, o conhecimento de que as melhorias fisiológicas nem sempre se reflectiam em capacidade funcional acrescida, resultou na criação de algumas escalas funcionais simples, tais como as da “*American Rheumatism Association*” (*The Karnofsky Performance Index*; e o *The New York Heart Association Scale*). Embora tenham sido úteis na detecção de uma larga magnitude de alterações num doente, não foram úteis para detectar as melhorias pequenas, mas clinicamente importantes resultantes da maioria de intervenções terapêuticas usadas em doenças crónicas reumáticas, nomeadamente na Artrite Reumatóide.

A preocupação com a Qualidade dos Cuidados de Saúde nos anos 60, levou a uma avaliação mais abrangente do impacto dos serviços de saúde. Assim, foram criadas escalas que incluíam a longevidade, sintomas, deficiências físicas, estado funcional, factores psicossociais, condescendência e satisfação. Ainda, para programas avaliativos e na área da política, foram desenvolvidos instrumentos mais vastos, nomeadamente instrumentos de *General Health Status*, que poderiam ser usados tanto nas comunidades e doentes em geral, como em populações com doenças específicas.

Quer a Reabilitação, quer a investigação dos Serviços de Saúde, nos anos 80, fizeram avanços importantes na avaliação da Qualidade de Vida, tendo sido desenvolvidos instrumentos que permitem medir o produto acabado do sistema de cuidados de saúde no que respeita ao doente. Assim, a partir desta base, foram criados instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida e o estado de saúde numa doença específica.

Deste modo, na Artrite Reumatóide foram criados instrumentos que avaliam a percepção subjectiva que o doente tem dos aspectos físicos, emocionais e sociais decorrentes da sua doença (Bell, Bombardier & Tugwell, 1990). No entanto, muitos dos instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide, são adaptações do *The Katz Index of Activities of Daily Living* (ADL), ou da Avaliação do Estado Funcional (Figura 12).



**The Arthritis Impact Measurement Scale - (AIMS)**  
**The American Rheumatism Association (ARA) Functional Class**  
**The Functional Status Index - (FSI)**  
**The Health Assessment Questionnaire - (HAQ)**  
**The Lee Functional Status Instrumento - (Lee)**  
**The Toronto Questionnaire - (TQ)**  
**McMaster-Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire - (MACTAR)**  
**National Institutes of Health Activity Record- (ACTRE)**

**Figura 12 - Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide (Bell, Bombardier & Tugwell, 1990).**

Para Fallowfield (1990) os instrumentos, mais frequentemente utilizados, na Artrite Reumatóide, são:

⇒ *The Arthritis Impact Measurement Scale* (AIMS)

Este questionário foi designado pelo *Multi-purpose Arthritis Center* da Universidade de Boston. Trata-se de uma adaptação de um índice geral de saúde, desenvolvido por Bush e seus colaboradores, apresentando uma série de itens específicos referentes ao efeito da Artrite Reumatóide sobre o funcionamento e Qualidade de Vida.

Este instrumento de auto-administração que pretende avaliar o bem-estar físico, emocional e social dos doentes com Artrite Reumatóide, inclui informações relativas à cronicidade da doença, percepção da saúde, morbidade e características sócio-demográficas.

Apesar de ser uma técnica que apresenta fidelidade e validade, garante a avaliação individual, assim como é capaz de detectar diferenças clinicamente significativas entre grupos com tratamento farmacológico. Ainda, quando utilizada em conjunto com outras avaliações, revela resultados clínicos convencionais.

⇒ *The Functional Status Index* (FSI)

Foi desenvolvido, em 1980, por Yette como técnica tanto clínica como avaliativa, para avaliar a Qualidade de Vida em doentes com Artrite geriátrica na comunidade. Esta técnica de hetero-administração mede a dor, a dependência e a dificuldade, em 18 áreas da vida diária. Para além de algumas qualidades psicométricas, apresenta ainda algumas falhas ao nível da sensibilidade.

⇒ *The Health Assessment Questionnaire* (HAQ)

Trata-se de um questionário de auto-administração desenvolvido por Fries e colaboradores em 1980, que mede quatro dimensões, tais como: incapacidade, desconforto, efeitos secundários dos fármacos e custos financeiros. Embora tenha sido inicialmente elaborado para avaliar a capacidade de desempenho em diversas actividades da vida diária na Artrite Reumatóide, foi posteriormente demonstrada a sua utilidade, na avaliação da necessidade do doente ter assistência por parte dos outros, para se integrar satisfatoriamente nessas actividades. Assim, a versão reduzida do instrumento inclui apenas oito perguntas das vinte originais, que avaliam a satisfação do doente.

Existem algumas vantagens e desvantagens a ter em conta entre os vários questionários utilizados na Artrite Reumatóide (Buchbinder e col., 1995). Assim, verifica-se que o formato dos questionários de auto-administração como o AIMS e o HAQ são extremamente úteis para a prática de consultório. Ainda, tanto o AIMS como HAQ são igualmente úteis para avaliar a alteração funcional, apesar do HAQ ser melhor para determinar as alterações do funcionamento social do que o AIMS.

Fitzpatrick (1993) refere como as principais dimensões da Qualidade de Vida relacionada com a saúde, que tipicamente têm sido avaliadas nos doentes com Artrite Reumatóide, as seguintes:

- Funcionalidade Física: mobilidade e auto-cuidado
- Funcionalidade Emocional: depressão e ansiedade
- Funcionalidade Social: suporte social e rede social de apoio
- Realização de Tarefas: trabalho e vida doméstica
- Dor
- Outros Sintomas: fadiga, náuseas e sintomas específicos.

Tal como acontece nas outras doenças crónicas, a Artrite Reumatóide, apesar de não ser fatal, ainda não tem cura. Deste modo, o facto da cura não constituir uma expectativa realista para a maioria dos doentes artríticos, uma maior ênfase deve ser colocada na Qualidade de Vida individual. Ou seja, a Qualidade de Vida deverá ser reconhecida como um factor importante na planificação e avaliação de estratégias de tratamento na Artrite Reumatóide.

Apesar da visão pessimista em relação aos efeitos a longo prazo do tratamento farmacológico dos doentes com Artrite Reumatóide, não há dúvidas de que este tratamento pode influenciar a avaliação da Qualidade de Vida, assim como a idade, a duração da doença, os apoios disponíveis e a motivação do próprio doente.

Em muitos casos, a Artrite Reumatóide deixa o indivíduo incapaz e dependente, apesar das diversas intervenções terapêuticas. Contudo, parece não haver dúvida de que os doentes artríticos, podem beneficiar das intervenções terapêuticas, quando o resultado é considerado a partir de uma perspectiva de Qualidade de Vida, que inclui a redução da dor e a capacidade para viver uma vida normal de acordo com as preferências individuais.

SEGUNDA PARTE

***METODOLOGIA***

## **CAPÍTULO 4 - PLANO DE ESTUDO**

### **Formulação do Problema**

O conceito **Qualidade de Vida** enraizou-se nos Estados Unidos da América nos fins da Segunda Guerra Mundial e significava “a boa vida”, ou seja, o bem-estar material evidenciado pela posse de bens de consumo assim como dinheiro para actividades de lazer. Contudo, um dos requisitos primários para se gozar uma alta Qualidade de Vida é ter boa saúde. Assim, a partir dos anos 70 verificou-se um aumento do interesse pela Qualidade de Vida durante a doença, o seu tratamento e reabilitação.

Apesar da Qualidade de Vida, ter uma origem remota, encontra-se ainda hoje em fase de investigação e tem sido muito estudada em múltiplos contextos do Sistema de Cuidados de Saúde (Ribeiro, 1994).

O conceito Qualidade de Vida tem sido definido segundo diferentes contextos ou perspectivas disciplinares, em que é estudado. No contexto da Saúde, existem várias definições, no entanto, os diferentes autores estão de acordo quanto à importância do seu papel, quer no Sistema de Saúde, quer no de Cuidados de Saúde.

Com efeito, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, tendo em conta a doença e/ou tratamento, pode ser pensada como a percepção que o indivíduo tem do seu próprio bem-estar físico, psicológico e social. Esta tornou-se assim tanto mais importante quanto mais se desenvolveram as doenças crónicas.

Uma longevidade acrescida dos indivíduos, em consequência do sucesso do Sistema de Cuidados de Saúde, tem implicado um aumento da prevalência das doenças crónicas que, por definição, sendo incuráveis, impõem uma afectação de cuidados de saúde cada vez mais exigente. Esta tem sido uma das razões porque os Sistemas de Saúde, em geral, e de Cuidados de Saúde, em particular, têm vindo a preocuparem-se progressivamente com a Qualidade de Vida do doente crónico.

Segundo Diekstra (1990), os indivíduos que sofrem de doença crónica têm hoje em dia muitos e variados tratamentos médicos e/ou cirúrgicos à sua disposição que podem ser eficazes no controlo da doença, mas podem não contribuir necessariamente para uma melhoria da Qualidade de Vida do indivíduo e em alguns casos pode até deteriorá-la. Deste modo, a falha de integração dos aspectos da Qualidade de Vida nos processos de tomada de decisão nos Cuidados de Saúde prestados, pode ter como consequência um comprometimento físico, psicológico e social dos doentes que é desproporcionado em relação à gravidade e incapacidade da doença crónica.

É assim que se compreende, na década de oitenta, o aparecimento de uma nova família de instrumentos de medida, em Saúde. Em geral, estes instrumentos de Qualidade de Vida avaliam a percepção subjectiva que o doente crónico tem dos aspectos físicos, emocionais e sociais decorrentes da sua doença (Rebelo, 1994).

Uma doença crónica como a **Artrite Reumatóide** com imensas implicações tanto ao nível médico, psicológico e social, e com um grande impacto em todos os aspectos da vida dos indivíduos, pode comprometer seriamente a Qualidade de Vida dos doentes com esta patologia, uma vez que produz uma variedade de efeitos adversos (Fallowfield, 1990).

Segundo Taal e colaboradores (1993), a Qualidade de Vida dos indivíduos com Artrite Reumatóide pode ser influenciada pela natureza da doença. A Artrite Reumatóide trata-se de uma doença reumática dolorosa, mais ou menos incapacitante e deformante, que interfere não só com a vida física dos indivíduos mas influencia também as esferas sociais e económicas. Esta doença pode levar a uma incapacidade total e colocar os doentes numa dependência extrema em relação aos outros para a concretização das actividades mais vulgares da vida diária e sociais. Desta forma, tanto o doente como o clínico procuram formas de preservar a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide (Zautra e col., 1995).

Considerando as características específicas da Artrite Reumatóide como doença reumática crónica, assim como a gravidade e variedade das suas repercussões, é compreensível que se tenham desenvolvido, nos últimos tempos, diversos estudos acerca das questões ligadas à Qualidade de Vida dos indivíduos com Artrite Reumatóide e às suas formas de ajustamento psicossocial à doença.

Na literatura revista, é comum a Artrite Reumatóide estar associada a baixos níveis de Qualidade de Vida, nomeadamente ao nível físico, funcional e psicossocial.

Assim, tendo em conta a importância da dimensão da Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide, é totalmente justificável a existência e disponibilidade de instrumentos para a sua avaliação.

Segundo Fallowfield (1990), existe ainda um longo caminho a percorrer até que seja desenvolvida uma medida de avaliação de Qualidade de Vida completamente satisfatória e cientificamente válida e aceitável. No entanto, já existem vários instrumentos disponíveis, que podem ajudar a determinar o impacto que os cuidados e/ou tratamentos estão a ter no aspecto físico, psicológico e social dos doentes.

Vários investigadores que estudam os novos tratamentos da Artrite Reumatóide têm desenvolvido toda uma série de instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida. Embora haja algumas vantagens em usar estas medidas específicas, continua no entanto a existir alguma controvérsia sobre a sua necessidade.

Na verdade, as medidas específicas de uma doença são mais precisas na descrição do impacto dessa doença sobre a Qualidade de Vida, do que as medidas genéricas. No entanto, em muitos casos não ficou estabelecido que os instrumentos específicos fornecem mais informação para além daquela que é obtida numa abordagem geral. Além disso, o uso exclusivo de uma medida específica exclui a possibilidade de comparar programas dirigidos a diferentes grupos de indivíduos.

Nesta medida, parece ter interesse um estudo, com carácter exploratório, que tenha como principal objectivo estudar a repercussão da Artrite Reumatóide na Qualidade de Vida, utilizando-se um instrumento que embora não sendo específico para este grupo de doentes, já tenha sido utilizado em outros doentes crónicos com bons resultados.

Considerando os pressupostos teóricos que advogam o reconhecimento do impacto da Artrite Reumatóide na Qualidade de Vida, pensa-se ser pertinente colocar o problema através dos seguintes enunciados:

☞ *Como será a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide?*

☞ *Será que há diferenças na Qualidade de Vida dos indivíduos com Artrite Reumatóide em relação aos indivíduos sem Doença Crónica?*

Este estudo tem como conceitos-chave os seguintes:

#### **Qualidade de Vida:**

*“Fenómeno multifacetado que engloba o funcionamento físico e ocupacional, o estado psicológico, a interacção social e, as sensações somáticas, nomeadamente a dor”.*

(Definição ensaiada por Schipper, Clinch & Powell, 1990)

#### **Artrite Reumatóide:**

*“É uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, ocorrendo em todas as idades, e apresentando como manifestação predominante o envolvimento repetido e habitualmente crónico das estruturas articulares, periarticulares e tendinosas podendo, contudo, afectar o tecido conectivo de qualquer parte do organismo e originar, assim, as mais variadas manifestações sistémicas. Pela sua prevalência, e pelos importantes problemas médicos, económicos e sociais que suscita a Artrite Reumatóide é, indiscutivelmente, a principal doença difusa do tecido conjuntivo e uma das principais doenças reumáticas”.*

(Definição ensaiada por Queiroz, 1991)

## Objectivos do Estudo

Considerando que se pretende investigar, em indivíduos com Artrite Reumatóide, a sua Qualidade de Vida, cumpre atingir os seguintes **objectivos** específicos:

- ☞ *Caracterizar a Qualidade de Vida em indivíduos do sexo feminino com Artrite Reumatóide.*
  
- ☞ *Identificar variáveis que influenciam a Qualidade de Vida.*
  
- ☞ *Comparar a Qualidade de Vida de indivíduos do sexo feminino com Artrite Reumatóide com a de indivíduos do sexo feminino sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica.*

A possibilidade de se conhecer quais as variáveis da Qualidade de Vida mais sensibilizadas pelo impacto da doença, no indivíduo com Artrite Reumatóide, poderá facilitar a intervenção psicológica ao doente. Por outro lado, o facto de se poder conhecer as possíveis diferenças entre os indivíduos com Artrite Reumatóide e sem doença crónica, poderá permitir uma intervenção ainda mais orientada para os problemas dos indivíduos doentes.

## Hipótese e Definição de Variáveis

### ➡ Formulação da Hipótese de Investigação

Tendo em conta a revisão da literatura acerca da Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide ser indicativa de que estão associados baixos níveis de Qualidade de Vida a esta doença crónica, coloca-se a seguinte hipótese:

*Em indivíduos do sexo feminino com Artrite Reumatóide, a Qualidade de Vida é mais baixa do que em indivíduos do mesmo sexo sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica.*

### ➡ Definição e Operacionalização das Variáveis

Em relação à hipótese formulada, as variáveis em estudo são as seguintes:

#### \* Variável Dependente - Qualidade de Vida:

*“Fenómeno multifacetado que engloba o funcionamento físico e ocupacional, o estado psicológico, a interação social e, as sensações somáticas, nomeadamente a dor”.*

Esta variável será operacionalizada pelos Questionários de Qualidade de Vida: Questionário de Qualidade de Vida (F-84) e 36-Item Short Health Survey (SF-36).

**\* Variável Independente: Presença ou não presença de Artrite Reumatóide**

Esta variável pré-existente possibilitou a formação de dois grupos de indivíduos: Um grupo constituído por indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de Artrite Reumatóide; e outro por indivíduos do mesmo sexo sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica.

Existem ainda, outras variáveis, como:

- Idade;
- Nível de escolaridade;
- Estado Civil;
- Situação profissional;
- N.º de filhos;
- Duração da doença;
- Gravidade da doença;
- Tipo de tratamento.

Para além destas variáveis, existem outras que podem estar associadas à personalidade, à experiência ou características pessoais de cada indivíduo. Estas variáveis concorrentes podem, mesmo num grupo aparentemente homogéneo, interferir de alguma forma nos resultados.

## Importância do Estudo

Presentemente, constata-se um grande avanço nas questões médicas ligadas às técnicas de diagnóstico e às capacidades terapêuticas que permitem prolongar a existência dos indivíduos portadores de doenças extremamente incapacitantes e geradoras de grande sofrimento e stress. Contudo, há que ter em atenção o fundamental, o indivíduo enquanto doente e sofredor. Pois é essencial que se estabeleça um conhecimento profundo das vivências desencadeadas por uma situação geradora de stress e sofrimento, tanto físico como psicológico, que acarreta uma doença crónica como a Artrite Reumatóide.

A Artrite Reumatóide é uma das doenças reumáticas mais importantes, quer pela sua frequência, quer pela sua relevância médica, social e psicológica, o que tem proporcionado o seu estudo intensivo. Deste modo, o estudo desta doença, tem suscitado grande interesse a vários autores que procuram evidenciar os seus aspectos, nomeadamente as repercussões na Qualidade de Vida.

Esta doença crónica apesar de não ter cura, é susceptível de ser bem tratada, e de proporcionar ao doente uma vida válida, produtiva e feliz. Assim, necessita principalmente, de cuidados de saúde primários, no sentido de melhorar a Qualidade de Vida nos doentes.

A Qualidade de Vida pode ser definida segundo três aspectos, como estar livre de sintomas físicos, funcionar bem nas diversas áreas de adaptação, e ter um sentimento de bem-estar e de um futuro livre de dificuldades ou incapacidades funcionais.

É neste contexto, que o presente estudo exploratório visa averiguar a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide e cuja a importância se insere no âmbito da **Psicologia da Saúde**, na qual a investigação clínica tem um papel relevante, designadamente no que se refere ao estudo das relações entre os Cuidados de Saúde e a Qualidade de Vida.

A Psicologia da Saúde é uma das maiores e mais importantes áreas de intervenção da Psicologia (Leal, 1992). Em termos globais, a Psicologia da Saúde diz respeito ao papel da Psicologia como ciência e como profissão nos campos da saúde e da doença, não se limitando apenas ao campo da Medicina, uma vez que contempla uma pluralidade de factores de ordem social, económica, política, cultural e ecológica que se encontram fortemente correlacionados com a saúde e a doença (Weinaman, 1990).

Fundamentada numa abordagem holística da saúde e da doença, a Psicologia da Saúde toma por objecto o indivíduo pessoal e intersubjectivo e os seus funcionamentos afectivo, cognitivo, comportamental e social. Adoptando um modelo multifacetado, interessa-se pela forma como o indivíduo vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

A Psicologia da Saúde como área de especialização da Psicologia, pode desempenhar uma papel relevante na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das disfunções psicológicas a ela associadas. Ou seja, tem por objectivos:

- Fazer com que os indivíduos adoptem no seu estilo de vida um conjunto de atitudes e comportamentos activos e responsáveis que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença;
- Reforçar e otimizar defesas psicológicas dos indivíduos no desenvolvimento de mecanismos de ajustamento à doença e às consequências, para beneficiar de uma certa qualidade de vida;
- Sensibilizar e informar os técnicos de saúde e agentes sociais para aspectos psicológicos envolvidos na promoção e manutenção da saúde, na prevenção e tratamentos da doença e na sua reabilitação.

Assim este estudo que pretende avaliar a Qualidade de Vida em indivíduos com Artrite Reumatóide, pode dar um contributo importante no que se refere à intervenção, no âmbito da Psicologia da Saúde, no sentido de permitir recolher dados que possam vir a ser úteis para elaborar programas de reabilitação psicológica e consequente melhoria da Qualidade de Vida do indivíduo com Artrite Reumatóide. A promoção da Qualidade de Vida e manutenção do bem-estar psicológico em indivíduos com esta doença crónica deve ser feita a vários níveis como sejam: a nível das emoções e sentimentos que o doente apresenta face à sua doença; a nível de realização e desempenho de papéis sociais que devem ser adequados ao doente artrítico; e que a nível de futuro se assiste à manutenção da Qualidade de Vida e não a uma progressiva deterioração desta.

É através da compreensão individual da doença que podem ser levado a cabo iniciativas de acção tendo em vista a saúde, com o objectivo de antecipar e reduzir, eliminar ou transformar os sintomas ao longo do curso da Artrite Reumatóide.

É importante referir que a intervenção nestes doentes tem por objectivo facilitar ao indivíduo estratégias de lidar com a dor, com o stress emocional associado e com a repercussão psicológica de incapacidade funcional, assim como de estratégias de “*coping*” mais adaptadas, melhorando a sua adesão aos tratamentos médicos e medidas de reabilitação. Esta intervenção deve ser encarada no seu todo biopsicossocial. É neste sentido que se tem chamado “*total patient care*”, que acarreta uma nova maneira de planear o tratamento, envolvendo uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, bem como o próprio doente e a sua família.

Assim, este estudo pode ainda contribuir para que se incremente a investigação desta temática, de modo a sensibilizar os profissionais de saúde que funcionam directamente com os doentes artríticos, assim como familiares mais próximos que poderão ajudar a vítima a superar de uma melhor forma a vivência desta doença crónica. O quadro em que o indivíduo se depara no momento em que adoce leva, muitas vezes, a uma verdadeira alteração do seu estilo de vida e o percurso que é “obrigado” a seguir, conduz, na maioria das vezes, a sentimentos de ansiedade, medo e depressão, até à negação da doença, como defesa contra a angústia que a mesma representa. Neste sentido, é de todo desejável que os técnicos de saúde e os agentes sociais adoptem uma atitude de compreensão empática face a estas reacções despertadas pelo doente, numa tentativa de apreender as suas vivências e, desta forma, contribuir para um bom ajustamento do indivíduo à situação em que se encontra.

O apoio a nível social e da comunidade é considerado, actualmente, como um dos aspectos importantes na luta contra as doenças reumáticas crónicas, particularmente na procura da melhoria das condições de vida daqueles que sofrem deste tipo de doença.

Por último, o presente estudo poderá ser útil para o desenvolvimento de investigações futuras que centrem a sua atenção no âmbito da prevenção secundária, isto é, ao nível da adopção de comportamentos de saúde.

## Limitações do Estudo

Geralmente, nos estudos existem sempre algumas limitações na realização da investigação, as quais dificilmente se conseguem ultrapassar, e este não será excepção.

No entanto, existem limitações que são previsíveis, como sejam, as limitações em relação à validade externa, isto é, ao grau de generalização dos resultados obtidos, e as limitações em relação à validade interna.

Do ponto de vista da **validade externa**, é de notar, a existência da limitação geográfica relacionada com a recolha da amostra (Lisboa e Porto), para além das limitações referentes à dimensão e à representatividade dos dois grupos (mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica) que constituem a amostra. Deste modo, as conclusões a que se chegar só são válidas para os indivíduos estudados, não sendo possível generalizá-las para toda a população dos indivíduos do sexo feminino com Artrite Reumatóide, dado o número de elementos da amostra ser pequeno e também devido às suas próprias características.

Do ponto de vista da **validade interna**, é de salientar, as limitações decorrentes da dificuldade em controlar todas as variáveis (relacionadas com a doença e com os próprios indivíduos), que eventualmente podem influenciar a Qualidade de Vida na situação estudada, isto é, que possam de algum modo enviezar os resultados.

Apesar destas limitações, pensa-se que estas não diminuem o interesse do presente estudo, uma vez que os seus resultados poderão permitir o levantamento de certos aspectos relevantes e de hipóteses de estudo que encaminhem futuras investigações sobre o funcionamento psicológico característico da população em causa.

## CAPÍTULO 5 - MÉTODO E MATERIAL

### Método do Estudo

A presente investigação consiste num estudo exploratório, no qual se pretende inicialmente, através **método descritivo**, conhecer e analisar as várias dimensões da Qualidade de Vida que são afectadas pela Artrite Reumatóide, isto é, descrever a Qualidade de Vida em indivíduos com Artrite Reumatóide.

Ainda, tendo em conta a contextualização teórica e a natureza do problema a investigar, é desenvolvido o **método comparativo**, de forma a constatar a plausibilidade da hipótese colocada tendo-se, para isso, comparado a Qualidade de Vida em dois grupos de indivíduos do sexo feminino que se encontram diferenciados basicamente pela presença ou não de Artrite Reumatóide ou outra doença crónica.

## Instrumentos

Os instrumentos de avaliação utilizados neste trabalho, foram os seguintes:

- Entrevista Clínica
- Questionários de Qualidade de Vida

### ➡ Entrevista Clínica

Como meio para iniciar a avaliação utilizou-se a Entrevista. A cada indivíduo da amostra foi feita uma entrevista (não directiva) com o objectivo de facilitar o estabelecimento de uma relação dual e compreensiva, bem como, criar as condições necessárias à aplicação dos instrumentos que interessam a este estudo. Pretendia-se ainda, dar ocasião aos indivíduos de verbalizarem vivências e afectos directamente relacionados, ou não, com a sua doença e recolher informações relativas ao indivíduo e à sua doença.

Todavia, o material recolhido na entrevista não será objecto de estudo neste trabalho, visto não se tratar de uma fonte de informação importante para o objectivo estabelecido, servindo somente para caracterizar a amostra recolhida para esta investigação. Devido à natureza dos dados, a sua análise implicaria o recurso à análise de conteúdo, o que iria alargar demasiado o trabalho.

### ➡ Questionários de Qualidade de Vida

Com o objectivo de avaliar e comparar a Qualidade de Vida nos indivíduos de sexo feminino que constituem os dois grupos da amostra, utilizou-se os seguintes questionários:

- Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F-84);
- Questionário de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (SF-36) (*36-Item Short Health Survey*).

## Questionário de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde: SF-36 (36-Item Short Health Survey)

### Apresentação do Questionário

#### a) ORIGEM:

Entre os mais importantes desenvolvimentos de cuidados de saúde efectuados durante os últimos anos, verifica-se um aumento de consenso quanto à centralização do ponto de vista do doente na monitorização dos resultados dos cuidados médicos. Na verdade, actualmente, a finalidade dos cuidados médicos, para a maioria dos doentes é conseguir uma vida mais eficaz, preservando o seu funcionamento e o seu bem-estar. Embora o doente seja o indicado para avaliar a finalidade dos cuidados médicos e os dados referentes às vivências da doença e do tratamento, estes não são muitas vezes registados, devido à falta de métodos válidos e fáceis para a recolha desses mesmos dados.

Contudo, pontuar respostas *standard* a perguntas *standard* é uma forma bastante eficaz de medir o estado de saúde. Assim várias técnicas surgiram durante os últimos anos, entre as quais se destacam aquelas que visam conceitos gerais de saúde não específicos a qualquer idade, doença, ou grupo de tratamento. Estas escalas que medem valores como o funcionamento e o bem-estar emocional, não são compatíveis com medidas específicas de doenças ou tratamentos, incluindo comparações entre a carga relativa de diferentes doenças e os benefícios de diferentes tratamentos. No entanto, o uso destas escalas tem sido muito restrito devido à sua grande extensão.

Com efeito, uma solução para esta restrição prática, é a construção de uma medida standardizada do estado de saúde com qualidades psicométricas, breve e abrangente (Ware & Sherbourne, 1992). Assim, esta medida poderá ajudar a preencher a lacuna entre medidas de saúde demasiado extensas, mas usadas com sucesso em projectos de investigação e as medidas de saúde relativamente reduzidas, mas claramente limitadoras na detecção de pequenas e moderadas diferenças entre grupos.

Uma escala pode ser reduzida, mas deverá conter os princípios mínimos de abrangência, incluindo a representação de numerosos conceitos de saúde.

O *36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*, é uma versão reduzida que foi construída a partir dos princípios mínimos de abrangência, em que os autores escolheram entre os vários conceitos de saúde, os mais frequentemente utilizados em medidas de saúde, tais como o funcionamento geral, físico e social, a saúde mental e a percepção da saúde em geral; para além da dor física e vitalidade.

A abrangência do SF-36 foi melhorada pela junção de conceitos não representados no primeiro instrumento de versão reduzida, o *MOS 20-Item Short Form Health Survey*.

Ainda, para seleccionar os itens de cada escala do SF-36, foi utilizada como critério a medida de avaliação de grande dimensão do projecto *Medical Outcomes Study (MOS)* correspondente.

O objectivo principal na construção do SF-36 foi valorizar a validade de conteúdo e a construção de escalas que conseguissem detectar com mais precisão diferenças clínicas e socialmente relevantes do estado de saúde e alterações na saúde ao longo do tempo.

#### b) DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO:

O SF-36 é uma versão reduzida, de um conjunto de instrumentos que se baseiam no *Health Insurance Experiment* (Brook et al., 1979; citado por Ribeiro, 1994), que foi traduzida e produzida com recursos a técnicas desenvolvidas pela Psicologia

É um questionário que foi construído durante a *Medical Outcomes Study*, para avaliar o estado de saúde, sendo designado para o uso na prática e investigação clínica, nas avaliações de política de saúde e, nas observações da população geral. Trata-se de um instrumento que inclui além de um item referente a alterações na saúde, diversos itens que avaliam oito conceitos de saúde, tais como: "1) Limitações nas actividades físicas devido a problemas de saúde; 2) Limitações nas actividades sociais devido a problemas físicos e emocionais; 3) Limitações nas actividades de carácter geral devido a problemas de saúde física; 4) Dor física; 5) Saúde mental geral (problemas psicológicos e bem-estar); 6) Limitações nas actividades de carácter geral devido a problemas emocionais; 7) Vitalidade (energia e fadiga); e 8) Percepção da saúde geral" (Ware & Sherbourne, 1992).

Como se encontra resumido, na tabela I, o SF-36 inclui 8 escalas multi-itens, contendo de 1 a 13 itens cada uma e apenas um único item que descreve a transição do estado de saúde (item 2), o qual não é usado para o resultado de nenhuma das 8 escalas.

**TABELA I**

Descrição das Escalas do SF-36

ESCALAS	Nº ITENS	NÍVEIS	DEFINIÇÃO
Saúde Geral	5 (1, 11a, 11b, 11c, 11d)	21	Avaliação individual da saúde incluindo a saúde actual, aspecto exterior de saúde e resistência à doença.
Funcionamento Físico	10 (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, e 3j)	21	Extensão em que a saúde limita as actividades físicas, tais como: pessoais, andar, subir escadas, dobrar-se, levantar pesos e fazer exercícios moderados ou vigorosos.
Papel Físico	4 (4a, 4b, 4c, 4d)	5	Extensão que a saúde física interfere com o trabalho ou outras actividades da vida diária incluindo limitações no tipo de actividades, dificuldade em desempenhá-las ou obtenção de menor grau de perfeição que o pretendido.
Papel Emocional	3 (5a, 5b, 5c)	4	Extensão em que os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades da vida diária, incluindo limitação do tempo gasto em cada actividade, menor perfeição e não trabalhar tão cuidadosamente.
Dor Física	2 (7,8)	11	Intensidade da dor e o efeito da dor no trabalho normal, dentro e fora de casa.
Funcionamento Social	2 (6,10)	9	Extensão em que a saúde física ou problemas emocionais, interferem com as actividades sociais normais.
Vitalidade	4 (9a, 9e, 9g, 9i)	21	Sensação de energia e cheio de vitalidade versus sensação de cansaço e estafado.
Saúde Mental	5 (9b, 9c, 9d, 9f, 9h)	26	Sentimentos em geral, incluindo afectos positivos/negativos, estados de depressão, ansiedade e controlo comportamental-emocional

### c) APLICAÇÃO E COTAÇÃO:

O SF-36 é um questionário de auto-administração, que pode ser ainda administrado via telefone ou durante uma entrevista individual a indivíduos com mais de 14 anos de idade. Os itens foram seleccionados ou criados de forma a que as possibilidades de resposta possam, em poucas excepções, ser idênticas dentro de cada escala. Essa standardização torna possível imprimir perguntas e respostas em menos espaço de tempo, e facilita bastante a administração oral via telefone ou pessoalmente.

O período de tempo necessário para o preenchimento do questionário é de 10 minutos.

Este questionário permite a pontuação de 8 escalas como um perfil dos conceitos do estado de saúde. Os 36 itens divididos por essas escalas foram criados para serem pontuados, usando o método Likert de taxas somadas.

A cotação de cada escala é efectuada da seguinte forma:

#### **Saúde Geral**

- Os valores da resposta do item 1 são: 1, 2, 3, 4, 5. A cotação deste item baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente: 5; 4.4; 3.4; 2; 1.
- Os valores das respostas para cada alínea do item 11 (11a, 11b, 11c e 11d) são: 1, 2, 3, 4, 5. A cotação das alíneas 11a e 11c é igual aos valores reais: 1, 2, 3, 4, 5. Nas restantes alíneas 11b e 11d, a cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente: 5, 4, 3, 2, 1.

#### **Funcionamento Físico**

Os valores das respostas para cada alínea do item 3 (3a - 3j) são: 1, 2, 3. A cotação deste item é igual aos valores reais: 1, 2, 3.

#### **Papel Físico**

Os valores das respostas para cada alínea do item 4 (4a, 4b, 4c, 4d) são: 1, 2. A cotação deste item é igual aos valores reais: 1, 2.

**Papel Emocional**

Os valores de resposta para cada alínea do item 5 (5a, 5b e 5c) são: 1, 2. A cotação das alíneas 5a, 5b e 5c é igual aos valores reais: 1, 2.

**Dor Física**

- Os valores de resposta do item 7 são: 1, 2, 3, 4, 5, 6. A cotação deste item é baseada numa escala de classificação de forma decrescente: 6, 5.4, 4.2, 3.1, 2.2, 1.

- Os valores de resposta do item 8 são 1, 2, 3, 4, 5. A cotação deste item é baseada numa escala de classificação de forma decrescente: 6 se a resposta no item 7 foi 1; 5 se a resposta no item 7 foi entre 2 e 6; 4, 3, 2, 1. Ainda, quando o item 7 não respondido, a cotação deste item é baseada numa escala de classificação de forma decrescente: 6.0, 4.75, 3.5, 2.25, 1.0.

**Funcionamento Social**

- Os valores de resposta do item 1 são: 1, 2, 3, 4, 5. A cotação deste item baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente: 5, 4, 3, 2, 1.

- Os valores de resposta do item 10 são: 1, 2, 3, 4, 5. A cotação deste item é igual aos valores reais: 1, 2, 3, 4, 5.

**Vitalidade**

Os valores das respostas para cada alínea do item 9 (9a, 9e, 9g e 9i) são: 1, 2, 3, 4, 5, 6. A cotação das alíneas 9a e 9e é baseada numa escala de classificação de forma decrescente: 6, 5, 4, 3, 2, 1. Nas restantes alíneas (9g e 9i) a cotação é igual aos valores reais: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

**Saúde Mental**

Os valores das respostas para cada alínea do item 9 (9b, 9c, 9d, 9f e 9h) são: 1, 2, 3, 4, 5, 6. A cotação das alíneas 9b, 9c e 9f é igual aos valores reais: 1, 2, 3, 4, 5, 6. Nas restantes alíneas (9d e 9h), a cotação é baseada numa escala de classificação de forma decrescente: 6, 5, 4, 3, 2, 1.

Após a cotação de cada escala procede-se ao cálculo da pontuação final de cada uma delas, como se pode observar na seguinte tabela:

ESCALAS	Soma dos itens	Valor Mínimo, Valor Máximo da Escala	Amplitude Máxima
Saúde Geral	1 + 11a + 11b + 11c + 11d	5;25	20
Funcionamento Físico	3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + + 3g + 3h + 3i + 3j	10;30	20
Papel Físico	4a + 4b + 4c + 4d	4;8	4
Papel Emocional	5a + 5b + 5c	3;6	3
Funcionamento Social	6+10	1;5	4
Dor Física	7 + 8	2;12	10
Vitalidade	9a + 9e + 9g + 9i	4;24	20
Saúde Mental	9b + 9c + 9d + 9f + 9h	5;30	25

**TABELA II: Apresentação das fórmulas de pontuação final das escalas.**

Seguidamente, procede-se à transformação do resultado da cada escala num resultado de 0 a 100, conforme a fórmula abaixo apresentada, obtendo-se assim a Qualidade de Vida referente à escala respectiva:

$$\text{Escala transformada} = \frac{(\text{Valor bruto obtido} - \text{Valor mínimo possível})}{\text{Amplitude máxima}} \times 100$$

**d) ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO:**

A interpretação da cada escala pode ser feita com base no significado das altas e baixas pontuações obtidas em cada uma delas:

**Saúde Geral:**

Pontuação ↓ - Percepção individual da saúde actual como fraca e susceptível de se tornar pior.

Pontuação ↑ - Percepção individual da saúde actual como excelente.

**Funcionamento Físico:**

Pontuação ↓ - Grande limitação na realização de todas as actividades físicas, incluindo o tomar banho e o vestir-se.

Pontuação ↑ - Realização de todos os tipos de actividades físicas, incluindo as mais violentas sem limitação devido à saúde física.

**Papel Físico:**

Pontuação ↓ - Problemas no desempenho do trabalho ou outras actividades diárias como consequência da saúde física, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Não existem problemas no desempenho do trabalho ou outras actividades diárias devido à saúde física, nas últimas quatro semanas.

**Papel Emocional:**

Pontuação ↓ - Problemas no desempenho do trabalho ou outras actividades diárias como consequência de problemas emocionais, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Não existem problemas no desempenho do trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais, nas últimas quatro semanas.

**Funcionamento Social:**

Pontuação ↓ - Interferência frequente e extrema nas actividades sociais normais devido a problemas físicos e emocionais, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Realização normal das actividades sociais sem interferência dos problemas físicos e emocionais, nas últimas quatro semanas.

**Dor Física:**

Pontuação ↓ - Existência de dor extremamente limitante e muito severa, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Não existência de dor, nas últimas quatro semanas.

**Vitalidade:**

Pontuação ↓ - Sensação de cansaço e fadiga, durante o tempo todo, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Sensação de vitalidade e de energia, durante o tempo todo, nas últimas quatro semanas.

**Saúde Mental:**

Pontuação ↓ - Presença de ansiedade e depressão, durante o tempo todo, nas últimas quatro semanas.

Pontuação ↑ - Sentimentos de paz, de felicidade e de calma, durante o tempo todo, nas últimas quatro semanas.

Quanto mais elevado for o valor obtido em cada escala, melhor será a Qualidade de Vida do indivíduo.

## Qualidades Psicométricas

Qualquer instrumento de avaliação da Qualidade de Vida, independentemente do quadro teórico de que emergiu, deverá satisfazer os critérios básicos de avaliação, isto é, as suas qualidades psicométricas:

- Fidelidade relaciona-se com o grau de confiança da receptibilidade dos resultados fornecidos por um dado instrumento, permitindo determinar se este foi construído correctamente.

- Validade pode ser definida como a capacidade do instrumento em medir aquilo que se pretende medir. Neste sentido são normalmente considerados três tipos de validade: a de construto, a de conteúdo e a de critério.

- Sensibilidade tem a ver com a capacidade do teste discriminar os indivíduos segundo o atributo que ele mede, através da análise dos itens.

Deste modo, o Questionário de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (SF-36) é reconhecido como preenchendo correctamente as qualidades psicométricas quer do ponto de vista da fidelidade, quer nos aspectos da validade e sensibilidade.

Como já foi referido, o SF-36 foi criado para alcançar dois objectivos: 1º.) representação de conceitos de saúde multidimensionais; e 2º.) avaliação do conjunto de estados de saúde, incluindo níveis de bem-estar e avaliações pessoais de saúde.

Segundo McHorney, Ware e Raczek (1993), os resultados dos testes psicométricos e clínicos efectuados para avaliar a validade de cada escala do SF-36 como uma medida da dimensão física e mental do estado de saúde, são concordantes uns com os outros. O que permite uma boa base à interpretação das diferenças de pontuação em cada escala, como uma medida dos efeitos de saúde física e/ou mental.

Assim, os resultados indicam que as escalas “**Funcionamento Físico**” e “**Saúde Mental**” apresentam validade convergente e discriminativa e são sensíveis às manifestações clínicas de condições físicas e psiquiátricas.

De acordo com os resultados dos testes psicométricos, a escala de “Funcionamento Físico” é menos válida em testes envolvendo a presença e a gravidade das condições psiquiátricas e a escala de “Saúde Mental” é igualmente menos válida em testes de gravidade das condições físicas. As diferenças encontradas nestas escalas, permitem que a interpretação atribuída a causas físicas ou mentais possa ser feita com um elevado grau de confiança. Assim, tanto a escala de “Funcionamento Físico” como a de “Saúde Mental”, são as que melhor representam as dimensões de saúde física e mental.

No entanto, segundo McHorney, Ware e Raczek (1993), uma avaliação mais abrangente da saúde requer representação mais do que o funcionamento físico e mental, conforme o definido por estas duas escalas. Deste modo, a avaliação deverá fornecer informação sobre aspectos de incapacidade em desempenhos normativos como consequência dos problemas de saúde - “Papel Físico” e “Papel Emocional”. Estas escalas apresentam forte validade convergente e discriminativa relativamente às incapacidades de desempenho com distúrbios físicos versus psiquiátricos. Tanto nos testes psicométricos como nos clínicos, cada uma delas foi fortemente relacionada com uma componente (física ou mental). Assim as diferenças encontradas na escala “Papel Físico” podem ser interpretadas como incapacidade no desempenho associado, mas não inteiramente, aos efeitos de saúde física. Por outro lado, as diferenças nas pontuações da escala “Papel Emocional” podem ser interpretadas como incapacidade de desempenho associada a problemas de saúde mental.

A escala de “Funcionamento Social”, apresenta validade convergente, de moderada a forte, entre testes psicométricos e clínicos, mas uma validade discriminante pobre tanto para as dimensões físicas como mentais. Esta escala para além de se apresentar mais sensível à incapacidade social devido a problemas de saúde mental, é moderadamente sensível ao impacto dos problemas de saúde física. Assim, apesar desta escala relacionar a incapacidade social a atribuições de saúde física e mental, a interpretação das suas pontuações é complexa e as diferenças observadas não podem ser atribuídas com confiança a problemas de saúde física, nem mentais.

A escala de “Vitalidade” apresenta boa validade convergente para efeitos de saúde física e mental tanto em testes psicométricos como clínicos, no entanto apresenta pouca validade discriminativa.

Esta medida subjectiva do bem-estar geral tem por base relacionar ambos os estados de saúde, através das expressões somáticas de doença física e das dificuldades psicológicas. Empiricamente, a interpretação das pontuações desta escala é complexa relativamente às dimensões de saúde, tanto física como mental.

A escala “**Dor Física**” apresenta forte validade convergente no teste factorial de saúde física. Assim, dadas as fracas e baixas associações entre esta escala e os critérios psicométricos e clínicos para a saúde mental, leva a considerar que as diferenças encontradas nela podem ser largamente atribuídas à dimensão física da saúde.

Os resultados de validade convergente relativamente fracos encontrados na escala “**Saúde Geral**” em testes tanto psicométricos como clínicos da componente saúde mental sugere que esta é mais sensível à dimensão de saúde física. Ainda, as diferenças encontradas entre os resultados dos testes psicométricos e clínicos sugere que esta aborda aspectos de saúde física, mas não limita os representados na escala de “**Funcionamento Físico**”. Por conseguinte, a escala de “**Saúde Geral**” é altamente sensível relativamente aos sintomas físicos graves como os de menor gravidade, independentemente de estarem ou não associados a limitações físicas ou a incapacidade.

Resumindo, é necessário uma avaliação multidimensional de saúde para conseguir uma compreensão abrangente do impacto da doença na Qualidade de Vida relacionada com a saúde. Avaliações relativamente puras, tais como as escalas de “**Funcionamento Físico**” e de “**Saúde Mental**”, são altamente sensíveis aos critérios psicométricos e clínicos estudados e permitem interpretações não ambíguas. No entanto, a utilização única destas escalas resulta numa avaliação incompleta da saúde, uma vez que ignoram as variações na incapacidade, avaliações pessoais de saúde, e bem-estar geral. Por conseguinte, apesar da complexidade da interpretação inerente às avaliações das escalas “**Funcionamento Social**”, “**Papel Físico**”, “**Papel Emocional**”, “**Vitalidade**” e “**Saúde Geral**”, são qualidades essenciais a utilizar no sentido de obter uma avaliação abrangente do impacto da doença e/ou tratamento no funcionamento diário e bem-estar dos doentes.

Além do mais, avaliações multidimensionais como o SF-36 são muito importantes, pois a maioria dos doentes, independentemente da sua patologia específica, têm condições múltiplas coexistentes, tanto físicas como mentais.

## Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida: F - 84

### Apresentação do Questionário

#### a) ORIGEM:

No âmbito do projecto do Grupo Português para o estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas (Gru.Po-QDV), foi necessário produzir um questionário que avaliasse a Qualidade de Vida.

Uma vez que, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem em desenvolvimento um projecto de construção de um questionário para avaliar a Qualidade de Vida, com uma filosofia semelhante à do projecto Gru.Po-QDV. Assim, a construção do Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F-84) foi baseada nos mesmos princípios que a OMS assumiu, nomeadamente: “a) Há uma entidade abrangente que se denomina *Qualidade de Vida*; b) pode ser construída uma medida de *Qualidade de Vida*, quantitativa, válida e fiel aplicável a várias populações; c) qualquer factor que afecte a *Qualidade de Vida* influenciará uma larga franja de componentes cobertos pelo instrumento e este pode, entretanto, servir para medir o efeito de intervenções específicas da saúde na *Qualidade de Vida*” (Ribeiro, 1996).

Ainda, segundo a OMS, o instrumento a construir deverá ter uma estrutura modular organizada em cinco grandes domínios, como saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e ambiente, os quais deverão incluir várias facetas que podem variar de cultura para cultura. O instrumento não se destina a medir de modo detalhado sintomas, doenças ou condições *per se*, mas antes o efeito das doenças e da saúde, na Qualidade de Vida. Por conseguinte, a medida deverá refletir a percepção do doente e a Qualidade de Vida avaliada apresenta-se como um perfil (WHOQOL Group, 1993; Ribeiro, 1996).

O instrumento que foi concebido para o *Health Insurance Experiment* (HIE) serviu de base à construção do F-84.

Segundo Ribeiro (1996), o F-84 surgiu em consequência de três passos importantes, tais como:

- 1º.) Adoptaram-se os itens da versão portuguesa do SF-36;
- 2º.) Fez-se uma revisão bibliográfica, onde se identificaram questionários construídos para doenças específicas segundo a filosofia do HIE, questionários destinados a todas as doenças que participam no projecto do Gru.Po-QDV e instrumentos construídos para doenças não integradas no presente estudo;
- 3º.) Adoptou-se a linguagem dos itens seleccionados. Os itens dos questionários específicos de uma doença em que nomeavam o nome da doença foram substituídos pela palavra “doença”.

#### b) DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO:

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F-84) foi adoptado pelo Gru. Po-QDV, com o objectivo de ser aplicado em contextos da saúde, relacionado com uma doença em específico ou com a saúde em geral.

A este questionário foi-lhe sido atribuído o nome de “F-84” por ser constituído por 84 itens, os quais estão integrados em 15 escalas.

No F-84 encontram-se incluídos os itens da versão adaptada pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra do *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), reconhecida pela *Medical Outcomes Trust*. No entanto, não inclui o item 10 que é um dos itens que avalia a escala “Funcionamento Social” juntamente com o item 6. Deste modo, o F-84 tem apenas 35 itens do SF-36.

Além de incluir os itens do SF-36, foram também acrescentados itens relacionados com doenças específicas, nomeadamente com a insuficiência respiratória e o cancro da mama.

A versão definitiva do F-84 só estará completa após o estudo do comportamento dos itens que foram acrescentados, da dimensionalidade do questionário e da análise segundo as recomendações do *Scientific Advisory Committee* (SAC, 1995) do *Medical Outcomes Trust*. Desta forma, com o possível abandono de alguns itens, a versão final do questionário poderá ainda assumir outro nome.

c) APLICAÇÃO E COTAÇÃO:

Segundo *World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument* (WHOQOL) é necessário ter em conta oito directrizes principais ao aplicar o questionário: “1) O projecto de investigação onde se insere o F-84 deverá ser apresentado ao Director de Serviço e, consoante a sua orientação deverá seguir todos os passos necessários para receber autorização de prosseguimento nomeadamente da Comissão Ética da instituição; 2) O consentimento informado é condição essencial para a realização da entrevista; 3) Quando um item não se aplica a um respondente, esse item deve ser riscado; 4) O F-84 será auto-preenchido se os respondentes tiverem suficiente capacidade, caso contrário o entrevistador ajudará o respondente a preencher o questionário; 5) No topo da folha de resposta será indicado pelo entrevistador a) o nível da facilidade que o respondente teve no preenchimento do questionário, b) o nível de ajuda prestado, c) o nível de compreensão percebida pelo entrevistador, que o respondente teve acerca das questões; 6) O entrevistador deverá assegurar-se que o respondente compreendeu a pergunta e explicará por outras palavras quando tal não acontecer; 7) O entrevistador deverá estar atento ao cansaço. Se necessário deverá fazer um intervalo. Se necessário e se possível, poderá completar o questionário em dias diferentes. Caso o respondente esteja tão cansado que ao entrevistador pareça que não está a responder com a atenção devida deverá anular o questionário; 8) Sempre que for possível e se mostrar útil, o respondente com um nível de instrução e literacia elevados poderão levar o questionário para casa e devolvê-lo pessoalmente, enviar por terceiros em envelope fechado, ou enviar pelo correio” (WHOQOL Group, 1993; citado por Barnabé, 1996).

Para se obter o perfil total do indivíduo:

1º.) Converte-se cada escala em percentagem através da seguinte fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{(\text{Valor bruto obtido} - \text{valor mínimo possível})}{\text{Amplitude máxima}} \times 100$$

2º) Soma-se todas as percentagens obtidas e divide-se pelo número total de escalas, obtendo-se deste modo uma percentagem total da Qualidade de Vida do indivíduo.

d) ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO:

O F-84 pode ser interpretado a níveis distintos, mas relacionados:

- Ao nível global;
- Ao nível das escalas do SF-36 e restantes.

## Amostra

### ➡ Seleção da Amostra

No decorrer da questão fundamental que é colocada neste trabalho, “Será que a Qualidade de Vida em indivíduos do sexo feminino com Artrite Reumatóide é diferente da Qualidade de Vida em indivíduos do sexo feminino sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica?”, levou à constituição de dois grupos.

Assim, a amostra deste trabalho é constituída pelo Grupo A (mulheres com Artrite Reumatóide) e pelo Grupo B (mulheres sem doença crónica).

Os indivíduos que constituem o **GRUPO A**, foram seleccionados de uma população constituída por indivíduos com o diagnóstico médico de Artrite Reumatóide, sendo este recolhido nas consultas externas de Reumatologia do Hospital Militar Principal e do Instituto Português de Reumatologia (Lisboa).

Os critérios utilizados para a selecção dos indivíduos que constituem este grupo foram os seguintes:

- Diagnóstico de Artrite Reumatóide realizado pelo médico reumatologista, de acordo com os critérios da *American Rheumatism Association* (ARA) revistos em 1987;
- Diagnóstico de Artrite Reumatóide estabelecido pelo reumatologista há pelo menos 1 ano, de modo a que o momento de adaptação inicial ao diagnóstico tenha sido superado;
- Sexo feminino, uma vez que há uma maior incidência de casos ocorridos neste sexo;
- Idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos;
- Nível de escolaridade igual ou superior ao Ensino Básico, necessário à leitura e compreensão do instrumento;
- Não apresentarem alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico;
- Não se encontrarem hospitalizados, no momento da aplicação do questionário;
- Existência de acordo verbal explícito do indivíduo, autorizando a sua participação no estudo.

O **GRUPO B** constituído por indivíduos sem Artrite Reumatóide e sem outra doença crónica, foi recolhido nas consultas de planeamento familiar no Hospital Santo António (Porto) e no Centro Paroquial de Paço d'Arcos (Lisboa).

Os critérios de inclusão destes indivíduos foram os mesmos utilizados no Grupo A, com excepção dos dois primeiros critérios.

Assim, procurou-se que os dois grupos se encontrassem equiparados ao nível do sexo e da idade.

### ➔ Caracterização da Amostra

O **Grupo A** é constituído por 30 mulheres com Artrite Reumatóide, cujas idades são compreendidas entre os 25 e os 65 anos e com tempo de diagnóstico da doença de 1 a 20 anos. O nível de escolaridade varia entre o ensino básico e o ensino médio/superior.

O **Grupo B** é constituído por 30 mulheres sem doença crónica, cujas idades são compreendidas entre os 25 e os 65 anos e com um nível de escolaridade que varia entre o ensino básico e o ensino médio/superior.

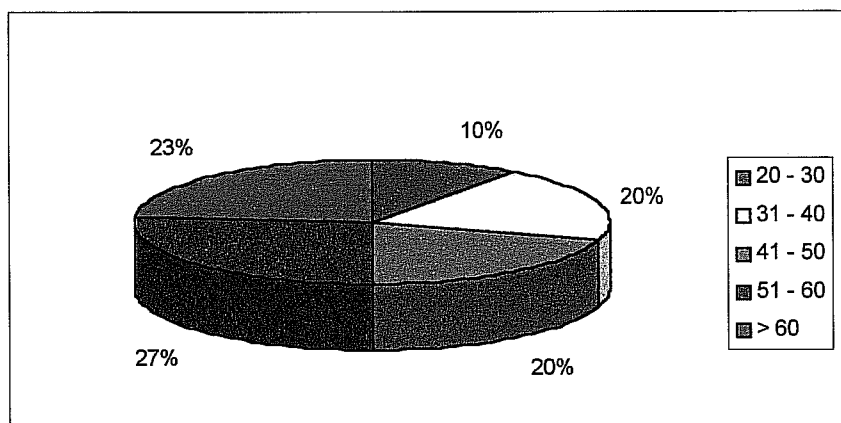
Para uma melhor caracterização desta amostra, são apresentados de seguida vários quadros e gráficos respeitantes às características individuais, dos dois grupos.

Assim, em primeiro lugar, são apresentados os quadros e gráficos referentes ao **Grupo A** no que diz respeito à idade, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, nº de filhos, duração e gravidade da doença, e tratamento. Em segundo lugar, são apresentados os quadros e gráficos referentes ao **Grupo B**, somente no que diz respeito à idade, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional e nº. de filhos.

**QUADRO I****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide por Grupos Etários**

GRUPOS ETÁRIOS	N
20 - 30	3
31 - 40	6
41 - 50	6
51 - 60	8
≥ 61	7
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



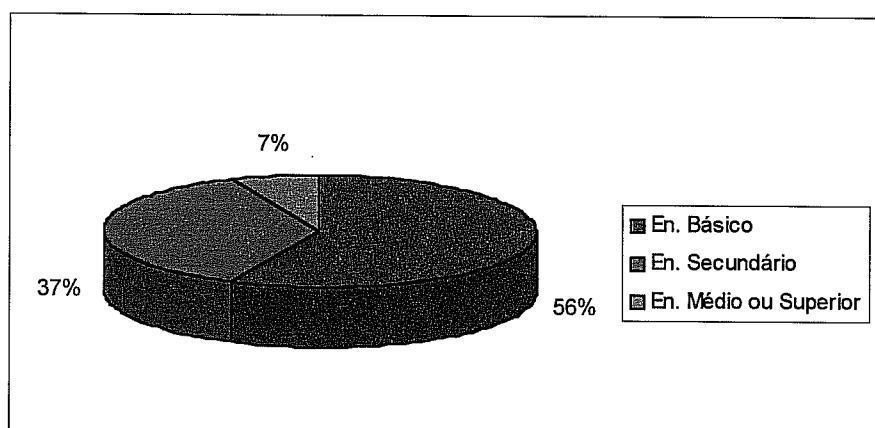
**Gráfico 1: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide por Grupos Etários.**

⇒ Nas mulheres com Artrite Reumatóide, o grupo mais representativo é o correspondente ao grupo etário dos 51 aos 60 anos (27%), seguindo-se o grupo com mais de 61 anos (23%). Os grupos dos 31 aos 40 e dos 41 aos 50 têm uma representatividade de 20%.

**QUADRO II****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Nível de Escolaridade**

ESCOLARIDADE	N
Ensino Básico (1 - 6 anos)	17
Ensino Secundário (7 - 12 anos)	11
Ensino Médio ou Superior ( $\geq 13$ anos)	2
Total	30

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



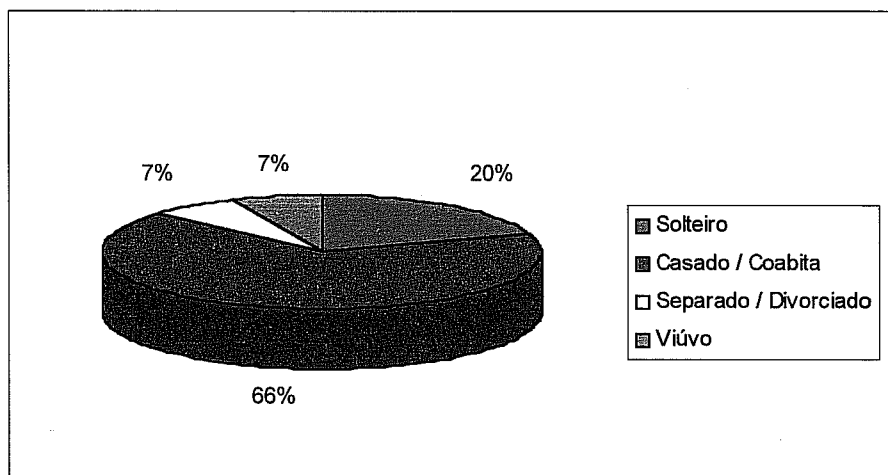
**Gráfico 2: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Nível de Escolaridade.**

⇒ Através deste gráfico, observa-se que mais de metade das mulheres com Artrite Reumatóide têm como nível de escolaridade o ensino básico (57%), seguindo-se o ensino secundário (33%) e por fim o ensino médio ou superior (10%).

**QUADRO III****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Estado Civil**

ESTADO CIVIL	N
Solteiro	6
Casado/Coabita	20
Separado/Divorciado	2
Viúvo	2
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados no seguinte gráfico:



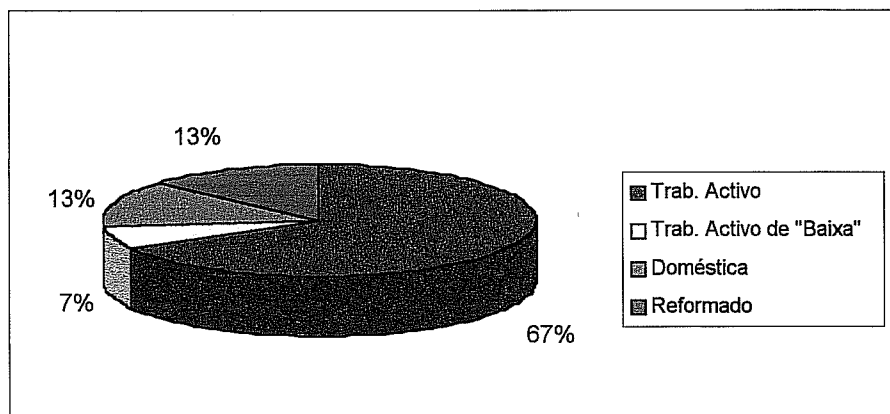
**Gráfico 3: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Estado Civil.**

⇒ Neste grupo 66% das mulheres são casadas, 20% são solteiras. As frequências menos elevadas revertem para o estado separado/divorciado e viúvo com apenas 7% das mulheres.

**QUADRO IV****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide por Situação Profissional**

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N
Trabalhador Activo	20
Trabalhador Activo de "Baixa"	2
Doméstica	4
Reformado	4
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados no seguinte gráfico:



**Gráfico 4: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pela Situação Profissional**

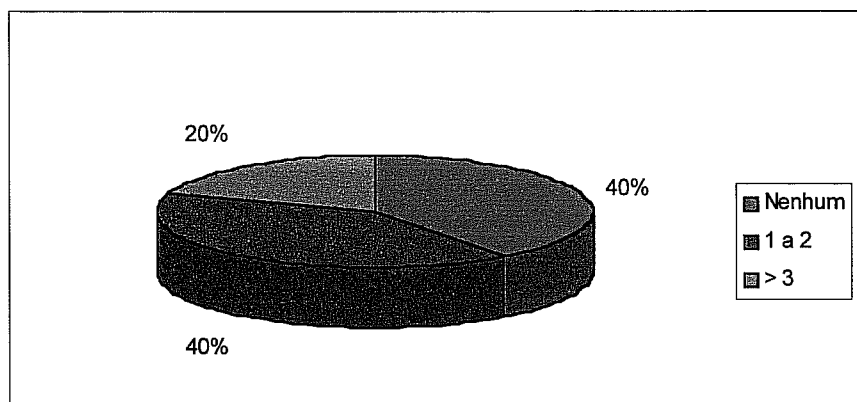
⇒ A partir deste gráfico, pode-se constatar que a frequência mais elevada, relativamente à situação profissional, reverte para o item "Trabalhador Activo" (67%), seguindo-se em igual frequência (13%) os itens "Doméstica" e "Reformado".

**QUADRO V**

**Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelo N°. de Filhos**

Nº DE FILHOS	N
Nenhum	12
1 - 2	12
≥ 3	6
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



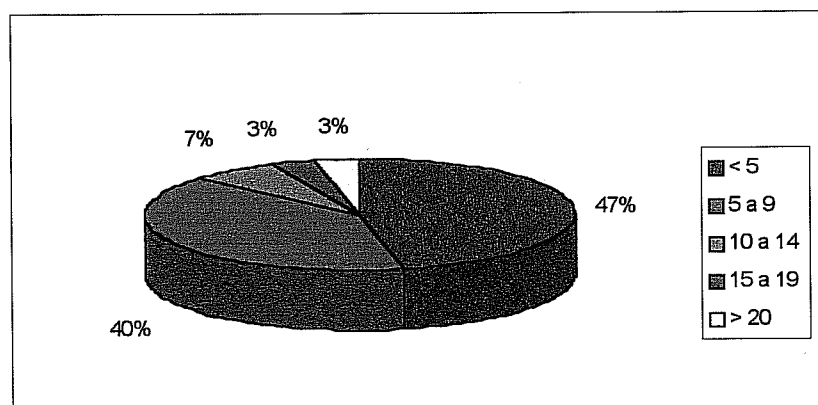
**Gráfico 5: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelo N°. de Filhos.**

⇒ Neste grupo, os itens “nenhum filho” e “1 a 2 filhos” têm uma representatividade de 40%. A frequência menos elevada reverte para o item “maior ou igual a 3 filhos” com apenas 20 % das mulheres com Artrite Reumatóide.

**QUADRO VI****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelos Anos de Duração da Doença**

DURAÇÃO DA DOENÇA	N
< 5	14
5 - 9	12
10 - 14	2
15 - 19	1
≥ 20	1
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



**Gráfico 6: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelos Anos de Duração da Doença.**

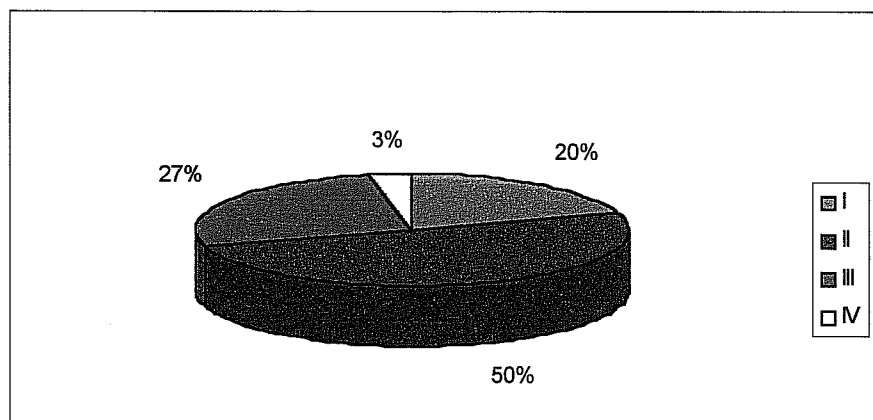
⇒ Como se pode observar no gráfico, o grupo mais representativo é o grupo correspondente ao grupo com um número de anos de duração da doença inferior a 5 anos (47%), seguindo-se o grupo dos 5 aos 9 anos de duração da doença (40%), o grupo dos 10 aos 14 anos (7%), e por fim os grupos dos 15 aos 19 e maior ou igual a 20 anos com uma representatividade de 3%.

**QUADRO VII**

**Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Grau de Gravidade da Doença  
(segundo a Classificação de Steinbroker)**

GRAVIDADE DA DOENÇA	N
I	6
II	15
III	8
IV	1
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



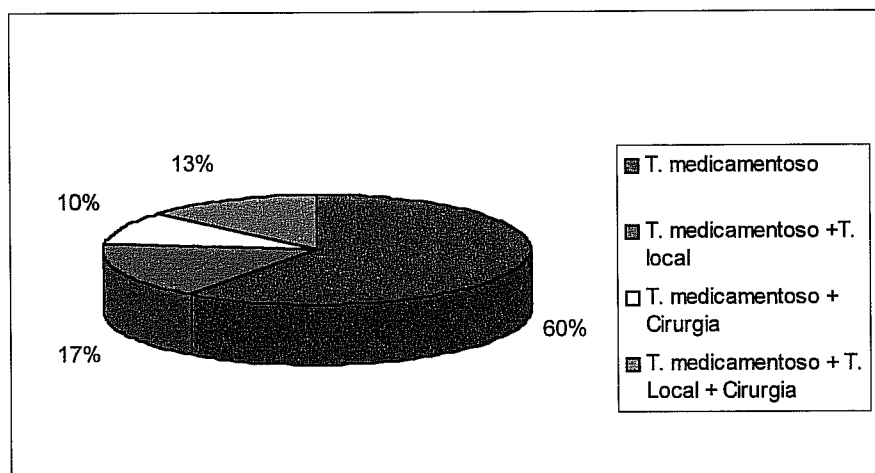
**Gráfico 7: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Grau de Gravidade da Doença.**

⇒ Neste grupo, a Classe II abrange 50% das mulheres, seguida da Classe III, com 27%, e da Classe I com 20%, e por último a Classe IV com 3% das mulheres com Artrite Reumatóide.

**QUADRO VIII****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide segundo o Tipo de Tratamento**

Tratamento	N
Tratamento Medicamentoso	18
Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local	5
Tratamento Medicamentoso + Cirurgia	3
Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local + Cirurgia	4
<b>Total</b>	<b>30</b>

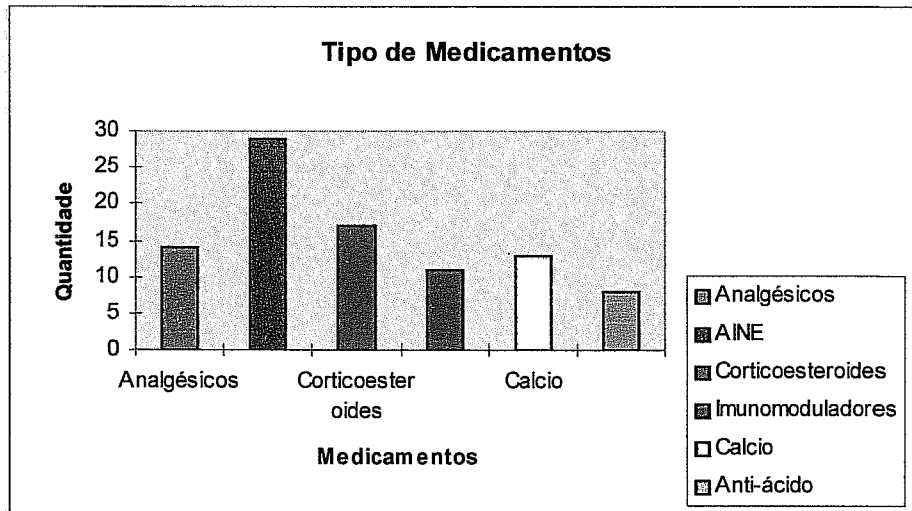
Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



**Gráfico 8: Distribuição em percentagem das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Tipo de Tratamento.**

⇒ Neste grupo, o tratamento da Artrite Reumatóide mais frequente é o Tratamento Medicamentoso com 60%, seguindo-se o Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local (infiltrações intra-articulares) com 17%, o Tratamento Medicamentoso + Cirurgia com 13%, e por último o Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local + Cirurgia.

☞ Em virtude do Tratamento Medicamentoso ser o tratamento mais frequente nas mulheres com Artrite Reumatóide, torna-se pertinente averiguar qual o medicamento mais utilizado neste grupo (Gráfico 8A).



**Gráfico 8A: Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide pelo Tratamento Medicamentoso.**

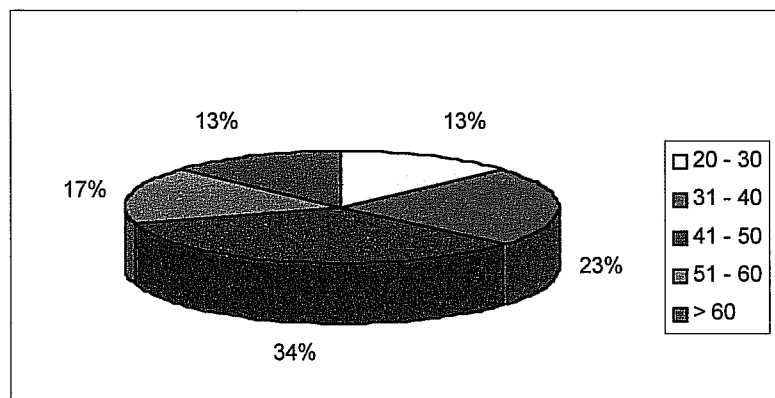
☞ Através do gráfico, pode-se constatar que os medicamentos mais utilizados neste grupo de mulheres com Artrite Reumatóide, são os anti-inflamatórios não esteróides (AINE), seguindo-se os corticoesteróides, os analgésicos, os imunomoduladores (ex: sais de ouro ou metotrexato), o cálcio, e por fim os anti-ácidos.

Passa-se à caracterização do Grupo B (mulheres sem doença crónica), através dos seguintes quadros e gráficos:

**QUADRO IX**  
**Distribuição das mulheres sem doença crónica por Grupos Etários**

GRUPOS ETÁRIOS	N
20 - 30	4
31 - 40	7
41 - 50	10
51 - 60	5
> 60	4
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



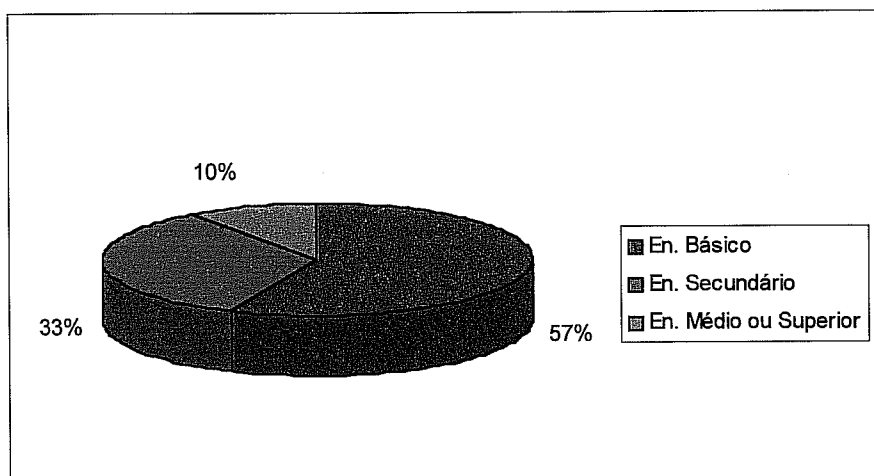
**Gráfico 9: Distribuição em percentagem das mulheres sem doença crónica por Grupos Etários.**

⇒ O grupo etário de maior destaque é o grupo dos 41 aos 50 anos de idade, o qual corresponde a 34% da amostra, seguindo-se o grupo dos 31 aos 40 anos com 23% e o grupo dos 51 aos 60 anos com 17%. Tanto, o grupo dos 20 aos 30 anos, como o grupo com idades superiores aos 60 anos, têm apenas uma representatividade de 13 %, nas mulheres sem doença crónica.

**QUADRO X****Distribuição das mulheres sem doença crónica pelo Nível de Escolaridade**

<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>
Ensino Básico (1 - 6 anos)	17
Ensino Secundário (7 - 12 anos)	10
Ensino Médio ou Superior (13 ou + anos)	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



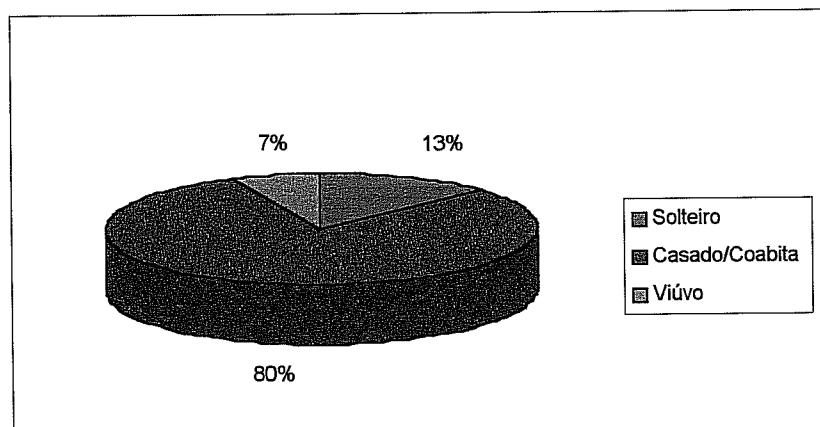
**Gráfico 10: Distribuição em percentagem das mulheres sem doença crónica pelo Nível de Escolaridade.**

⇒ A maior percentagem das mulheres sem doença crónica (57%), têm como nível de escolaridade o Ensino Básico, seguindo-se o Ensino Secundário (33%). Apenas 10% destas mulheres possuem um nível de escolaridade do Ensino Médio ou Superior.

**QUADRO XI****Distribuição das mulheres sem doença crónica pelo Estado Civil**

ESTADO CIVIL	N
Solteiro	4
Casado/coabita	24
Separado/divorciado	0
Viúvo	2
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



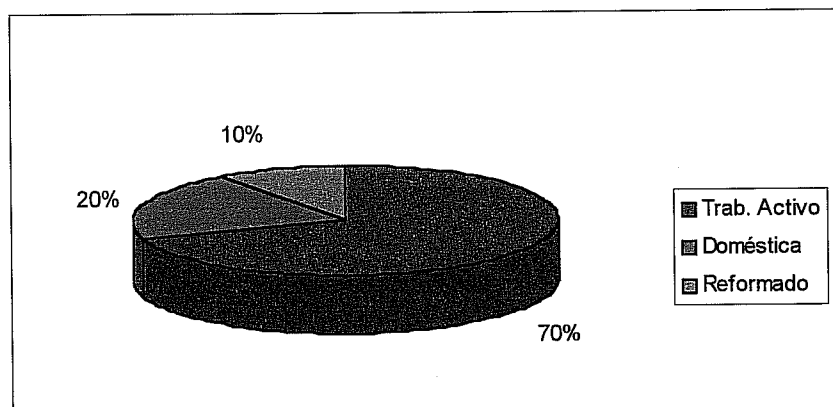
**Gráfico 11: Distribuição em percentagem das mulheres sem doença crónica pelo Estado Civil**

⇒ Neste grupo, 80% das mulheres sem doença crónica são casadas, 13% são solteiras e 7% são viúvas.

**QUADRO XII****Distribuição das mulheres sem doença crónica pela Situação Profissional**

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N
Trabalhador Activo	21
Trabalhador Activo de "Baixa"	0
Doméstica	6
Reformada	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



**Gráfico12: Distribuição em percentagem das mulheres sem doença crónica pela Situação Profissional.**

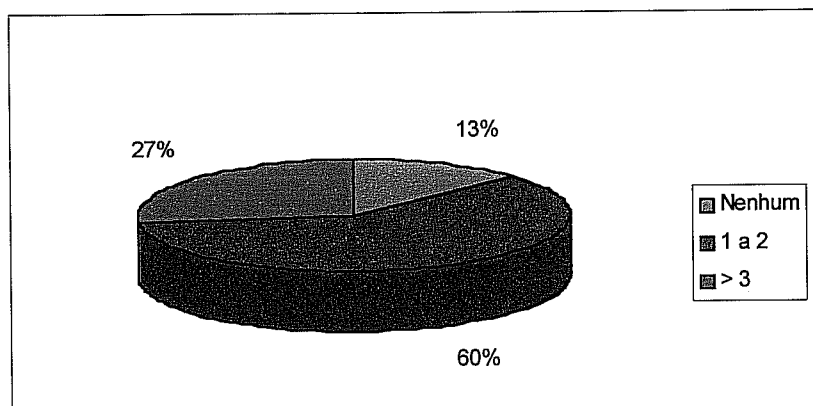
⇒ Como pode-se observar no gráfico, mais de metade das mulheres sem doença crónica (70%) encontram-se numa situação profissional activa, 20 % são domésticas, enquanto 10% das mulheres são reformadas.

**QUADRO XIII**

**Distribuição das mulheres sem doença crónica pelo N.º. de Filhos**

N.º FILHOS	N
Nenhum	4
1 - 2	18
$\geq 3$	8
<b>Total</b>	<b>30</b>

Estes dados podem ser melhor visualizados pelo seguinte gráfico:



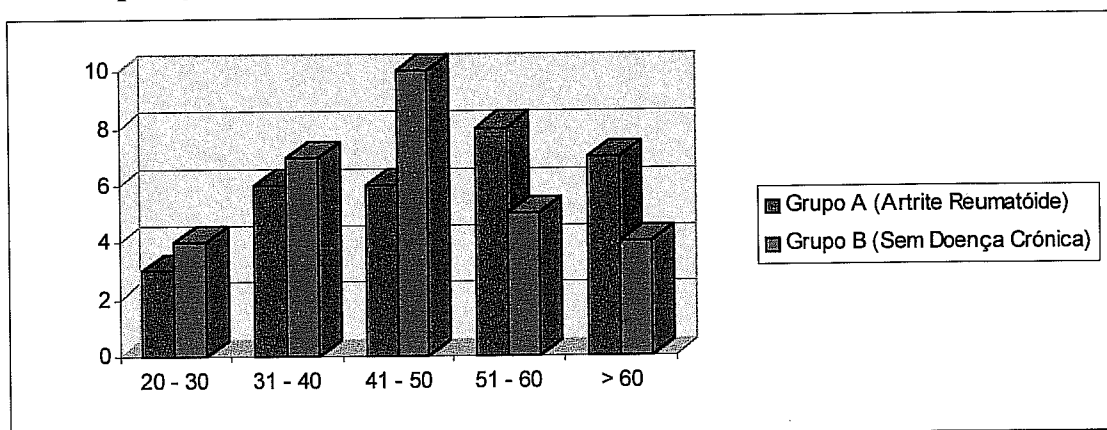
**Gráfico 13: Distribuição em percentagem das mulheres sem doença crónica pelo N.º. de Filhos.**

⇒ A partir deste gráfico, pode-se constatar que a frequência mais elevada, relativamente ao N.º. de Filhos, reverte para o grupo de 1 a 2 (60%), seguindo-se o grupo com um n.º. maior ou igual a 3 filhos (27%). A frequência menos elevada reverte para mulheres sem filhos (13%).

Em síntese, apresenta-se uma comparação das variáveis demográficas comuns em ambos os grupos, através dos seguintes gráficos:

**GRÁFICO 14**

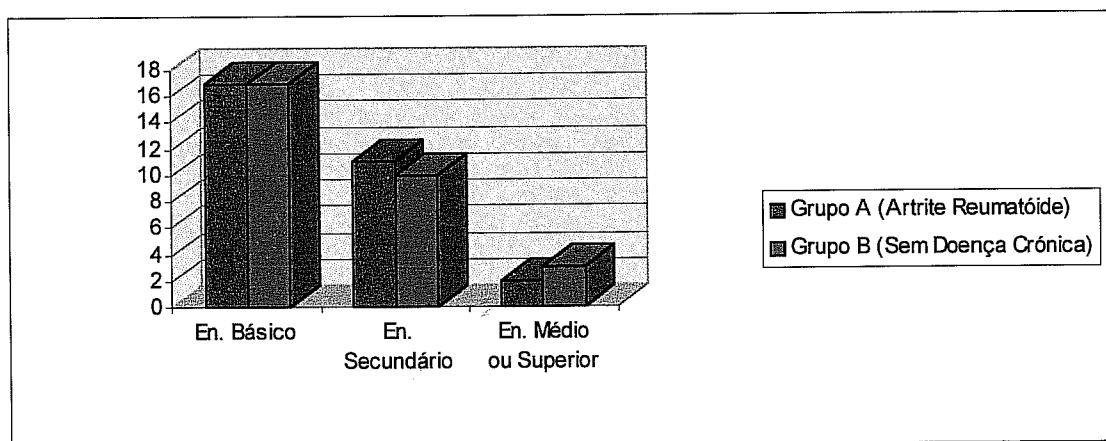
**Comparação entre os grupos A e B relativamente aos Grupos Etários**



→ No Grupo das mulheres com **Artrite Reumatóide**, a maior frequência situa-se entre os 51 e os 60 anos; enquanto no Grupo das mulheres **sem doença crónica**, situa-se entre os 41 e os 50 anos.

**GRÁFICO 15**

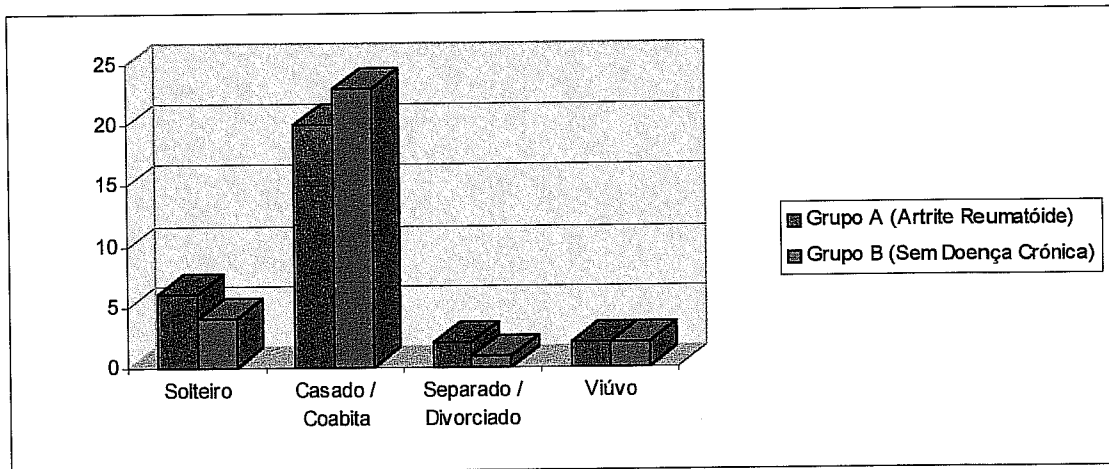
**Comparação entre os grupos A e B relativamente ao Nível de Escolaridade**



→ Tanto no Grupo das mulheres com **Artrite Reumatóide** como no das mulheres **sem doença crónica**, a maior frequência situa-se no **Ensino Básico (1 - 6 anos de escolaridade)**.

**GRÁFICO 16**

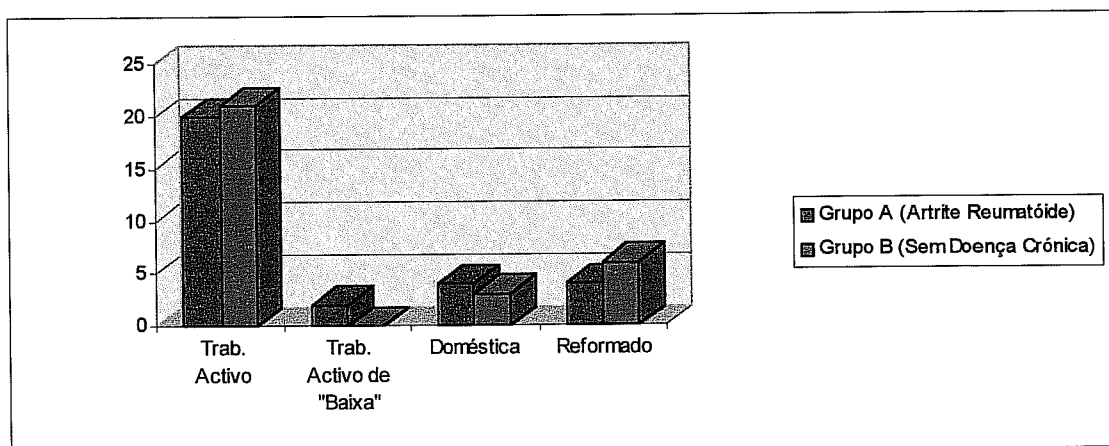
Comparação entre os grupos A e B relativamente ao Estado Civil



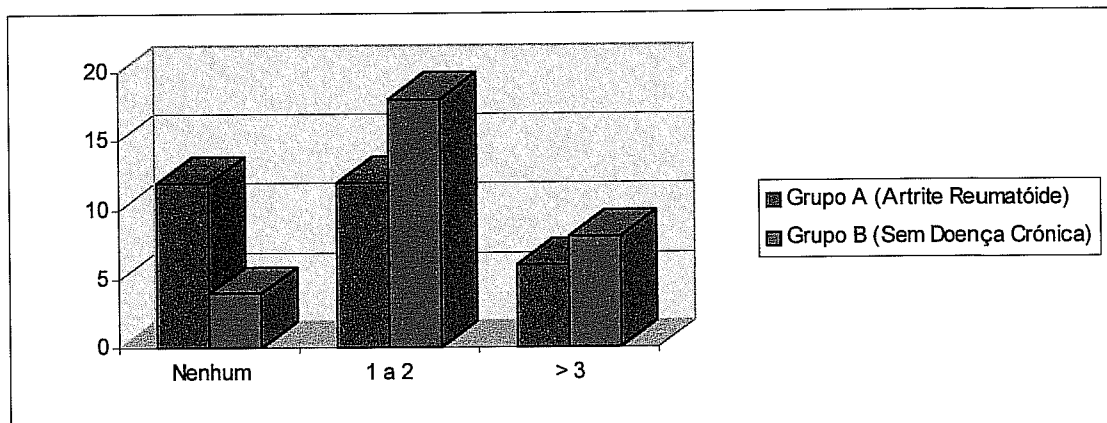
→ O estado **casado/coabita** é o mais prevalente quer no Grupo das mulheres com **Artrite Reumatóide**, quer no Grupo das mulheres sem **doença crónica**.

**GRÁFICO 17**

Comparação entre os grupos A e B relativamente à Sit. Profissional



→ A situação profissional mais frequente é "**Trabalhador Activo**", tanto no Grupo das mulheres com **Artrite Reumatóide** como no Grupo das mulheres sem **doença crónica**.

**GRÁFICO 18****Comparação entre os grupos A e B relativamente ao N.º. de Filhos**

→ No Grupo das mulheres com **Artrite Reumatóide**, o item mais predominante é “**nenhum filho**”, enquanto no Grupo das mulheres **sem doença crónica** é de “**1 a 2 filhos**”.

## Procedimento

A recolha dos dois grupos que compõem a amostra, foi efectuada em contextos diferentes.

O Grupo A, constituído por mulheres com Artrite Reumatóide, foi recolhido nas consultas externas de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia e do Hospital Militar Principal, em Lisboa. Todas as mulheres que constituem este grupo foram enviadas pelo médico reumatologista que lhes explicou sumariamente os objectivos, pedindo-lhes a sua colaboração, que em caso algum foi recusada.

O Grupo B, composto por mulheres sem doença crónica, foi recolhido no Centro Paroquial de Paço d'Arcos (Lisboa) e nas consultas de Planeamento Familiar do Hospital Geral Santo António, no Porto.

Foi dado a conhecer a cada uma das mulheres dos dois grupos, que se tratava de um trabalho de investigação com o objectivo de avaliar a Qualidade de Vida e ao mesmo tempo foi-lhes garantido sigilo e anonimato relativo a todas as informações prestadas.

A técnica de recolha de dados efectou-se num único momento de avaliação e num espaço adequado às exigências de uma entrevista clínica.

Inicialmente, foram submetidas a uma entrevista não directiva, aplicando-lhes, em seguida os Questionários de avaliação da Qualidade de Vida: O "F-84" para o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide e o "SF-36" para o Grupo das mulheres sem doença crónica

Tanto a ordem de aplicação dos instrumentos como as instruções destes, foram mantidas constantes para todos os indivíduos deste trabalho.

Em todos os casos, assegurou-se a boa compreensão da instrução de cada instrumento por parte dos indivíduos. Estes preencheram sózinhos os questionários, à excepção de três ou quatro mulheres com um certo grau de gravidade da Artrite Reumatóide, no entanto foi-lhes dito, que caso surgisse alguma dúvida, poderiam perguntar.

## Tratamento Estatístico

Após a passagem dos Questionários de avaliação da Qualidade de Vida “F - 84” e “SF-36” a todas as mulheres constituintes dos dois grupos A e B, respectivamente, procedeu-se às respectivas cotações, e ao tratamento da sua informação.

Depois de cotadas todas as respostas dos questionários aplicados, criou-se algumas folhas de cálculo EXCEL, de forma a ser permitida as suas importações para o Programa STATÍSTICA.

Assim, dos vários dados, uns foram submetidos a tratamento estatístico de forma manual e outros de forma automatizada (Programa *Statistica for Windows*).

Em função dos objectivos que este trabalho de investigação pretende atingir, como sejam, caracterizar a Qualidade de Vida em mulheres com Artrite Reumatóide, identificar variáveis que influenciam a Qualidade de Vida, e comparar a Qualidade de Vida de mulheres com Artrite Reumatóide com a de mulheres sem doença crónica”. E tendo em conta, a dimensão dos grupos, os níveis de medida das variáveis e da sua distribuição, foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- Teste de Mann-Withney
- Teste de Kruskal-Wallis
- Teste T- Student
- Teste  $\chi^2$
- Coeficiente de Correlação de Spearman
- Coeficiente de Correlação de Pearson

O nível de significância utilizado foi de 0.05 (sendo  $\rho$  a probabilidade dos resultados encontrados serem devidos ao acaso).

Além destes testes estatísticos, foi também utilizada a análise exploratória de dados para descrever algumas características das escalas incluídas nos questionários.

As estatísticas descritivas habitualmente utilizadas são a média, que indica o desempenho médio do grupo em relação a determinada variável e o desvio padrão, que indica o índice de dispersão de um conjunto de resultados, isto é, se os resultados estão mais próximos uns dos outros e agrupados à volta da média ou se estão dispersos, abrangendo um vasto espectro de resultados.

Finalmente refira-se que, a escolha de cada teste estatístico seguiu as instruções habitualmente indicadas nos manuais de estatística aplicada às ciências humanas.

## CAPÍTULO 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Apresentação e Análise dos Resultados**

Os objectivos do estudo radicam-se, fundamentalmente, no estudo da Qualidade de Vida em mulheres com Artrite Reumatóide e dentro deste quadro procura-se averiguar se há diferenças na Qualidade de Vida, conforme se trata de mulheres com Artrite Reumatóide (Grupo A) ou mulheres sem doença crónica (Grupo B).

Assim, nesta perspectiva, torna-se importante determinar, sempre que sejam encontradas diferenças significativas, em que domínios essas diferenças se verifiquem e o sentido dessas mesmas diferenças. Para verificação da significância dessas diferenças, são utilizadas algumas provas estatísticas, já anteriormente referenciadas.

Ainda, numa análise descritiva dos resultados obtidos nos Questionários de avaliação da Qualidade de Vida (F-84 e SF-36) é pertinente calcular as médias aritméticas, quer em cada escala, quer no resultado global do questionário (F-84).

No entanto, antes de se passar à análise, são apresentados os resultados obtidos nos instrumentos de investigação escolhidos.

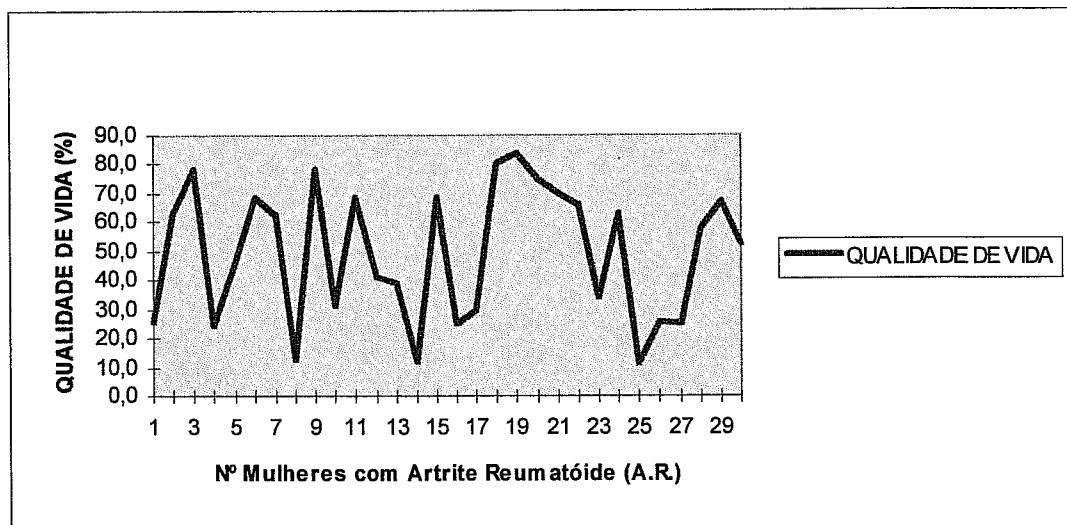
Deste modo, relativamente ao Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F-84), os resultados obtidos pelas mulheres com Artrite Reumatóide, na Qualidade de Vida total, foram os seguintes (Quadro XIV) :

**QUADRO XIV**

Valores da Qualidade de Vida Total nas mulheres com Artrite Reumatóide

Nº	QUALIDADE DE VIDA TOTAL (%)
1	25,9
2	63
3	77,9
4	24,5
5	46,4
6	68,6
7	62,4
8	12,2
9	78,1
10	31,2
11	68,3
12	41,1
13	38,5
14	11,8
15	68,7
16	24,8
17	29,5
18	80,5
19	83,5
20	75,1
21	69,9
22	65,7
23	33,8
24	62,7
25	11,3
26	25,8
27	25,1
28	58,4
29	67,3
30	52,4

Estes valores podem ser melhor visualizados no seguinte gráfico:



**Gráfico 19: Distribuição dos valores da Qualidade de Vida Total nas mulheres com Artrite Reumatóide.**

⇒ Pode-se verificar através do gráfico, que as 30 mulheres obtiveram valores de Qualidade de Vida Total entre 11,3% e 83,5%, quando submetidas ao Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F - 84).

Este questionário inclui várias escalas, como:

- ⇒ Saúde Geral;
- ⇒ Funcionamento Físico;
- ⇒ Papel Físico;
- ⇒ Papel Emocional;
- ⇒ Funcionamento Social;
- ⇒ Dor Física;
- ⇒ Vitalidade;
- ⇒ Saúde Mental.

Os valores obtidos em cada uma delas, foram os seguintes:

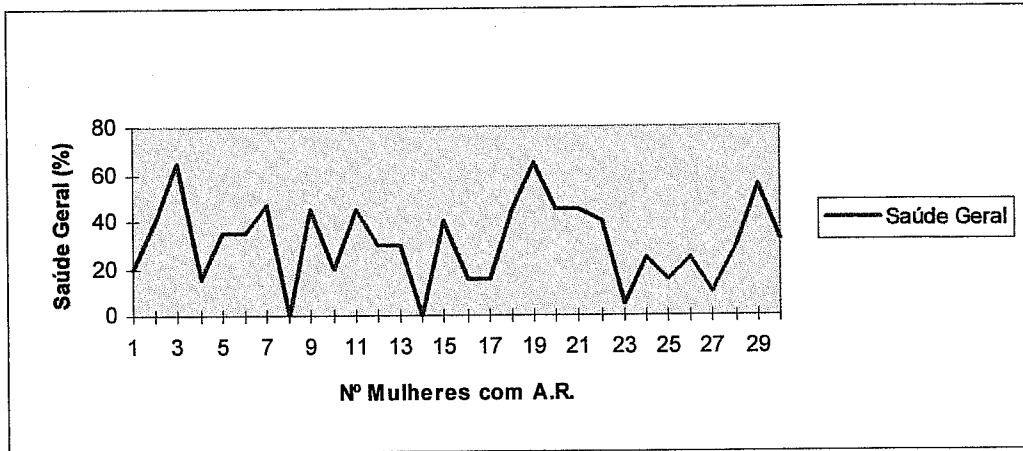
**QUADRO XV**Valores obtidos nas escalas de Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide

Nº	Saúde Geral	Func. Físico	Papel Físico	Papel Emocional	Func. Social	Dor Física	Vitalidade	Saúde Mental
1	20	5	0	0	50	31	20	36
2	40	70	75	100	100	74	65	68
3	65	100	100	100	50	41	55	72
4	15	0	0	0	25	22	15	40
5	35	20	0	100	50	22	25	68
6	35	65	0	100	100	31	60	100
7	47	100	100	100	100	62	55	88
8	0	0	0	0	25	12	20	16
9	45	95	100	100	100	84	60	84
10	20	5	50	66,7	75	22	20	52
11	45	80	0	100	100	62	60	84
12	30	25	0	100	100	22	20	72
13	30	25	0	100	75	0	40	52
14	0	0	0	0	25	22	0	24
15	40	55	0	100	100	62	50	92
16	15	0	0	0	25	22	15	40
17	15	25	0	0	50	22	10	40
18	45	85	100	100	100	74	50	84
19	65	100	100	100	50	62	65	76
20	45	95	100	100	75	74	60	84
21	45	65	50	100	100	84	65	84
22	40	60	50	100	75	51	50	80
23	5	45	0	66,7	50	22	20	44
24	25	55	100	100	100	74	50	76
25	15	0	0	0	0	0	0	20
26	25	10	0	0	25	22	30	36
27	10	45	0	0	25	31	30	16
28	30	55	50	100	50	52	40	68
29	55	70	75	100	75	62	50	72
30	32	75	100	0	50	84	20	24

Seguidamente, são apresentados gráficos, para uma melhor visualização dos valores obtidos em cada escala:

**GRÁFICO 20**

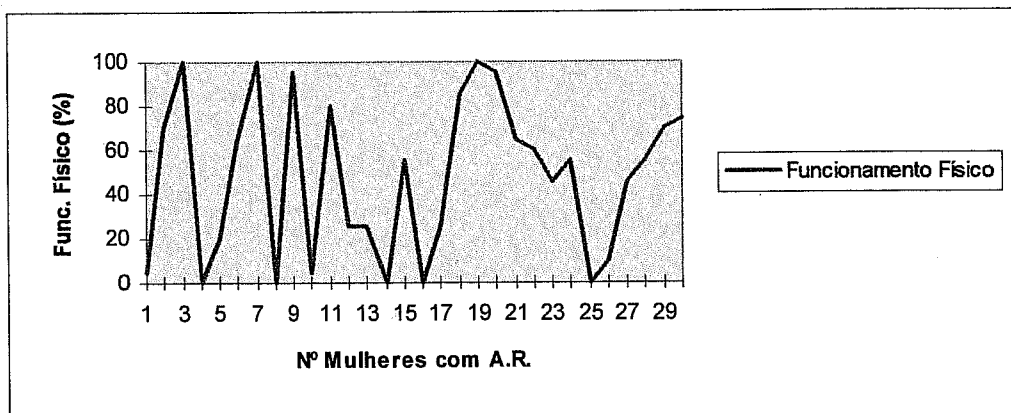
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Saúde Geral** nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Neste gráfico pode-se observar, que as mulheres com Artrite Reumatóide obtêm valores de Saúde Geral entre os 0% e os 65%.

**GRÁFICO 21**

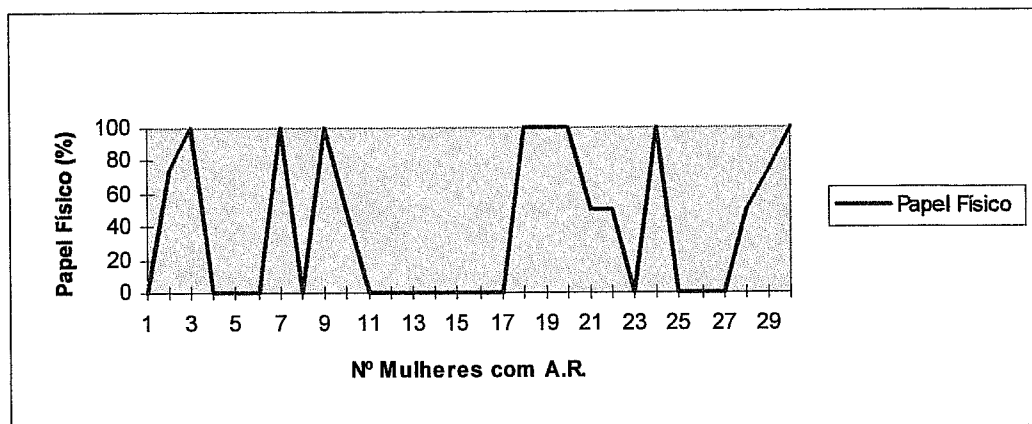
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Funcionamento Físico** nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Através do gráfico pode-se verificar que as 30 mulheres com Artrite Reumatóide obtiveram valores de Funcionamento Físico que variam entre o mínimo de 0% e o máximo de 100%.

**GRÁFICO 22**

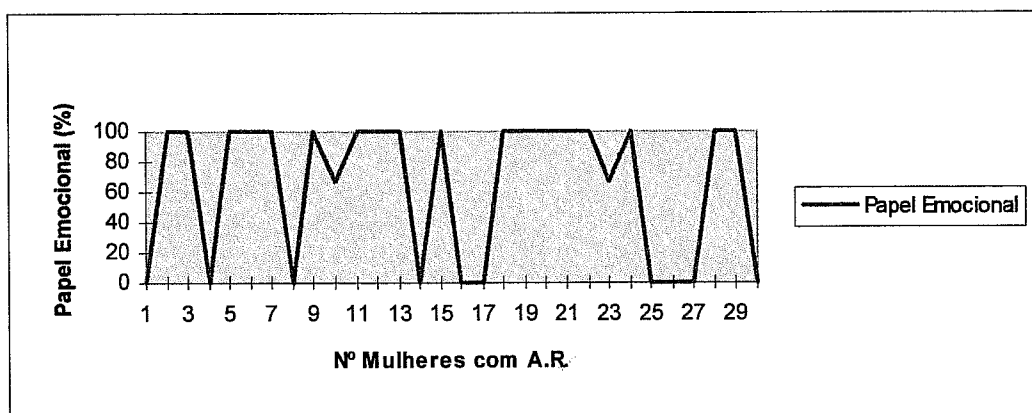
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Papel Físico nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Pode-se observar através deste gráfico que os valores obtidos pelas mulheres com Artrite Reumatóide, na escala Papel Físico variam entre os 0% e os 100%.

**GRÁFICO 23**

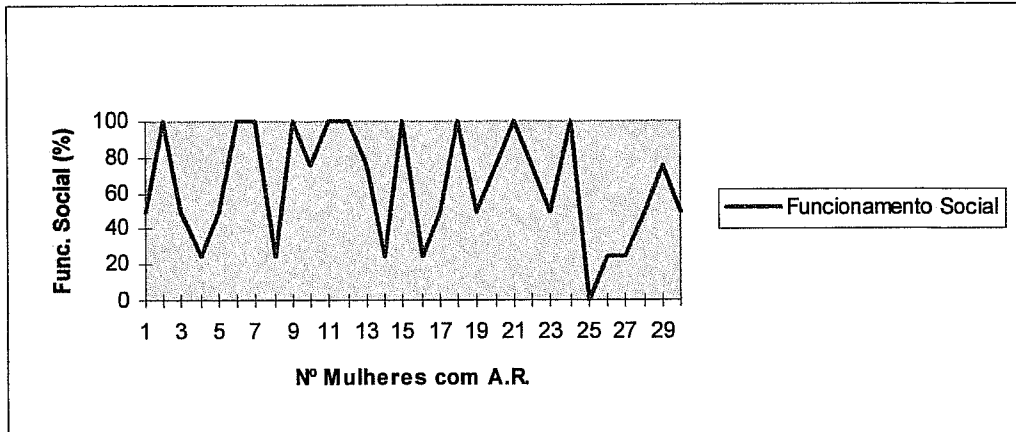
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Papel Emocional nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Neste gráfico, pode-se constatar que os valores de Papel Emocional obtidos no grupo das mulheres com Artrite Reumatóide variam entre os 0% e os 100%.

**GRÁFICO 24**

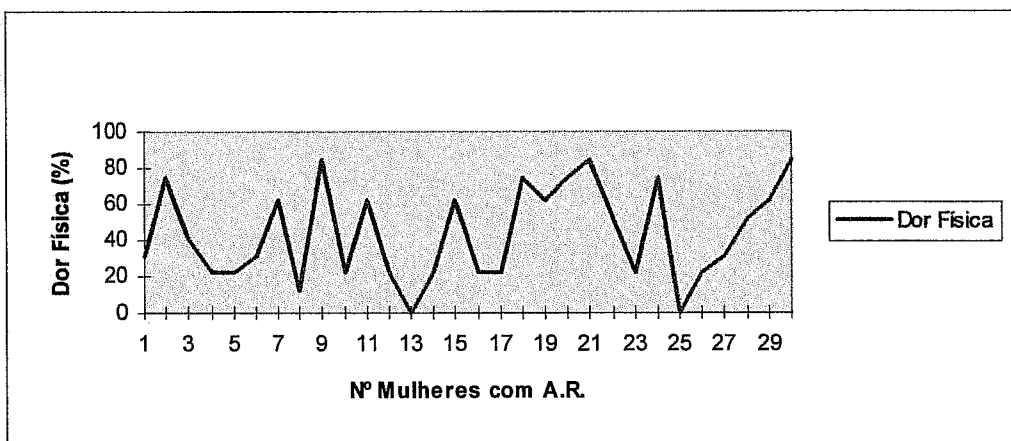
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Funcionamento Social nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Através do gráfico, pode-se verificar que os valores obtidos nesta escala pelas mulheres com Artrite Reumatóide variam entre 0% e os 100%.

**GRÁFICO 25**

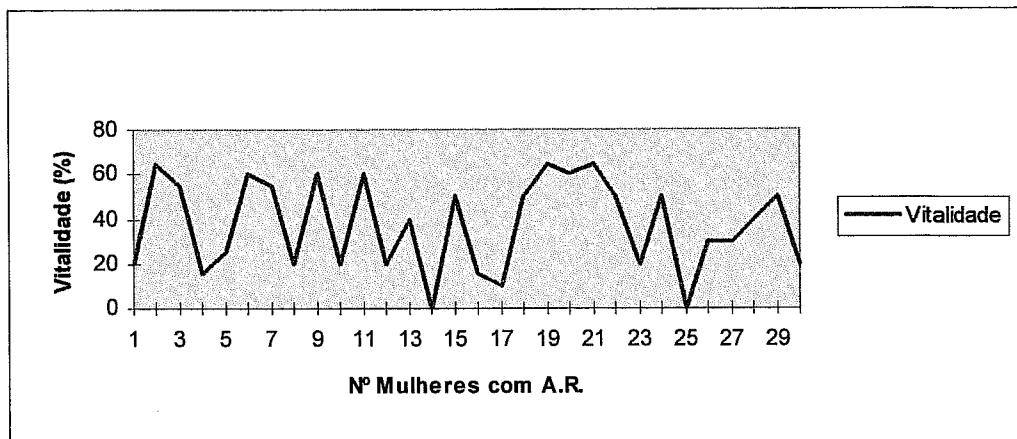
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Dor Física nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ É possível constatar que os valores obtidos na escala Dor Física variam entre um mínimo de 0% e um máximo de 84%, no grupo das mulheres com Artrite Reumatóide.

**GRÁFICO 26**

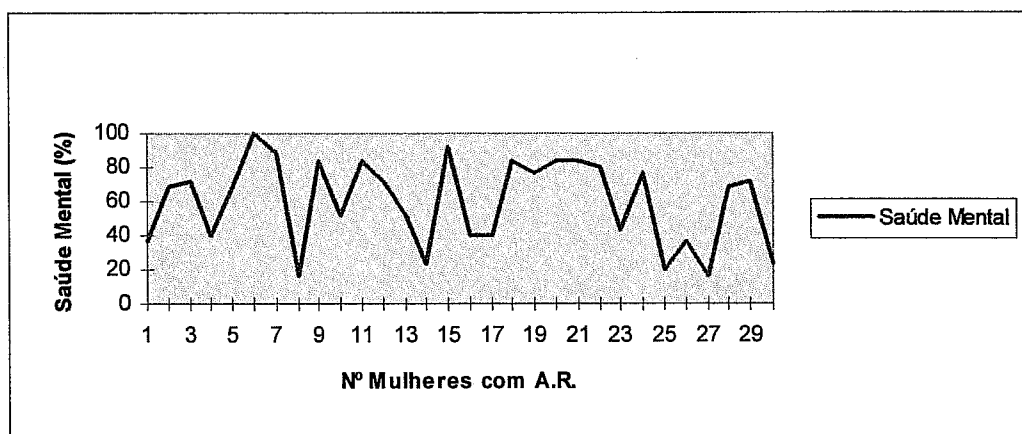
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Vitalidade nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Verifica-se através do presente gráfico, que as 30 mulheres com Artrite Reumatóide obtiveram valores de Vitalidade entre 0% e os 65%.

**GRÁFICO 27**

**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Saúde Mental nas mulheres com Artrite Reumatóide**



⇒ Pode-se observar através deste gráfico, que o valor mais baixo de Saúde Mental é de 16% e o mais elevado de 100%, no grupo das mulheres com Artrite Reumatóide.

Quanto ao Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (SF-36), os resultados obtidos nas escalas de Qualidade de Vida nas mulheres sem doença crónica, foram os seguintes:

### QUADRO XVI

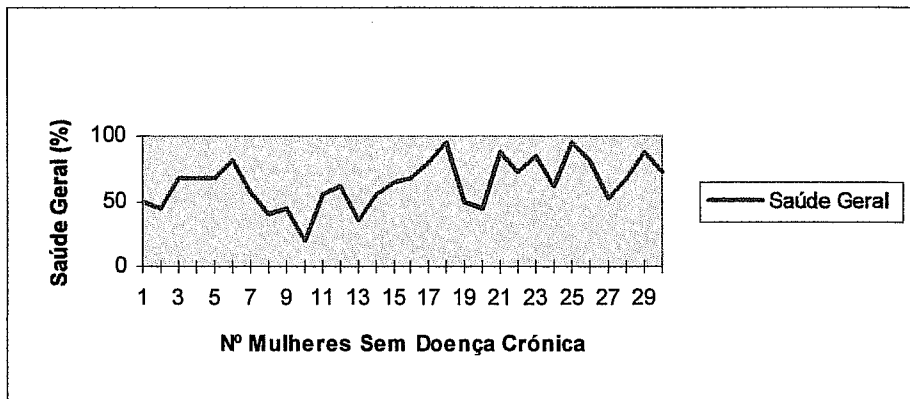
Valores obtidos nas escalas de Qualidade de Vida nas mulheres sem doença crónica

N	Saúde Geral	Func. Físico	Papel Físico	Papel Emocional	Func. Social	Dor Física	Vitalidade	Saúde Mental
1	50	75	100	33,3	50	51	55	64
2	45	95	0	0	25	10	20	32
3	67	90	100	66,7	75	74	45	44
4	67	100	100	33,3	75	84	80	84
5	67	100	100	100	75	72	65	76
6	82	100	100	100	100	100	65	76
7	57	100	100	100	100	84	70	64
8	40	75	100	100	25	22	45	48
9	45	85	50	66,7	100	41	45	40
10	20	15	0	0	100	30	25	32
11	55	30	75	66,7	100	62	35	80
12	62	100	100	100	100	100	100	96
13	35	50	25	33,3	50	41	40	48
14	55	75	50	100	100	84	50	88
15	65	60	0	0	50	0	25	68
16	67	95	75	100	100	22	45	52
17	80	70	100	100	100	61	80	88
18	95	95	100	0	25	100	40	50
19	50	100	100	66,7	100	51	60	60
20	45	65	100	0	75	62	45	36
21	87	85	100	100	100	84	50	36
22	72	100	100	100	100	72	60	80
23	85	85	100	100	100	72	65	76
24	62	85	25	33,3	50	61	35	64
25	95	100	100	100	100	62	90	60
26	82	100	100	100	100	72	75	76
27	52	80	75	0	75	51	50	52
28	67	83,5	100	100	100	72	65	76
29	87	95	100	100	100	84	75	80
30	72	60	100	0	50	51	70	48

Para uma melhor visualização dos valores obtidos em cada escala, são apresentados os seguintes gráficos:

### GRÁFICO 28

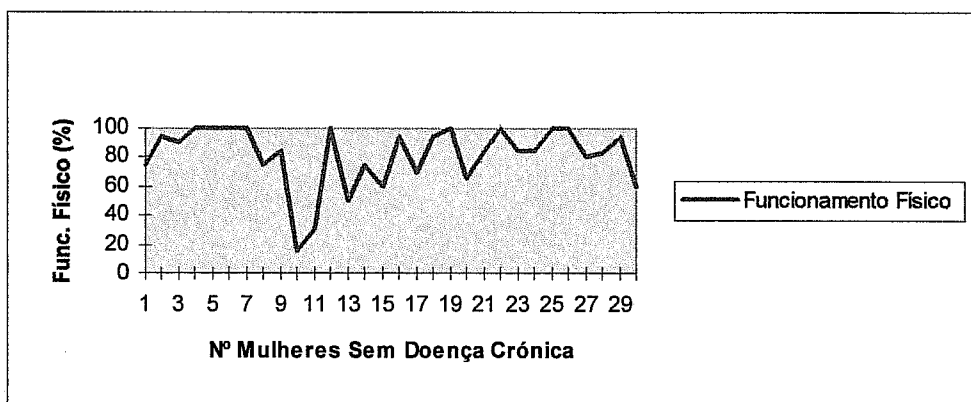
#### Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Saúde Geral** nas mulheres sem doença crónica



⇒ Neste gráfico pode-se observar, que as mulheres sem doença crónica obtém valores de Saúde Geral entre os 20% e os 95%.

### GRÁFICO 29

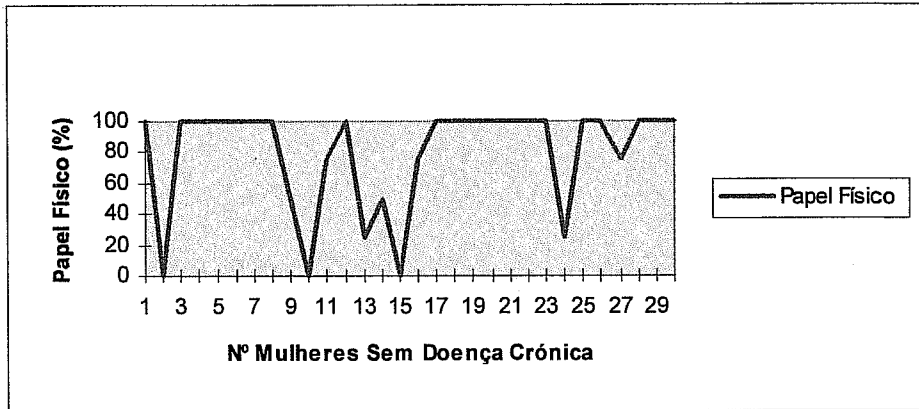
#### Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Funcionamento Físico** nas mulheres sem doença crónica



⇒ Através do gráfico pode-se verificar que as 30 mulheres sem doença crónica obtiveram valores de Funcionamento Físico que variam entre o mínimo de 15% e o máximo de 100%.

**GRÁFICO 30**

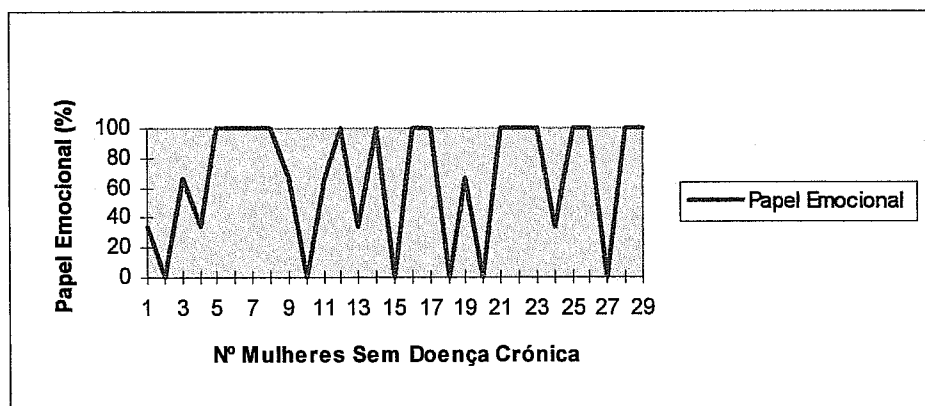
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Papel Físico**  
nas mulheres sem doença crónica**



⇒ Pode-se observar através deste gráfico que os valores obtidos pelas mulheres em doença crónica, na escala Papel Físico variam entre 0% e os 100%

**GRÁFICO 31**

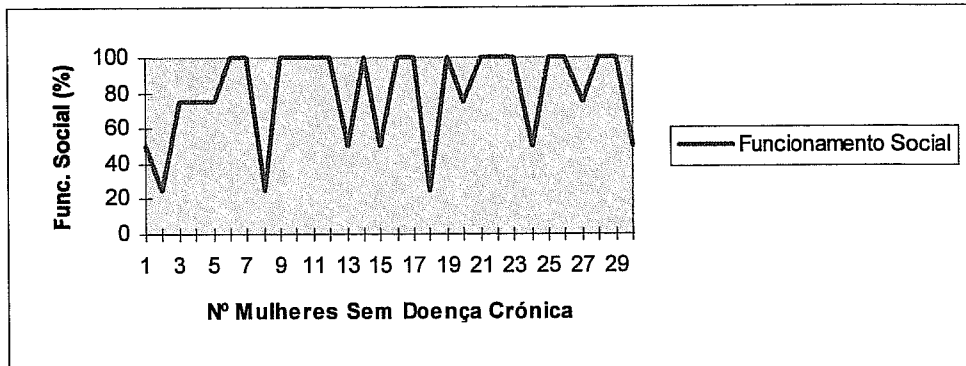
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Papel Emocional**  
nas mulheres sem doença crónica**



⇒ Neste gráfico, pode-se constatar que os valores obtidos no Papel Emocional pelas mulheres sem doença crónica, variam entre 0% e os 100%.

**GRÁFICO 32**

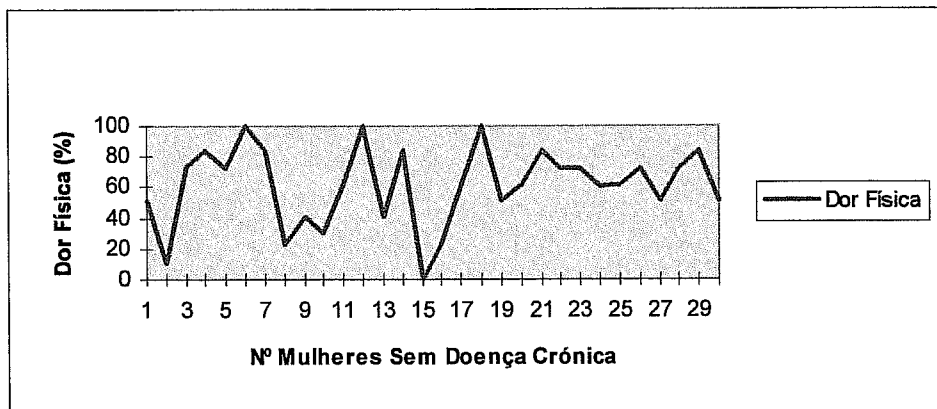
Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Funcionamento Social**  
nas mulheres sem doença crónica



⇒ Através do gráfico, pode-se verificar que os valores obtidos nesta escala variam entre os 25% e os 100%, no grupo das mulheres sem doença crónica.

**GRÁFICO 33**

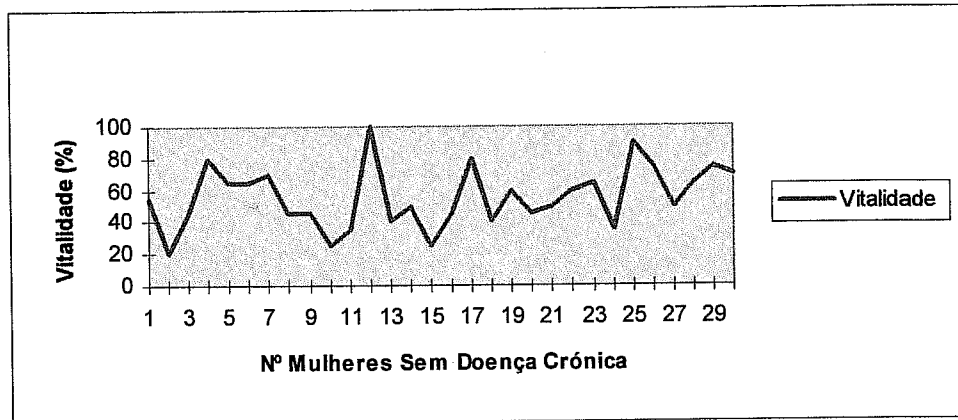
Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala **Dor Física**  
nas mulheres sem doença crónica



⇒ No gráfico é possível constatar que os valores obtidos na escala Dor Física variam entre um mínimo de 0% e um máximo de 100%, nas mulheres sem doença crónica.

**GRÁFICO 34**

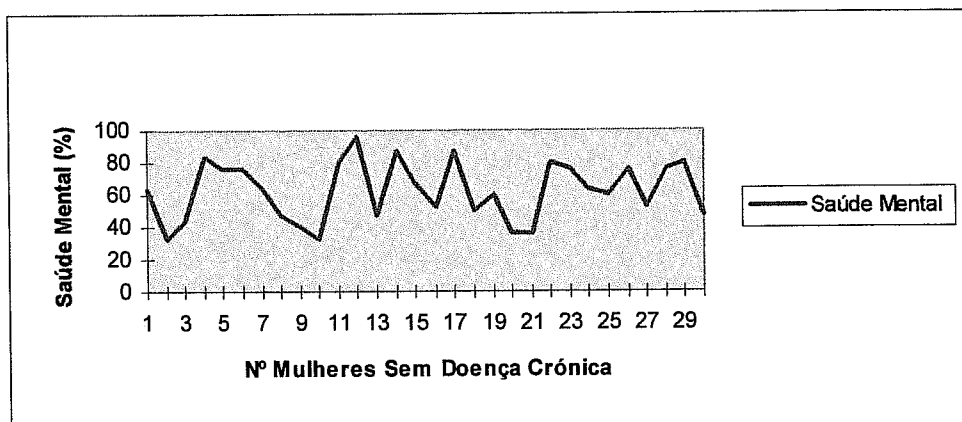
**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Vitalidade nas mulheres sem doença crónica**



⇒ Pode-se verificar através do presente gráfico, que as 30 mulheres sem doença crónica obtiveram valores de Vitalidade entre 20% e os 100%.

**GRÁFICO 35**

**Distribuição dos valores de Qualidade de Vida na escala Saúde Mental nas mulheres sem doença crónica**



⇒ Pode-se observar através deste gráfico, que nas mulheres sem doença crónica, o valor mais baixo de Saúde Mental é de 32% e o mais elevado de 96%.

Após a apresentação dos resultados obtidos, estes foram analisados em duas partes:

### 1ª.) Como é a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide?

- Caracterizar a Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide
- Identificar variáveis que influenciam a Qualidade de Vida

Em primeiro, começa-se por analisar os resultados referentes à Qualidade de Vida total, das mulheres com Artrite Reumatóide, quando submetidas ao Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F-84), utilizando as características descritivas.

Variável	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Qualidade de Vida	49,5	55,4	11,3	83,5	23,1

**Tabela III: Características Descritivas dos Valores de Q.V. Total.**

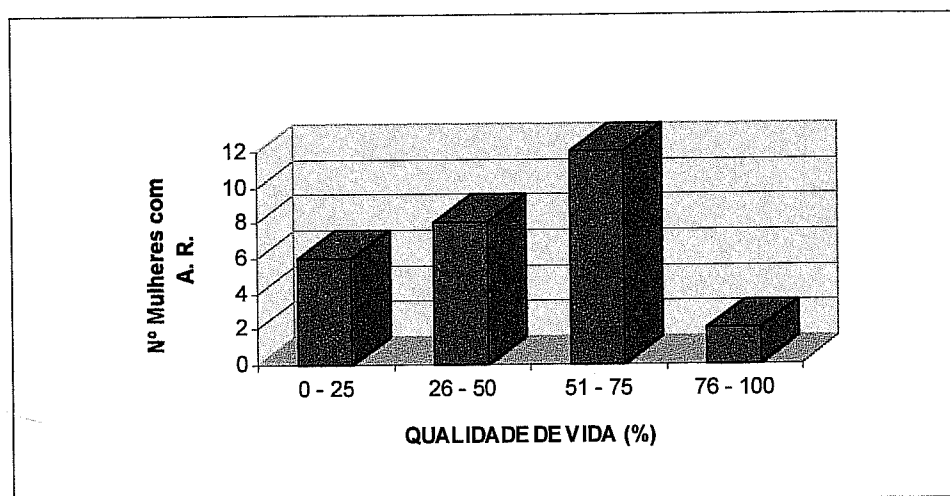
Com base nesta tabela, verifica-se que:

- ⇒ Os valores obtidos para a Qualidade de Vida Total, vão de um mínimo de 11,3 % a um máximo de 83,5%, sendo o valor médio de 49,5%.
- ⇒ Metade deste grupo de mulheres com Artrite Reumatóide tem valor de Qualidade de Vida inferior a 55,4% (Mediana).

Ainda, utilizando uma análise baseada numa perspectiva de distribuição por intervalos, constata-se o seguinte através do Gráfico 36.

**GRÁFICO 36**

**Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na Qualidade de Vida Total**



⇒ A maior incidência da avaliação da Qualidade de Vida verifica-se no intervalo entre os 51% e os 75%. Os restantes elementos do grupo avaliam a sua Qualidade de Vida entre os 26% e os 50%, seguindo-se o intervalo entre 0 e os 25%, existindo apenas duas mulheres que avaliam a sua Qualidade de Vida entre os 76% e os 100%.

A partir dos valores obtidos nas várias escalas que se encontram incluídas no Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (F-84), utiliza-se o mesmo tipo de análise efectuada para os valores de Qualidade de Vida Total.

ESCALAS	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
SAÚDE GERAL	31,1	31,0	0,0	65,0	17,4
FUNC. FÍSICO	47,7	55,0	0,0	100,0	35,5
PAPEL FÍSICO	38,3	0,0	0,0	100,0	44,4
PAPEL EMOCIONAL	66,8	100,0	0,0	100,0	47,1
FUNC. SOCIAL	64,2	62,5	0,0	100,0	31,3
DOR FÍSICA	43,5	36,0	0,0	84,0	26,2
VITALIDADE	37,3	40,0	0,0	65,0	20,7
SAÚDE MENTAL	59,7	68,0	16,0	100,0	25,3

**Tabela IV: Características Descritivas dos valores obtidos nas Escalas da Qualidade de Vida.**

Através desta tabela, constata-se que:

⇒ As escalas em que a média se encontra abaixo dos 50%, são a Saúde Geral, o Funcionamento Físico, o Papel Físico, a Dor Física e a Vitalidade, enquanto que as escalas Papel Emocional, Funcionamento Social e Saúde Mental se encontram acima deste valor.

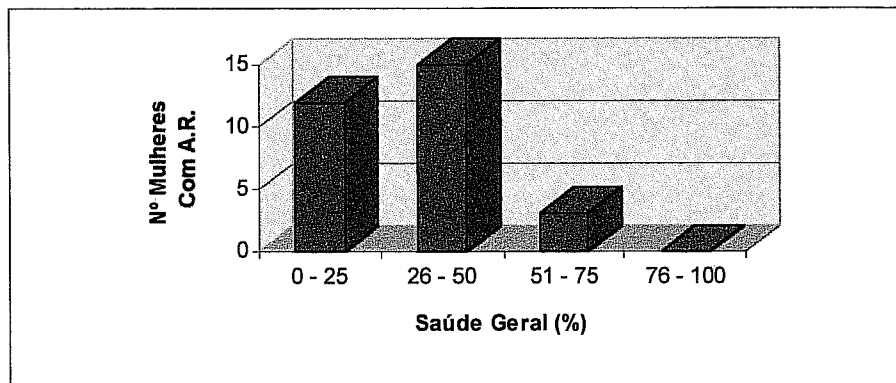
⇒ A escala com maior peso é a referente ao Papel Emocional com uma média de 66,8%, o segundo valor mais importante decorre da escala referente ao Funcionamento Social, com um valor médio de 64,2%. A Saúde Mental ocupa o terceiro lugar (59,7%), o quarto lugar é ocupado pelo Funcionamento Físico (47,7%) e o quinto pela Dor Física (43,5%). A escala relativa ao Papel Físico ocupa o sexto lugar (38,3%), logo seguida da escala Vitalidade (37,3%). Em último lugar está a escala relativa à Saúde Geral (31,1%).

⇒ Metade do grupo tem valores inferiores a 31% para a Saúde Geral, 55% para o Funcionamento Físico, 0% para o Papel Físico, 100% para o Papel Emocional, 62,5% para o Funcionamento Social, 36% para a Dor Física, 40% para a Vitalidade e 68% para a Saúde Mental (mediana).

Ainda, utilizando uma análise baseada numa perspectiva de distribuição por intervalos, são apresentados os Gráficos numerados de 37 a 44.

**GRÁFICO 37**

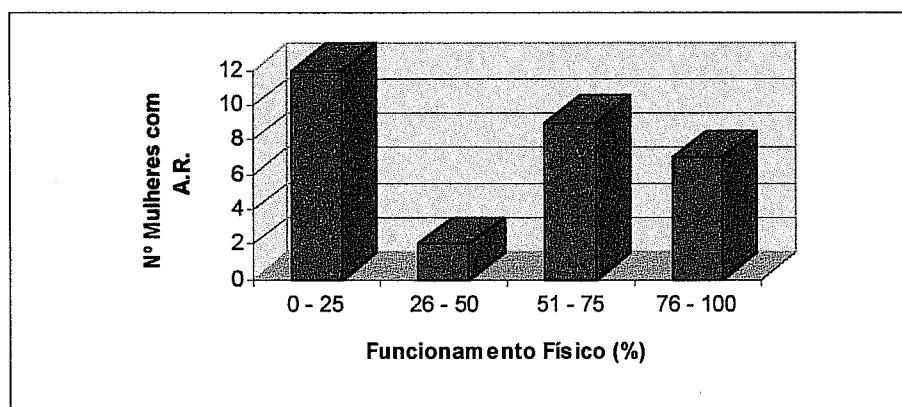
**Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Saúde Geral**



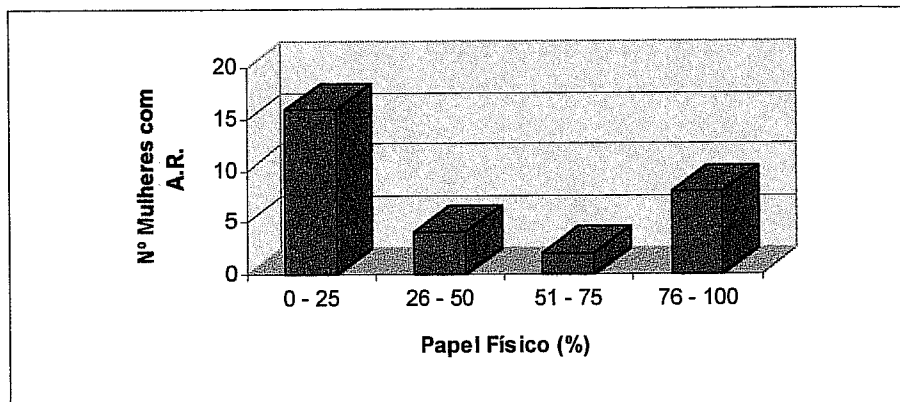
⇒ Tendo em conta que a escala **Saúde Geral** procura avaliar como é que o indivíduo classifica a sua saúde própria actual e sabendo que os valores altos dão conta que o indivíduo avalia a sua saúde como sendo muito boa ou excelente, e que os valores baixos indicam que este considera a sua saúde má e sujeita a piorar. Constata-se, analisando o gráfico, que a grande maioria das mulheres com Artrite Reumatóide incide nos intervalos de 0 a 25% e de 26 a 50%, indicando, deste modo, baixos valores de Qualidade de Vida na Saúde Geral.

**GRÁFICO 38**

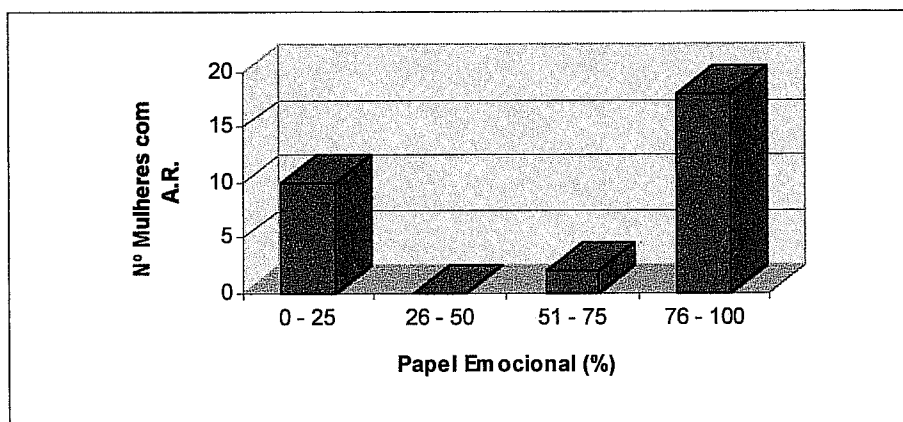
**Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Funcionamento Físico**



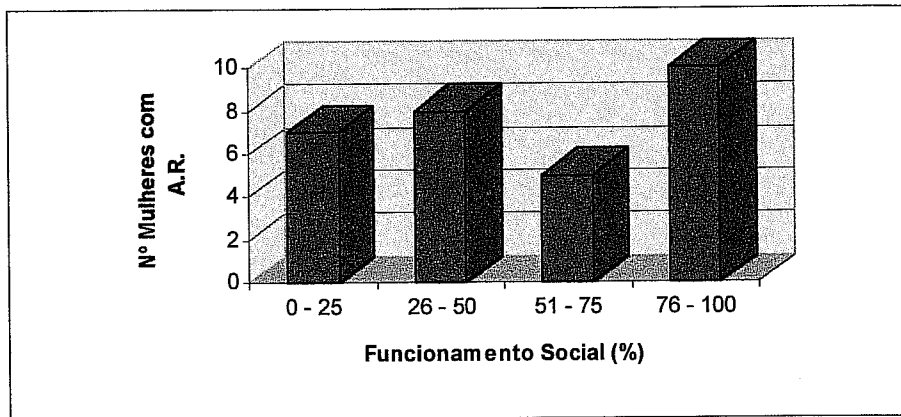
⇒ A escala **Funcionamento Físico** indica através dos valores baixos, dificuldades em desempenhar actividades físicas e dos valores altos, menores limitações físicas. Através do gráfico, observa-se que o grupo mais representativo é aquele que incide no intervalo de 0 aos 25 % valores de Funcionamento Físico com 12 mulheres, seguindo-se o grupo de 51 aos 75% com 9 e o grupo de 76 aos 100% com 7, e apenas com duas mulheres, o intervalo de 26 aos 50%.

**GRÁFICO 39****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Papel Físico**

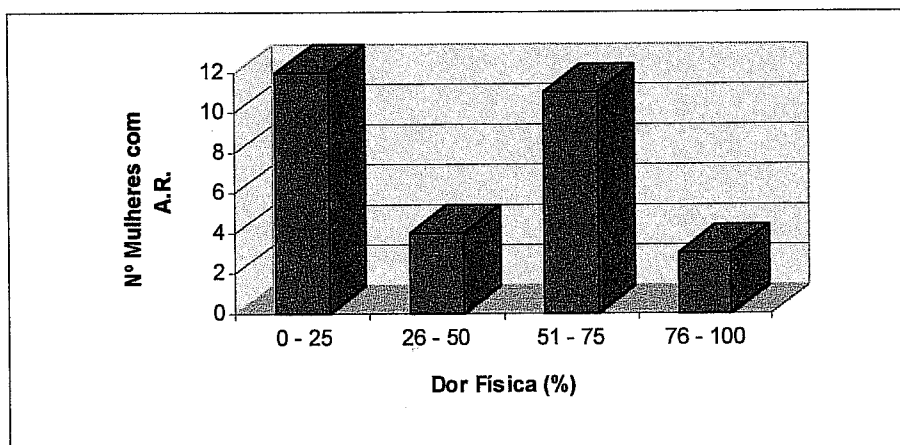
⇒ Tendo em conta que a escala **Papel Físico** é referente às limitações sentidas pelos indivíduos devido a problemas físicos, verifica-se através do gráfico que mais de metade das mulheres com Artrite Reumatóide demonstram grandes dificuldades no desempenho do seu trabalho ou outras actividades, devido à sua saúde física, nas quatro semanas antecedentes ao preenchimento do questionário, pois das 30 mulheres 20 obtiveram valores baixos em termos de Papel Físico (de 0 a 25% e de 26 a 50%).

**GRÁFICO 40****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Papel Emocional**

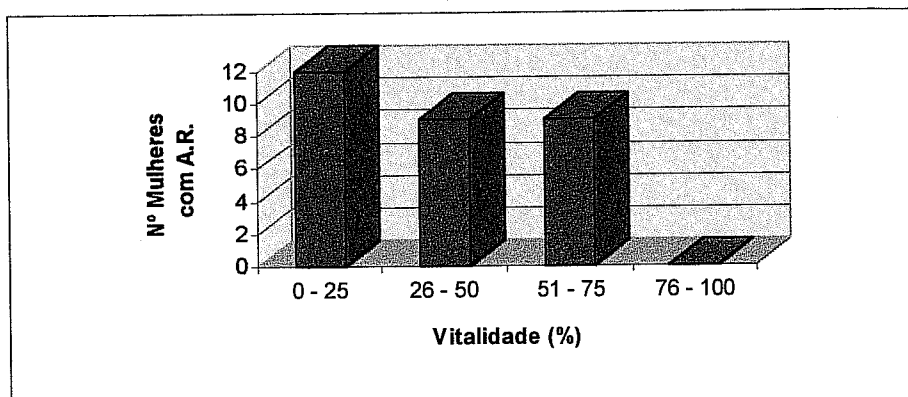
⇒ A escala **Papel Emocional** dá a conhecer se o indivíduo teve ou não dificuldades no desempenho do seu trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais, onde os valores mais elevados devem ser lidos no sentido de poucos ou nenhuns problemas no trabalho ou outras actividades devido a problemas emocionais, e os valores baixos no sentido inverso. Desta forma, através do gráfico pode-se constatar que a maioria das mulheres com Artrite Reumatóide não ressentiram dificuldades no desempenho do trabalho e outras actividades devido a problemas emocionais.

**GRÁFICO 41****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Funcionamento Social**

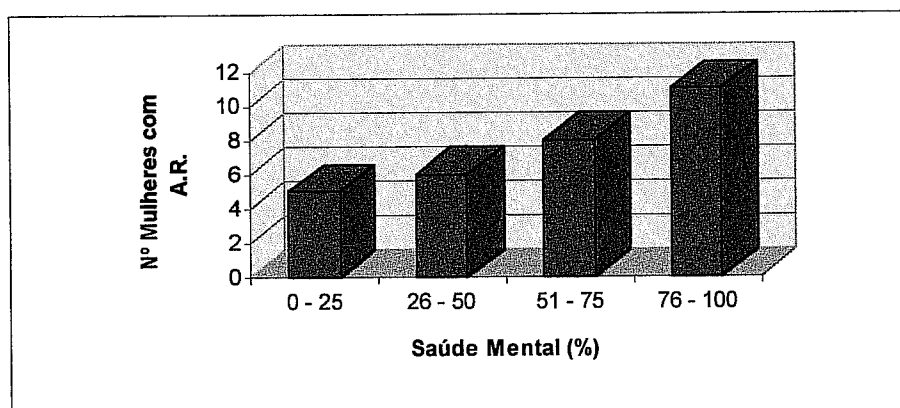
⇒ Sabendo que o valor máximo na escala **Funcionamento Social** indica um funcionamento normal sem interferências de problemas físicos ou emocionais e o valor mínimo, a existência de interferências constantes na vida social devido a problemas físicos e emocionais, verifica-se que metade das 30 mulheres com Artrite Reumatóide apresentam valores altos e outra metade valores baixos.

**GRÁFICO 42****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Dor Física**

⇒ A escala **Dor Física** indica a intensidade das dores, sentidas pelos indivíduos, durante as quatro semanas anteriores ao preenchimento do questionário, e a sua interferência no desempenho do trabalho quotidiano. Assim, tendo em atenção que o valor máximo (100%) indica poucas ou nenhuma dores e sem influência no trabalho normal e que o valor mínimo (0%) indica o inverso, verifica-se que mais de metade das mulheres com Artrite Reumatóide incide nos intervalos de 0 a 25 % e de 26 a 50%, que indicam a presença de dores (fortes e moderadas).

**GRÁFICO 43****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Vitalidade**

⇒ A escala da **Vitalidade** procura averiguar se o indivíduo se sentiu muito cansado e desgastado, ou se pelo contrário sentiu-se com muita vitalidade e energia a maior parte do tempo nas últimas quatro semanas. Através do gráfico pode-se verificar que o grupo mais representativo se situa no intervalo entre 0 e 25% com 12 mulheres, que revelam pouca vitalidade, seguindo-se em igual frequência os intervalos de 26 a 50% e de 51 a 75%, com 10 mulheres.

**GRÁFICO 44****Distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide na escala Saúde Mental**

⇒ A escala **Saúde Mental** procura evidenciar através de valores baixos a existência de sentimentos de nervosismo e de depressão vividos quase constantemente nas últimas quatro semanas, e através de valores elevados a existência de calma e de relativa felicidade nesse mesmo período de tempo. Através do gráfico é possível verificar uma maior incidência das mulheres com Artrite Reumatóide nos intervalos de 76 a 100% e de 51 a 75%, e uma menor incidência nos intervalos de 0 a 25% e de 26 a 50%, constatando-se assim que a maioria das mulheres com Artrite Reumatóide não revelam sentimentos depressivos.

Em síntese:

- **A Qualidade de Vida do grupo das mulheres com Artrite Reumatóide é média baixa, sendo o valor médio de 49,5%.**
  
- **Ao nível das escalas de Qualidade de Vida, a maioria do grupo:**
  - . **Classifica a sua saúde própria actual como sendo má e que está sujeita a piorar (Saúde Geral);**
  - . **Revela dificuldades em desempenhar actividades físicas (Funcionamento Físico);**
  - . **Demonstra grandes limitações com o trabalho ou outras actividades diárias devido à saúde física (Papel Físico);**
  - . **Não revela a existência de problemas com o trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais (Papel Emocional);**
  - . **Demonstra um funcionamento social mais ou menos normal, onde existe algumas interferências na vida social devido a problemas físicos, mas não emocionais (Funcionamento Social);**
  - . **Apresenta dores que constituem um grande impedimento nas actividades da vida diária (Dor Física);**
  - . **Revela pouca vitalidade (Vitalidade);**
  - . **Demonstra ausência de sentimentos de nervosismo e de depressão vividos de forma constante (Saúde Mental).**

Torna-se, ainda importante analisar se algumas variáveis tiveram influência nos resultados obtidos de Qualidade de Vida em mulheres com Artrite Reumatóide.

Para tal, procedeu-se ao cálculo da correlação entre os resultados obtidos de **Qualidade de Vida** e as variáveis **Idade, Escolaridade, N.º. de Filhos, Duração da Doença e Gravidade da Doença.**

<b>Idade</b>		
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Q. V.</b>	<b>IDADE</b>
Q.V.	1,00	- 0,33
IDADE	- 0,33	1,00

**Tabela V: Coeficiente de Correlação de Pearson.**

\*  $p < 0,05$

⇒ Não existe correlação significativa entre a Qualidade de Vida e a Idade.

<b>Escolaridade / N.º Filhos / Duração e Gravidade da Doença</b>	
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>r</b>
Q. V. e ESCOLARIDADE	0,304157
Q. V. e N.º FILHOS	0,358523
Q. V. e DURAÇÃO DA DOENÇA	- 0,547319 *
Q. V. e GRAVIDADE DA DOENÇA	- 0,634536 *

**Tabela VI: Coeficiente de Correlação de Spearman**

\*  $p < 0,05$

⇒ Não existe correlação significativa entre a Qualidade de Vida e a Escolaridade, assim como entre a Qualidade de Vida e o N.º. de Filhos.

⇒ Existe correlação significativa entre a Qualidade de Vida e a Duração da Doença, assim como entre a Qualidade de Vida e a Gravidade da Doença, sendo de - 0,547319 e -0,634536, respectivamente. Assim parece que, quanto maior for o tempo de duração da doença, assim como o grau de gravidade desta, menor será o nível de Qualidade de Vida.

No caso das variáveis **Estado Civil** e **Situação Profissional**, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, para comparar casados/não casados e trabalhadores/não trabalhadores, respectivamente:

**Estado Civil**

Variável	Soma dos Scores (casados)	Soma dos Scores (não casados)	z - ajustado	P
Qualidade de Vida	340,000	125,000	- 1,31	0,19

**Tabela VII: Teste de Mann-Whitney.**

\*  $p < 0,05$

⇒ Não existe diferença significativa entre casados e não casados quanto à Qualidade de Vida.

**Situação Profissional**

Variável	Soma dos Scores (Trabalhadores)	Soma dos Scores (Não Trabalhadores)	z - ajustado	P
Qualidade de Vida	428,000	37,000	- 2,90	0,00

**Tabela VIII: Teste de Mann-Whitney.**

\*  $p < 0,05$

⇒ Existe diferença significativa entre trabalhadores e não trabalhadores quanto à Qualidade de Vida.

Variável	N	Média
Q.V.	24 (Trabalhadores)	56,3
Q.V.	6 (não Trabalhadores)	22,3

**Tabela VIII A: Características Descritivas.**

⇒ Existe uma diferença significativa, sendo a Qualidade de Vida no grupo dos trabalhadores (56,3%) melhor do que nos não trabalhadores (22,3%).

Por último, para a variável **Tipo de Tratamento** foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis, para comparar 4 grupos (Tratamento Medicamentoso; Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local; Tratamento Medicamentoso + Cirurgia; Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local + Cirurgia).

**Tipo de Tratamento da Doença**

VARIÁVEIS	Soma de Scores
Q.V.: Trat. Medicamentoso	330,0000
Q.V. :Trat. Medicamentoso + Trat. Local	70,0000
Q.V. :Trat. Medicamentoso + Cirurgia	49,0000
Q.V. : Trat. Medicamentoso + Trat. Local + Cirurgia	16,0000

**Tabela IX: Teste de Kruskal-Wallis ANOVA**

$H = 8,8623; p = 0,0312$

⇒ Existe diferença significativa entre os diferentes tipos de tratamento quanto à Qualidade de Vida.

Variável	N	Média
Q.V	18 (T. Medicamentoso)	56,7
Q.V.	5 (T. Medicamentoso + T. Local)	45,9
Q.V.	3 (T. Medicamentoso + Cirurgia)	55,9
Q.V.	4 (T. Medicamentoso + T. Local + Cirurgia)	16,6

**Tabela IXA: Características Descritivas**

⇒ Existe uma diferença significativa, sendo a Qualidade de Vida melhor no grupo de Tratamento Medicamentoso (56,7%), seguindo-se o grupo de Tratamento Medicamentoso + Cirurgia (55,9%) e o grupo de Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local (45,9%), e por último, o grupo de Tratamento Medicamentoso + Tratamento Local + Cirurgia (16,6%).

Resumindo:**- No grupo das mulheres com Artrite Reumatóide:**

**\* Não existem diferenças significativas entre as variáveis - idade, escolaridade, estado civil, n.º. filhos - e a Qualidade de Vida.**

**\* As variáveis - situação profissional, duração e gravidade da doença e tipo de tratamento - parecem exercer alguma influência na Qualidade de Vida, uma vez que apresentam diferenças significativas em relação à Qualidade de Vida. Deste modo verifica-se que:**

- . Quanto maior for o tempo de duração da Artrite Reumatóide e o grau de gravidade desta, menor é o nível de Qualidade de Vida;**
- . Os doentes trabalhadores apresentam melhores resultados em Qualidade de Vida do que os doentes não trabalhadores;**
- . Quanto maior for o tipo de tratamento da Artrite Reumatóide a que a mulher está sujeita, menor é o nível de Qualidade de Vida.**

**2ª.) Será que há diferenças na Qualidade de Vida das mulheres com Artrite Reumatóide em relação às mulheres sem doença crónica?**

Antes da comparação entre os dois grupos, mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica, onde poderão ser constatadas diferenças significativas em termos de Qualidade de Vida, torna-se importante averiguar se estes se encontram minimamente equilibrados, através de provas estatísticas.

Assim, procede-se, em primeiro, ao tratamento estatístico das variáveis comuns (idade, escolaridade, nº. de filhos, estado civil e situação profissional) nos dois grupos em estudo:

**Idade**

Variável	Média A (Artrite Reumatóide)	Média B (Sem Doença Crónica)	t-teste	gl	p
IDADE	47,8	45,3	- 0,78	57, 93	0,43

**Tabela X: Teste T-Student.**

\*  $p < 0,05$

⇒ Não existe diferença significativa entre os dois grupos, em termos de idade.

**Escolaridade e Nº. Filhos**

Variável	Soma de Scores A (Artrite Reumatóide)	Soma de Scores B (Sem Doença Crónica)	z-ajustado	p
Escol.	902,0000	928,000	-0,20146	0,84
Nº Filhos	815,5000	1014,500	-1,51436	0,13

**Tabela XI: Teste de Mann-Whitney**

\*  $p < 0,05$

⇒ Não existe diferença significativa entre os dois grupos, em termos de Escolaridade e do Nº. de Filhos.

**Estado Civil**

Grupo	Casados	Não Casados
A (Artrite Reumatóide)	10 (33,33%)	20 (66,67%)
B (Sem Doença Crónica)	7 (23,33%)	23 (76,67%)

**Tabela XII: Teste do  $\chi^2$** 

$$\chi^2 = 0,738714; \text{ gl} = 1; \text{ p} = 0,390080$$

⇒ Não existe diferença significativa entre os dois grupos, em termos de Estado Civil.

**Situação Profissional**

Grupo	Trabalhadores	NãoTrabalhadores
A (Artrite Reumatóide)	24 (80,00%)	6 (20,00%)
B (Sem Doença Crónica)	27 (90,00%)	3 (10,00%)

**Tabela XIII: Teste do  $\chi^2$** 

$$\chi^2 = 1,17647; \text{ gl} = 1; \text{ p} = 0,278084$$

⇒ Não existe diferença significativa entre os dois grupos, em termos de Situação Profissional.

Em síntese:

**Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (A e B) em termos das variáveis - Idade, Escolaridade, Estado Civil, Situação Profissional e N°. de Filhos.**

Assim, passa-se à comparação dos dois grupos em estudo, relativamente às escalas de Qualidade de Vida.

ESCALAS	x Grupo A (Artrite Reumatóide)	x Grupo B (Sem Doença Crónica)	t-teste	gl	p
Saúde Geral	31,13333	63,66667	7,061553	57,9	0,000000 *
Func. Físico	47,66667	82,20000	4,478514	47,8	0,000046 *
Papel Físico	38,33333	79,16667	3,964991	57,9	0,000204 *
Papel Emocional	63,33333	64,44667	0,09634	57,9	0,92358
Fun. Social	64,16667	80,00000	2,112911	57,9	0,038923 *
Dor Física	43,50000	61,06667	2,610251	57,9	0,011494 *
Vitalidade	37,33333	55,66667	3,533269	57,9	0,000813 *
Saúde Mental	59,73333	62,46667	0,477501	57,9	0,634800

**Tabela XIV: Teste T-Student.**

\*  $p < 0.05$ .

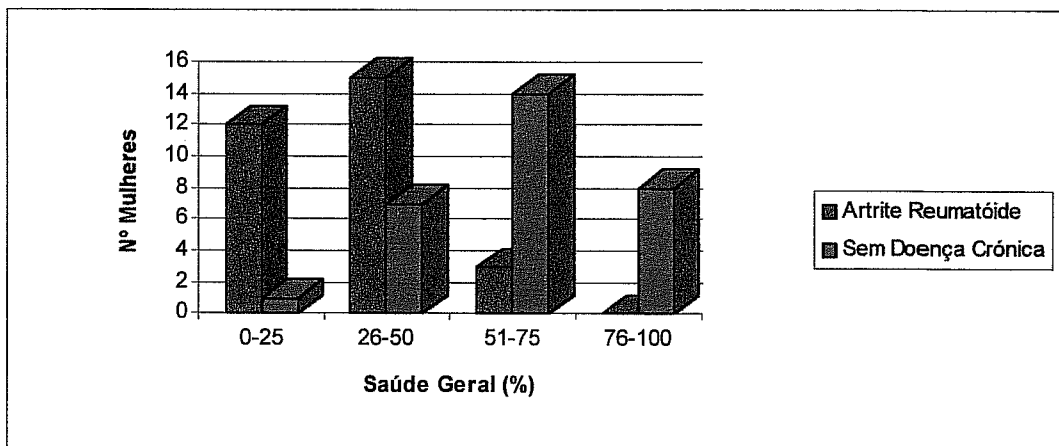
Com base nesta tabela, verifica-se:

⇒ Existem diferenças significativas entre as mulheres com Artrite Reumatóide e as mulheres sem doença crónica, em termos das seguintes escalas: Saúde Geral; Funcionamento Físico, Papel Físico, Funcionamento Social, Dor Física e Vitalidade. No entanto, não existem diferenças significativa nas escalas Papel Emocional e Saúde Mental.

Tais factos, são nitidamente demonstrados através dos seguintes gráficos:

**GRÁFICO 45**

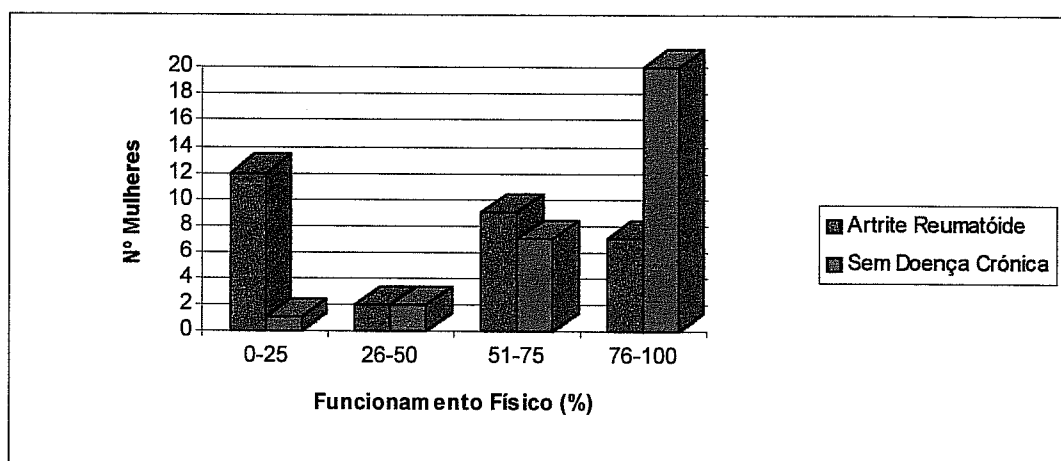
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Saúde Geral**



⇒ Pode-se constatar, analisando os valores obtidos pelos dois grupos, que as mulheres com Artrite Reumatóide têm uma atitude mais negativa em relação à sua saúde geral, do que as sem doença crónica, visto que estas concentram os seus resultados entre os valores de 51 a 75% e de 76 a 100%, onde comparativamente, há uma menor incidência das com Artrite Reumatóide.

**GRÁFICO 46**

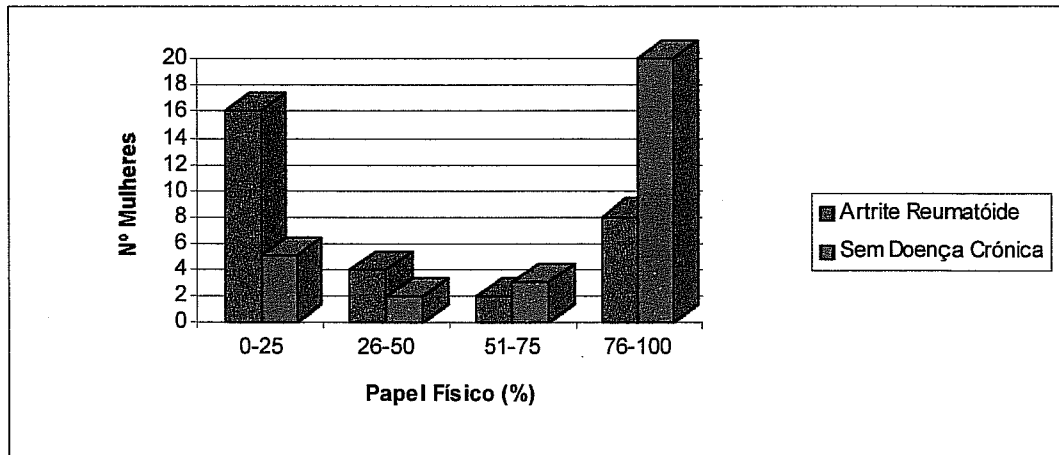
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Funcionamento Físico**



⇒ Através do gráfico, verifica-se que o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide apresenta uma maior limitação física do que o grupo das mulheres sem doença crónica, uma vez que o primeiro grupo tem maior incidência no intervalo de 0 a 25% e o segundo no intervalo de 76 a 100% .

**GRÁFICO 47**

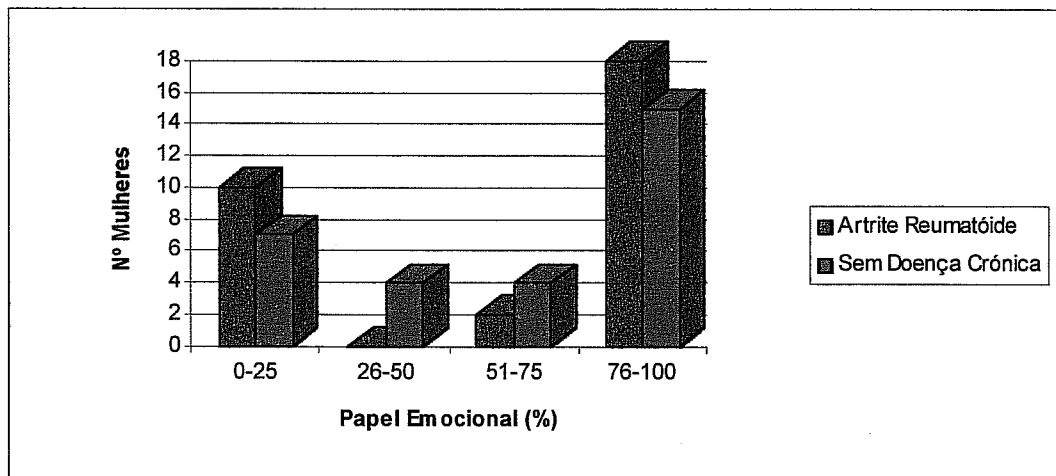
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Papel Físico**



⇒ Pode-se constatar que o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide demonstram maiores dificuldades no desempenho do trabalho ou outras actividades devido à sua saúde física, nas últimas quatro semanas, pois das 30 mulheres observadas 16 obtiveram valores muito baixos (0 a 25%). É de referir que algumas mulheres sem doença crónica sentem alguns problemas, mas a grande maioria não indica dificuldades no seu desempenho diário (76 a 100%).

**GRÁFICO 48**

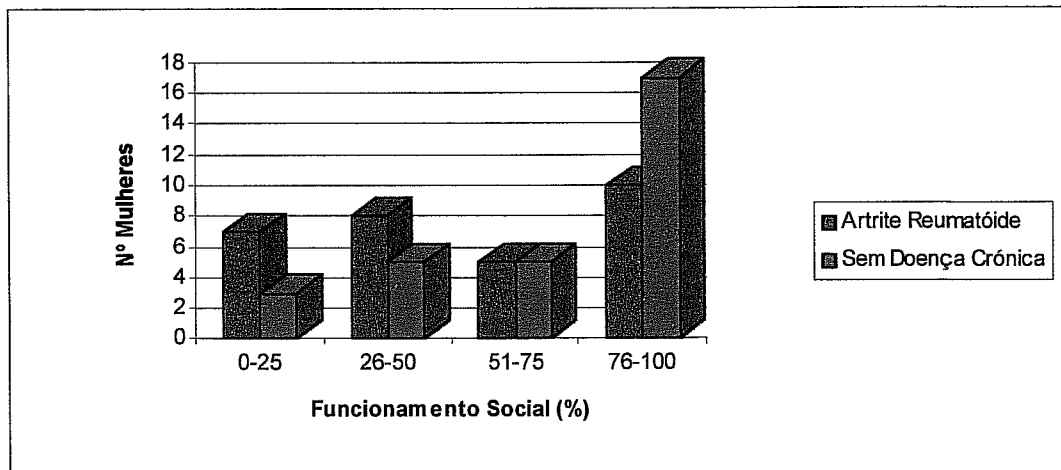
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Papel Emocional**



⇒ Através do gráfico, verifica-se que a maioria das mulheres pertencentes aos dois grupos, não apresentam grandes dificuldades no desempenho do trabalho ou outras actividades devido a problemas emocionais, nas últimas quatro semanas, em virtude dos valores elevados obtidos nesta escala (76 a 100%).

**GRÁFICO 49**

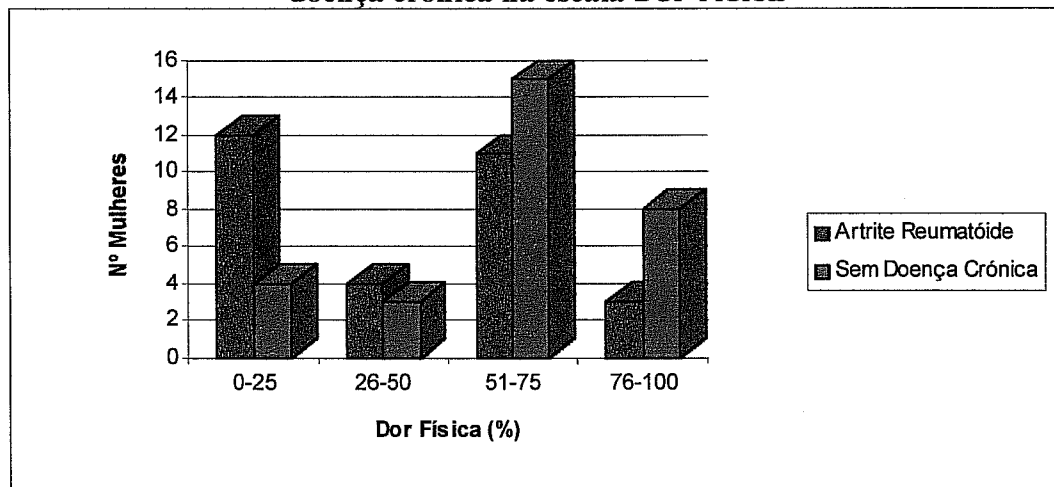
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Funcionamento Social**



⇒ O gráfico demonstra que o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide apresenta um funcionamento social em que os problemas emocionais e a saúde física interferem desde pouco, moderadamente e bastante. Enquanto que, no grupo das mulheres sem doença crónica, a maioria apresenta um funcionamento social, em que os problemas emocionais e físicos interferem pouco.

**GRÁFICO 50**

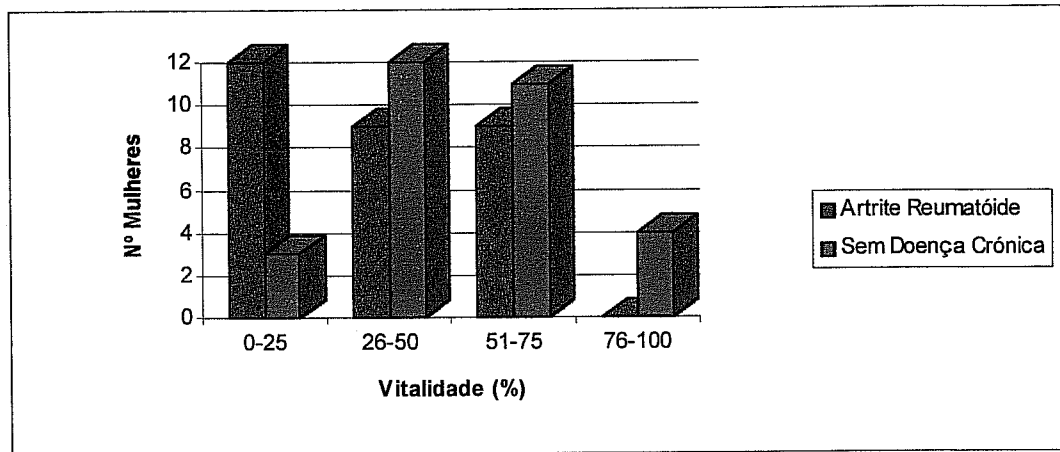
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Dor Física**



⇒ Constata-se que no grupo com Artrite Reumatóide, a grande maioria das mulheres incide nos intervalos de 0 a 25% e de 51 a 75 %, o que indica a presença de dores muito fortes, fortes e moderadas, o que comparado com o grupo sem doença crónica é significativo, uma vez que a maioria das mulheres incide nos intervalos de 51 a 75% e de 76 a 100%, indicando ausência de dores ou dores fracas.

**GRÁFICO 51**

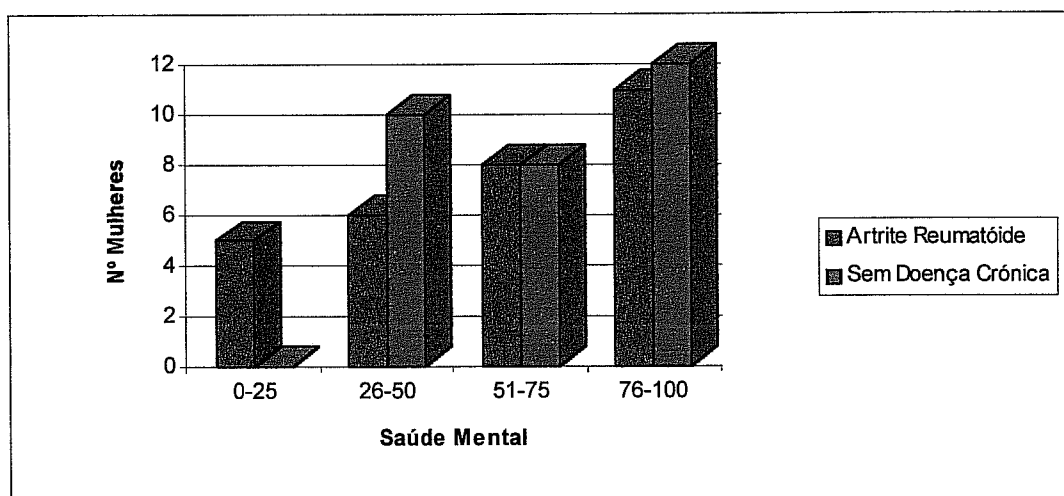
**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Vitalidade**



⇒ Pode-se verificar através dos valores obtidos pelos dois grupos, que as mulheres com Artrite Reumatóide revelam um nível de cansaço e desgaste físico e psicológico significativo em relação às mulheres sem doença crónica. Enquanto que, para o grupo com Artrite Reumatóide verifica-se que mais de metade das mulheres incide nos intervalos de 0 a 25% e de 26 a 50%, o grupo sem doença crónica incide nos intervalos de 26 a 50% e de 51 a 75%, não existindo mesmo nenhuma mulher com Artrite Reumatóide que apresente valores de vitalidade entre os 76 e os 100% .

**GRÁFICO 52**

**Comparação da distribuição das mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica na escala Saúde Mental**



⇒ Pode-se constatar que a maioria das mulheres constituintes dos dois grupos não apresentam graves sentimentos de nervosismo e depressão, nas últimas quatro semanas. No entanto, nota-se valores mais elevados para o grupo das mulheres sem doença crónica.

Em síntese:

- **A Qualidade de Vida é diferente nos dois grupos (A e B), apresentando o segundo (mulheres sem doença crónica) melhor nível que o primeiro (mulheres com Artrite Reumatóide).**
- **Dos resultados obtidos, ressalta o facto de existirem diferenças significativas entre o grupo de mulheres com Artrite Reumatóide e o grupo de mulheres sem doença crónica, relativamente às variáveis de Qualidade de Vida - Saúde Geral, Funcionamento Físico, Papel Físico, Funcionamento Social, Dor Física e Vitalidade. Excepto nas variáveis - Papel Emocional e Saúde Mental - em que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.**

## Discussão dos Resultados

Este trabalho propôs apreender de uma forma geral, a Qualidade de Vida em mulheres com Artrite Reumatóide, assim como tentar perceber quais os domínios mais afectados por esta doença, e também averiguar a existência de diferenças de Qualidade de Vida em dois grupos, mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica.

Assim, da análise dos resultados ressalta em primeiro lugar, o facto da **Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide ser média baixa. Observaram-se valores baixos nas escalas como Saúde Geral, Funcionamento Físico, Papel Físico, Dor Física e Vitalidade. Os valores médios foram encontrados nas escalas Funcionamento Social, Papel Emocional e Saúde Mental. Isto é justificado pelo facto da maioria das mulheres classificar a sua saúde própria actual como sendo má e sujeita a piorar, revelando ainda dificuldades em desempenhar actividades físicas e demonstrando grandes limitações no desempenho do trabalho ou outras actividades diárias devido à sua saúde física e em particular às dores.**

Este facto vem ao encontro das conclusões de alguns autores revistos, nomeadamente as de Bendtsen e colaboradores (1995) que referem que a Artrite Reumatóide tem um impacto significativo sobre a Qualidade de Vida.

Dentro dos vários estudos referidos, salienta-se ainda o estudo de Bendtsen e Hörnquist (1992) onde concluíram que as áreas da Qualidade de Vida mais afectadas pela Artrite Reumatóide são as que dizem respeito aos domínios físico (dor e mobilidade), comportamental e ocupacional (capacidade para trabalhar e cuidar das tarefas domésticas), sendo as menos afectadas as que dizem respeito ao domínios psicológico, social e material.

No entanto, de acordo com Taal (1993), a Qualidade de Vida do doente artrítico é caracterizada por incapacidade funcional, dor, problemas psicológicos e financeiros, incapacidade no trabalho e em actividades sociais e alterações na dinâmica familiar.

Verifica-se também que no grupo das mulheres com Artrite Reumatóide as variáveis - situação profissional, duração e gravidade da doença, assim como o tipo de tratamento - parecem exercer alguma influência neste estudo, uma vez que apresentam diferenças significativas em relação à Qualidade de Vida.

Assim, relativamente à situação profissional, as mulheres artríticas trabalhadoras apresentam melhores resultados em Qualidade de Vida do que as mulheres artríticas não trabalhadoras.

A conjugação dos resultados obtidos sugere que as mulheres não trabalhadoras são portadoras de formas de Artrite Reumatóide suficientemente graves e incapacitantes que as mantêm inactivas. Esta situação impõe a algumas delas uma situação de incapacidade temporária para o trabalho ou mesmo uma situação de incapacidade definitiva, com uma situação de reforma por invalidez. Com esta repercussão laboral tão negativa, é natural que a Qualidade de Vida seja afectada.

Yelin (1992) através de um estudo concluiu que os indivíduos com Artrite Reumatóide têm níveis de incapacidade mais altos que outros doentes crónicos, e que por razões ainda desconhecidas, as taxas de incapacidade, em especial a laboral, continuam a subir e que uma larga proporção de indivíduos com Artrite Reumatóide em pouco tempo baixam os padrões de Qualidade de Vida.

Quanto à duração e gravidade da doença, as mulheres com Artrite Reumatóide com maior tempo de doença e de gravidade, apresentam valores mais baixos de Qualidade de Vida.

Na verdade, o vivenciar da doença, pela experiência continuada ao longo dos anos, pode alterar o comportamento e levar a dificuldades emocionais (ansiedade e depressão). Alguns autores admitem que o encaminhamento da Artrite Reumatóide para a cronicidade leva ao aparecimento de modificações na personalidade dos indivíduos. A noção de gravidade da doença tem a ver com o grau de capacidade funcional do indivíduo com Artrite Reumatóide (Classificação de Steinbrocker).

O grau de incapacidade funcional vai sendo crescente da classe I à classe IV. Assim, os resultados evidenciam que as mulheres que apresentam uma gravidade nas classe III e IV, revelam uma Qualidade de Vida baixa, pois tratam-se de mulheres que apresentam uma capacidade funcional limitada apenas à execução de poucas ou nenhuma actividades diárias ou de cuidados pessoais, ou mesmo grande limitação incapacitante, como doente confinado a uma cadeira de rodas.

**Finalmente e relativamente ao tipo de tratamento, verifica-se que as mulheres com Artrite Reumatóide apresentam uma maior terapêutica em relação à doença e têm um nível de Qualidade de Vida mais baixo.**

Neste aspecto há que considerar os elevados custos financeiros associados à Artrite Reumatóide, devidos a consultas, exames e, particularmente aos tipos de tratamento (medicamentoso, local e cirúrgico), que podem ser agravados pela interrupção da actividade profissional por reforma antecipada. A conjugação dos vários resultados sugere que muitas destas mulheres artríticas sujeitas a maior tratamento se encontram reformadas ou de baixa, pela doença. Estes resultados são compatíveis com os estudos internacionais onde 83% dos gastos com os doentes artríticos destinam-se a reformas de invalidez, 8% ao absentismo laboral, 3 % em medicamentos e somente 6% em custos médicos.

Ressalte-se que, a Artrite Reumatóide provoca sobretudo gastos indirectos, derivados das consequências sociais do problema e não dos cuidados e tratamentos médicos. Em Portugal, não são conhecidos trabalhos sobre a repercussão sócio-económica da Artrite Reumatóide, mas o assunto tem no entanto merecido algum relevo em outras escolas reumatologistas, nomeadamente a americana.

**Em segundo lugar, ressalta o facto da Qualidade de Vida ser diferente em mulheres com Artrite Reumatóide relativamente às mulheres sem doença crónica. O grupo das mulheres sem doença crónica apresente um melhor nível de Qualidade de Vida que o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide.**

Dos resultados obtidos, sobressai a existência de **diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres, relativamente às variáveis de Qualidade de Vida - Saúde Geral, Funcionamento Físico, Papel Físico, Funcionamento Social, Dor Física e Vitalidade. Não existem no entanto diferenças significativas nas variáveis - Papel Emocional e Saúde Mental.**

Considerando os resultados obtidos na variável Saúde Geral, verifica-se a existência de **diferenças significativas entre os dois grupos, apresentando o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide piores resultados a este nível. Isto era no entanto expectável uma vez que este grupo apresenta uma Doença Crónica, enquanto que o outro não.**

Este facto parece estar de acordo com alguns estudos efectuados, nomeadamente os de Bendtsen e colaboradores (1995) em que compararam a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide com outros grupos. Destes estudos concluíram que a Artrite Reumatóide está associada a um estado de saúde geral mais negativo e classificada como uma das doenças crónicas mais mórbidas.

Na verdade, a Artrite Reumatóide, apesar de não ser fatal, é uma doença que diminui a esperança média de vida dos doentes em 10 a 15 anos e, nas formas graves, a sobrevivência ao termo de 5 anos (Queiroz, 1996).

Relativamente ao Funcionamento Físico, constata-se a existência de **diferenças significativas entre os dois grupos, apresentando o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide resultados mais baixos, em virtude de se encontrarem com grandes limitações físicas.**

Como é sabido, a Artrite Reumatóide é geralmente uma doença progressiva, sem remissões clínicas, que tem como consequência final a destruição das articulações e a incapacidade do doente. Esta pode levar a uma incapacidade funcional total e colocar os doentes numa dependência extrema em relação aos outros para a concretização das actividades mais vulgares da vida diária, como sejam o andar, subir escadas, comer e vestir.

Em relação à variável **Papel Físico**, os resultados mostram que existem diferenças significativas, verificando-se que o grupo das mulheres sem doença crónica apresentam melhores resultados em relação às mulheres com Artrite Reumatóide. Isto é facilmente explicado pelo facto das mulheres sem doença crónica utilizarem adequadamente as suas capacidades físicas, adaptando-se e contornando desta forma as dificuldades.

Como é sabido, a diminuição da capacidade funcional presente na Artrite Reumatóide, em consequência das dores, fadiga e imobilidade, pode conduzir a dificuldades no exercício e desempenho da profissão e de outras actividades da vida diária (Teixeira e col., 1987).

Quanto à variável **Funcionamento Social**, os resultados obtidos mostram que existem diferenças significativas entre o grupo com Artrite Reumatóide e o grupo sem doença crónica, apresentando este último valores mais elevados. Assim, as mulheres com Artrite Reumatóide manifestam uma maior insatisfação relativamente à sua função social, que as mulheres sem doença crónica.

Salientando o facto de que as mulheres com Artrite Reumatóide se encontram muito dependentes dos outros, a insatisfação sentida por estas mulheres poderá estar relacionada com o que refere Fallowfield (1990), na área do domínio Social (relações sociais), segundo o qual, os indivíduos exprimem muitas vezes o medo de serem abandonados pelos familiares e amigos. Como é sabido, a incapacidade de desempenhar determinadas actividades pode colocar o doente artrítico numa posição de dependência dos outros. Facto que por certo, irá alterar profundamente o padrão anterior das relações interpessoais do indivíduo, afectando em particular a dinâmica intra e inter-familiar.

Ainda, de acordo com Giovannini e colaboradores (1986), a qualidade das relações familiares é particularmente importante, influenciando a evolução da doença crónica e as estratégias que o doente utiliza no confronto com ela. Nesta perspectiva, Fallowfield (1990) evidencia a nível social, que os relacionamentos pessoais são fundamentais no funcionamento satisfatório de um indivíduo. Pois é extremamente importante para os doentes crónicos o suporte social, quer da família, quer dos amigos.

No entanto, a presença de um doente crónico no seio de uma família é por si só particularmente perturbador, tanto ao nível das relações como ao nível dos estados emocionais. Assim, é importante referir, que a Artrite Reumatóide afecta profundamente a globalidade da vida do doente e intervem igualmente no seu seio social mais próximo, interferindo com o ajustamento psicossocial à doença, ou melhor, com a sua Qualidade de Vida.

Relativamente à **Dor Física**, verificam-se diferenças significativas entre os dois grupos, apresentando o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide mais dores físicas, o que as impede das actividades diárias.

As experiências dolorosas crónicas características da Artrite Reumatóide tendem a provocar certos efeitos sobre a personalidade e os estados psicológicos do doente, afectando o seu funcionamento emocional e físico. Segundo Fallowfield (1990), a dor constitui um dos componentes que inevitavelmente conduz a uma diminuição da Qualidade de Vida do indivíduo.

Quanto à **Vitalidade**, constatam-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos, revelando o grupo das mulheres com Artrite Reumatóide um nível de cansaço e de desgaste físico e psicológico significativo em relação ao grupo das mulheres sem doença crónica.

Segundo Boudien (1993; citado por Barlow e col., 1994), o curso imprevisível da Artrite Reumatóide fornece grande quantidade de incerteza, pois um dia o doente tem bastante energia e pode realizar tarefas e deveres, e no dia seguinte pode apenas mover-se com dificuldade e é confrontado com a sua incapacidade.

O carácter de doença crónica como o da Artrite Reumatóide, caracterizado pela confrontação frequente com a dor, fadiga, adinamia e possibilidade de se tornar incapaz, influencia significativamente o bem-estar físico, psicológico e social dos doentes, isto é, a sua Qualidade de Vida.

De acordo com Taylor e Aspinwall (1990), a Artrite Reumatóide é uma situação indutora de stress. Assim, o indivíduo como dá especial relevância aos aspectos negativos, vai avaliar esta situação como sendo de maior stress podendo mesmo promover comportamentos de adaptação auto-destrutivos e sentimentos de auto-desvalorização e de inferioridade.

Considerando os resultados obtidos nas variáveis **Papel Emocional** e **Saúde Mental**, constata-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos. Ambos os grupos não apresentam problemas no trabalho ou nas actividades diárias devido a problemas emocionais, apesar de haver melhores resultados no grupo das mulheres sem doença crónica. Por conseguinte, os indivíduos com Artrite Reumatóide atribuem as interferências no trabalho e nas actividades diárias fundamentalmente a problemas físicos e não emocionais.

Na verdade, a Artrite Reumatóide é uma doença crónica, dolorosa e deformante, que interfere não só com a vida física do indivíduo, mas influencia também as esferas psicossociais e económicas. Como já foi referido, esta doença pode levar a uma incapacidade funcional total e colocar o indivíduo numa dependência extrema em relação aos outros para a concretização das actividades vulgares do quotidiano e sociais.

Segundo Smith, Peck e Ward (1990), a Artrite Reumatóide está tipicamente associada a um curso largamente imprevisível de exacerbações e remissões, criando um clima de incerteza considerável para o doente. Goodenow, Resine e Grady (1990), concluíram num estudo que a imprevisibilidade da doença e a necessidade de fazer frente à incerteza levou a que os doentes com Artrite Reumatóide tenham uma saúde mental significativamente mais pobre quando comparados com um grupo de indivíduos saudáveis.

Refira-se ainda, que a dor e a rigidez da Artrite Reumatóide associadas com exacerbações são claramente adversas. A incapacidade associada com a inflamação aguda e a deterioração progressiva das articulações podem envolver a perda de muitas actividades agradáveis para o doente.

Vários autores têm sugerido que face ao aumento da sintomatologia física aparentemente imprevisível, incontrollável e deformante, e o seu impacto nas capacidades funcionais, é compreensível da parte do doente uma reacção vivencial depressiva com humor triste, sentimentos de insegurança e de inferioridade assim como uma tendência para o isolamento social (Smith, Peck & Ward, 1990).

No entanto, muitas vezes não é o impacto da doença em si próprio que produz reacções emocionais adversas (ansiedade e depressão), mas sim a interpretação que o doente com Artrite Reumatóide faz de si próprio, como estando largamente incapacitado.

Nesta perspectiva, torna-se importante referir que em geral, a probabilidade de sentimentos depressivos aumentam com a severidade da doença crónica. Todavia, alguns autores não estão de acordo relativamente ao ponto em que a depressão atinge o seu nível máximo no decurso da doença; uns referem que esta atinge o seu máximo após o diagnóstico; outros afirmam que é quando o indivíduo toma consciência da sua incapacidade ou mesmo quando vive longos períodos de inactividade forçada.

# ***CONCLUSÃO***

Este trabalho de investigação assim como a forma como os dados foram trabalhados, pretendeu ser uma resposta, quer para a hipótese do estudo, quer para os objectivos a que se propôs investigar. Ou seja, este estudo procurou caracterizar a Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide, identificando as variáveis que influenciam a Qualidade de Vida e comparando a Qualidade de Vida de mulheres com Artrite Reumatóide com a de mulheres sem doença crónica.

Ao chegar ao fim deste estudo, e com base na discussão dos resultados, poder-se-á concluir, embora com todas as precauções devidas que um trabalho de carácter exploratório possa ter e com uma amostra que, apesar de tudo é ainda muito pequena, que:

- *A Qualidade de Vida nas mulheres com Artrite Reumatóide é média baixa (49.5%).*
- *As mulheres com Artrite Reumatóide apresentam baixos valores nas variáveis de Qualidade de Vida: Saúde Geral; Funcionamento Físico; Papel Físico; Dor Física e Vitalidade.*
- *Em geral, a avaliação da Qualidade de Vida feita pelas mulheres com Artrite Reumatóide é constantemente mais baixa do que a avaliação realizada nas mulheres sem doença crónica.*
- *Existem diferenças significativas entre as mulheres com Artrite Reumatóide e mulheres sem doença crónica no que diz respeito às variáveis da Qualidade de Vida: Saúde Geral; Funcionamento Físico; Papel Físico; Funcionamento Social e Dor Física. No entanto não existe diferenças significativas entre os dois grupos nas variáveis como o Papel Emocional e a Saúde Mental.*

Considera-se que os resultados encontrados são simples indicadores, uma vez que estão sinalizadas as áreas onde poderão ocorrer maiores dificuldades, sem no entanto ter a pretensão de julgar que será sempre assim para todos os doentes artríticos, de todas as idades e de ambos os sexos.

Nesta perspectiva, as mulheres com Artrite Reumatóide apresentam uma Qualidade de Vida média baixa, o que se deve sobretudo aos fracos valores apresentados nas variáveis Saúde Geral, Funcionamento Físico, Papel Físico, Dor Física e Vitalidade. Isto revela que a este nível será necessário tomar algum tipo de medidas, de forma a aumentar o funcionamento físico e a vitalidade, minimizando as dores e permitindo assim um melhor estado de saúde geral.

Refira-se ainda que, do contacto com as mulheres com Artrite Reumatóide, constatou-se dois aspectos importantes, devido à sua necessidade e pela sua pertinência. O primeiro aspecto diz respeito à necessidade sentida em algumas mulheres de um apoio psicológico que deveria ser feito no momento do diagnóstico e durante o período que lhes sucede. Isto é justificado pelo facto de uma Psicoterapia de Apoio permitir por um lado o esclarecimento de dúvidas e receios por parte do doente relativamente à Artrite Reumatóide e por outro lado, poder proporcionar um espaço no qual o doente possa falar abertamente, sentindo-se assim compreendido e acompanhado. O outro aspecto diz respeito ao fornecimento de informação sobre procedimentos e técnicas de intervenção terapêuticas. Pois existem estudos desenvolvidos nesta área que consideram benéfico um aumento de quantidade de informação fornecida aos doentes. Os doentes ficam mais seguros uma vez que essa informação lhes permite um controlo cognitivo da situação em que se encontram, o que pode ser muitas vezes benéfico para o controlo da ansiedade.

Apesar deste trabalho não poder atribuir a si o mérito da aquisição das chamadas “conclusões gerais”, engloba em si o proveito de revelar todo um conjunto de dúvidas a pesquisar e directrizes a seguir, com a finalidade de uma melhor compreensão da Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide.

Concluído o presente estudo de investigação, julga-se imprescindível salientar que em estudos posteriores deveria ser possível continuar este mesmo estudo aumentando a amostra utilizada ou utilizando mesmo uma investigação longitudinal.

Poderia ser desenvolvido um estudo, no qual se utilizasse a Entrevista Clínica, que é por si só um instrumento muito rico e muito valioso na clínica, para se poder explorar nomeadamente, o que os indivíduos sentem em relação à doença e qual o seu nível de adaptação a esta.

Deste modo, seria pertinente avaliar outras dimensões, nomeadamente estratégias de *coping* adaptativas à doença, o contexto familiar, bem como outras variáveis como a auto-estima, o auto-conceito dos doentes, no sentido de se obter uma perspectiva global. Assim, será possível que as dimensões subjectivas, sociais e psicossociais se interrelacionem de modo a permitir e tornar eficaz a intervenção psicológica, diminuindo os comportamentos e estados emocionais negativos e aumentando e melhorando os mecanismos moderadores de adaptação à Artrite Reumatóide.

Na verdade, uma vez que a Artrite Reumatóide não tem cura, os objectivos propostos para estes doentes centram-se no alívio da dor, na prevenção da destruição das articulações e na manutenção do funcionamento físico e psicológico.

Salienta-se a este propósito a necessidade de um trabalho integrado dos vários profissionais de saúde, já que há um interrelacionamento entre os níveis físicos, psicológicos e sociais.

Tudo indica que para o doente artrítico, tanto o trabalho da equipa de saúde como o da família são suportes de grande importância para a melhoria da sua Qualidade de Vida.

Só com um esforço conjugado e consistente, se poderá encarar com esperança o futuro do doente crónico com Artrite Reumatóide.

Este estudo exploratório demonstrou ser útil na detecção das áreas em que o doente com Artrite Reumatóide apresenta mais dificuldades. Assim, é possível elaborar estratégias de intervenção psicológica, durante o tratamento e reabilitação, que ajudam o indivíduo no processo de ajustamento à doença e suas sequelas, mantendo uma existência activa, participante e gratificante, usufruindo de uma boa Qualidade de Vida, apesar de ter uma doença crónica potencialmente incapacitante.

Poder-se-á considerar que este trabalho de dissertação constitui um pequeno contributo para melhorar e tornar mais eficaz o apoio a toda a problemática colocada aos doentes com Artrite Reumatóide, uma vez que se trata de uma doença crónica e incapacitante e onde a Qualidade de Vida deverá ser reconhecida como um factor importante na planificação e avaliação de estratégias de tratamento daquela doença.

***REFERÊNCIAS***

***BIBLIOGRÁFICAS***

- 📖 Ader, R. (1980). Psychosomatic and psychoimmunologic research. *Psychosom. Med.*, 3, 307-321.
- 📖 Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1991). Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: A prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 10 (6), 419-426.
- 📖 Anderson, L. A.; Zimmerman, M. A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management. *Patient Educ. Couns.*, 20, 27-36.
- 📖 Anderson, R., & Bury, M. (1988). *Living with chronic illness: The experience of patients and their families*. London: Unwin Hyman Ltd.
- 📖 Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L.D., Daniel, L.K. (1985). Rheumatoid arthritis: Review of psychological factor related to etiology, effects, and treatment. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 358-387.
- 📖 Arnet, F. C. & al. (1988). The ARA 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arth. Rheum.*, 31, 315-324.
- 📖 Barlow, J. H., Macey, S. J., & Struthers, G. R. (1994). Perceptions of control rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 33 (2).
- 📖 Barnabé, R. (1996). *Qualidade de vida, relação conjugal e satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas - um estudo comparativo* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- 📖 Beckman, J. & Ditlev, G. (1993) Conceptual views on quality of life. In A. Kaplan (Ed.), *Health Promotion and chronic illness: Discovering a new quality of life*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 133-139.
- 📖 Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- 📖 Bell, M. J., Bombardier, C., & Tugwell, P. (1990). Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 33 (4), 591-601.
- 📖 Bendtsen, P., & Hörnquist, J. O. (1992). Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 1, 297-305.
- 📖 Bendtsen, P., Akerlind, I., & Hörnquist, J. O. (1995). Pharmacological intervention in older patients with rheumatoid arthritis. *Drugs & Aging*, 7 (5), 338-346.

- 📖 Bennett, K., Torrance, G., & Tugwell, P. (1991). Methodologic challenges in the development of utility measures of health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Controlled Clinical Trials*, 12, 118-128.
- 📖 Blalock, S., Vellis, B., Velleis, R., & Sauter, S. (1988). Self-evaluation processes and adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 31 (10), 1245-1251.
- 📖 Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.
- 📖 Bombardier, C., & Raboud, J. (1991). A Comparison of health-related quality-of-life measures for rheumatoid arthritis research. *Controlled Clinical Trials*, 12, 243-256.
- 📖 Bowling, A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life Measurement scales*. Bristol: Open University Press.
- 📖 Brewin, C. R. (1988). Explanation and adaptation in adversity. In S. Fisher e J. Reason (Eds.), *Handbook of life stresss, conition and health*. Chichester: John Wiley & Sons, 423-437.
- 📖 Buchbinder, R., Bombardier, C., Yeung, M., & Tugwell, P. (1995). Which outcome measures should be used in rheumatoid arthritis clinical trials? clinical and quality-of-life measures responsiveness to treatment in a randomized controlled trial. *Arthritis & Rheumatism*, 38 (11), 1568-1580.
- 📖 Buchholz, W. M., Pfeifer, M.P., & Schafer, L. C. (1996). Ajudando o doente crônico a viver com uma doença crônica. *Patient Care*, 6, 40-48
- 📖 Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12 (1), 1 - 13.
- 📖 Cronbach, L. (1990). *Essentials of psychological testing*. New York: Herper & Row Publishers.
- 📖 Day, H. (1993). Quality of life: counterpoint. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (3): 135-142.
- 📖 Diekstra, R. (1990). Public health psychology: On the role of psychology and health care in the 21st century. In P. Drenth and al. (Eds), *European Perspectives in Psychology*. Chichester: John Wiley.
- 📖 Eberhardt, K., Larsson, B., & Nived, K. (1993). Early rheumatoid arthritis: Some social, economical, and psychological aspects. *Scand. J. Rheumatol.*, 22, 119-123.

- 📖 Escofet, D. R. (1991). *Reumatologia en la consulta diaria* (vol. I). Barcelona: Espaxs Publicaciones Medicas.
- 📖 Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health psychology*. London: Human Horizons Series.
- 📖 Fitzpatrick, R. (1993). The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Bailiare's Clinical Rheumatology*, 7, 297-317.
- 📖 Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives Physycal Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.
- 📖 Fries, J. & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patient outcomes. In B. Spilker (Ed), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 25 - 35). New York: Raven Press.
- 📖 Giovannini, D. & all. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles: Pierre Mardaga Editeur.
- 📖 Gomes, J. A. (1991). Aspectos clínicos da artrite reumatóide. *Arq. Reumatol*, 13, 9-28.
- 📖 Gonçalves, G. (1992). *Cadernos de Reumatologia*. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica.
- 📖 Goodenow, C., Reisine, S. T., & Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9 (3), 266-284.
- 📖 Harris, E. D. (1989). Pathogenesis of rheumatoid arthritis. In W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, & C. B. Sledge, *Textbook of rheumatology* (pp. 905-942). Philadelphia: Saunders Company.
- 📖 Harris, E. D. (1993). Clinical features of rheumatoid arthritis. In W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, & C. B. Sledge, *Textbook of rheumatology* (pp. 874 - 906). Philadelphia: Saunders.
- 📖 Herek, G. M. (1990). Chronic illness. In Taylor & Aspinwall, *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*.
- 📖 Hermann, B. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy: The contribution of neuropsychology. *Epilepsia*, 34 (supl. 4), 14-21.
- 📖 Hughes, G. R. (1994). *Connective tissue disease*. London: Ed. Blackwell Scientific Publications.
- 📖 Kaplan, M. R. (1985) Quality-of-life measurement. In P. Karoly, *Measurement strategies in health psychology*. New York: John Wiley and Sons, 115-146.

- 📖 Kaplan, R. M., & Anderson, J. P. (1990). The general health policy model: An integrated approach. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 131-149). New York: Raven Press.
- 📖 Kinson, C. J. (1994). Quality of life measurement: Does it have a place in routine clinical assessment? *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 35, 377-381
- 📖 Klippel, J. H., & Dieppe, P. (1994). *Rheumatology*. St. Louis: Ed. Mosby.
- 📖 Krol, B., Sanderman, R., & Swrmeijer, T. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: Concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling*, 20, 101-120.
- 📖 Krol, B., Sanderman, R., & Swrmeijer, T., Doeglas, D., Van Rijswijk, M., & Van Leeuwen, M. (1995). Medical, physical and psychological status related to early rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 14 (2), 143-150.
- 📖 Leal, I. P. (1992). Investigação em psicologia da saúde: Algumas considerações. *Análise Psicológica*, 2 (X), 249-252.
- 📖 Liang, M. H. (1989). Psychosocial aspects of rheumatic diseases. In W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, & C. B. Sledge, *Textbook of Rheumatology* (pp. 611-620). Philadelphia: Saunders Company.
- 📖 Liang, M. H. (1993). Psychosocial management of rheumatic diseases. In W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, & C. B. Sledge, *Textbook of rheumatology* (pp. 535 - 543). Philadelphia: Saunders.
- 📖 McCarty, D. J., & Koopman, W. J. (1993). *Arthritis and allied conditions* (12nd ed.). Philadelphia: Ed. Lea & Febiger.
- 📖 McFarlane, A. C., & Brooks, P. M. (1990). Psychoimmunology and rheumatoid arthritis: Concepts and methodologies. *J. psychiatry in Medicine*, 3, 307-322.
- 📖 McGuigan, F. (1976). *Psicologia experimental. Uma abordagem metodológica*. São Paulo: E. P. U..
- 📖 McGuire, A. M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In M. R. Trimble (Ed.), *Women and epilepsy*. Chichester: John Wiley & Sons.

- 📖 McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item short-form health survey: II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- 📖 Mello Filho, J. (1992). Artrite reumatóide. In J. Mello Filho (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 142-143). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 📖 Meyerowitz, S. (1970). Psychosocial factors in etiology of somatic disease. *Ann. Intern. Med.*, 72, 753.
- 📖 Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1964). Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 23, 145.
- 📖 Moreira, M. D., & Mello Filho, J. (1992). Psicoimunologia hoje. In J. Mello Filho (Ed.) *Psicossomática Hoje* (pp. 119-151). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 📖 Mosteller, F., Ware, J. & Levine, S. (1989). Finale panel: Comments on the conference on advances in health status assessment. *Medical Care*, 27 (3), 282-294.
- 📖 Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1992). Longitudinal relationships among pain, sleep problems and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Abnormal Psychology* 101 (3), 514-520.
- 📖 Oken, D. (1975). Organic disorders and psychosomatic medicine. *American Handbook of Psychiatry*, IV, Cap.30, 727-766.
- 📖 Osler, W. (1892). *The principles and practices of medicine*. New York: Appleton and Company.
- 📖 Palha, A. P. (1985). *Psicossomática em reumatologia*. Porto: Lab. Ciba-Geigy.
- 📖 Palha, A. P., Araújo, D., Lourenço, M., Nunez, J. S., Castro, G., & Vaz, A. L. (1991). Artrite reumatóide: Alguns aspectos psicossomáticos. *Rev. Port. Reumatol.*, 19, 425 - 429.
- 📖 P.N.U.D. (1994). *Relatório do desenvolvimento humano*. Lisboa: Tricontinental Editora.
- 📖 Pocock, S. J. (1991). A perspective on the role of quality-of-life: Assessment in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 12, 257-265.
- 📖 Pouchot, J., Guillemin, F., & Coste, J. (1994). Mesures de qualité de vie en rhumatologie. *La Presse Médicale*, 23 (29), 1328-1330.
- 📖 Queiroz, M. V. (1991). Clínica da Artrite Reumatóide. *Cadernos de Reumatologia*, 2 (1), 2 - 9.

- 📖 Queiroz, M. V. (1996). *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- 📖 Queiroz, M. V. & Pádua, F. (1986). *Reumatologia para clínicos gerais*. Lisboa: C.P.E.R..
- 📖 Rebelo, L. (1994). Factores psicossociais na artrite reumatóide: O conhecimento para reumatologistas. *Acta Reuma. Portuguesa*, 19 (1), 23-42.
- 📖 Redelmeier, D. A., & Lorig, K. (1993). Assessing the clinical importance of symptomatic improvements: An illustration in rheumatology. *Arch. Intern. Med.*, 153 (14), 1337-1342.
- 📖 Reisine, S. T., Grady, K. E., Goodenow, C., & Fifield, J. (1989). Work disability among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 32 (5), 538-543.
- 📖 Ribeiro, J. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.
- 📖 Ribeiro, J. P. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33 - 35). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- 📖 Ribeiro, J. P. (1994). A psicologia da saúde, saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33 - 35). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- 📖 Ribeiro, J. P. (1996). Questionário de avaliação da qualidade de vida: F-84. *Newsletter do Gru. Po-QDV*, 2 (1).
- 📖 Rimón, R. (1989). Connective tissue diseases. In M. D. Cheren (Ed.), *Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice* (vol. II, pp. 565 - 609). Connecticut: International Universities Press.
- 📖 Robinson, H. (1971). A psychological study of rheumatoid arthritis and selected controls. *J. Chronic. Dis.*, 23, 791-801.
- 📖 Sarafino, E. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactivos*. New York: John Wiley and Sons.
- 📖 Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.) *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 11-23). New York: Raven Press.
- 📖 Scott, D. L. (1992). The course and outcome of rheumatoid arthritis. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 6 (1).
- 📖 Seda, H. (1982). *Reumatologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica.

- Shumaker, S., Anderson, R., & Czajkowski, S. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.) *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 95-113). New York: Raven Press.
- Silvermann, A. J. (1985). Rheumatoid arthritis. In H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry IV* (pp. 1185-1198). Baltimore: Williams & Wikins.
- Smith, T. W., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 9* (4), 377-389.
- Solomon, G. F. (1987). Psychoneuroimmunology: Interactions between central nervous system and immune system. *J. Neurosc. Resear.*, 18, 1-9.
- Spilker, B. (1990). Introduction. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 3-9). New York: Raven Press.
- Taal, E., Seydel, E.R., Rasker, J.J., & Weigman, O. (1993). Psychosocial aspects of rheumatic diseases: Introduction. *Patients Education and Counseling, 20*, 55-61.
- Taylor & Aspinwall (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. In G. M. Herek (Eds.), *Psychological aspects of serious illness chronic condicions, fatal disease and clinical care* (pp. 7-59). Washington: American Psychological Association.
- Taylor & col. (1986). *Quality of life, psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Whashington: APA.
- Teixeira, J. A. C. (1992). Psicologia da saúde: Estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica, X* (2), 149-157.
- Teixeira, J. C. & Leal, I. P. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica, 4* (VIII), 453-458.
- Teixeira, J. C. & Leal, I. P. (1994). Psicologia da saúde: Contributos para a descrição do seu estado actual e perspectivas futuras no ISPA. In M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* ( pp. 177 - 190). Braga: APPORT.
- Teixeira, J. A. C., Silva, J. A. S., Resende, I. P., Silva, N. R., Branco, J. C., & Queiroz, M. V. (1986). A imagem do corpo e representação de si em doentes com artrite reumatóide. *Acta Reuma. Port.*, XI (4), 205-212.
- Teixeira, J. A. C., Silva, J. A. S., Resende, I. P., Silva, N. R., Branco, J. C., & Queiroz, M. V. (1987). Aspectos psicológicos da artrite reumatóide (Breve revisão) *Acta Reuma. Port.*, XII (1), 25-33.

- 📖 Tugwell, P., Bombardier, C., Bell, M., Bennett, K., Bensen, W. , Grace, E., Hart, L., & Goldsmith, C. (1991). Current quality-of-life research challenges in arthritis relevant to the issue of clinical significance. *Controlled Clinical Trials*, 12, 217-225.
- 📖 Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item short-form health survey: I . Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-481.
- 📖 Weinaman, J. (1990). Health psychology in the 1990's. In P. Drenth (Ed.), *European Perspectives in Psychology* (pp. 153-167). Chichester: John Wiley.
- 📖 Weisman, M. H. (1989). Natural history and treatment decisions in rheumatoid arthritis revisited. *Arthr. Care Resear.*, 3, 75-83.
- 📖 Wood-Dauphinee, S. & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are you missing the boat?. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.
- 📖 Yelin, E. (1992). Arthritis: The cumulative impact of common chronic condition. *Arthritis Rheum.*, 5, 489-497.
- 📖 Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 619-627.
- 📖 Zautra, A. J., Burleson, M. H., Blalock, S. J., DeVellis, R. F., DeVellis, B, Smith, C. A., Wallston, K. A., & Smith, T. W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14 (5), 399 - 408.