



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

**A QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES
COM ARTRITE REUMATÓIDE**

Ana Filipa Pereira Paixão Gonçalves

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008/2009



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

A Qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide

Ana Filipa Pereira Paixão Gonçalves

Dissertação orientada por: Professor Doutor Machado Caetano

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008/2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professor Doutor Machado Caetano, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho DES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Siglas

QDV-Qualidade de vida

AR-Artrite Reumatóide

DC-Doença Crónica

Aos meus pais,
À minha irmã,
Pelo seu carinho e dedicação.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Machado Caetano enquanto meu orientador, por toda a colaboração e apoio, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao Dr. Abel Matos Santos pelo seu apoio e orientação.

A todos os meus familiares, nomeadamente aos meus pais, à minha irmã e ao João.

Aos meus amigos, especialmente ao Gonçalo.

Ao Professor Doutor José Azevedo e Dr. Rui Carreteiro cujo apoio, foi fundamental para a realização deste trabalho.

Ao Dr. António Vilar pelo contributo prestado para a elaboração deste trabalho.

Aos doentes com Artrite Reumatóide pela colaboração prestada, nomeadamente na resposta aos questionários.

Resumo

O presente estudo procura verificar se a qualidade de vida em doentes com artrite reumatóide tem diferenças significativas, relativamente à qualidade de vida de indivíduos sem artrite reumatóide.

A amostra foi seleccionada aleatoriamente por conveniência. È composta por 30 participantes com diagnóstico médico confirmado de artrite reumatóide, recolhida no Instituto Português de Reumatologia de Lisboa e na Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, sendo constituída por doentes de ambos os sexos, predominando o sexo feminino (93.33 %). A faixa etária desta amostra varia entre os 42 anos e os 79 anos de idade, sendo que a média de idades é de 60,9 anos. Este estudo é qualitativo transversal.

Foi utilizado como instrumento de medida, o Questionário de Saúde SF-36, traduzido e adaptado por Ferreira (2000).

Através da comparação de médias das oito dimensões do SF-36, da nossa amostra, com os valores de referência do SF-36 (população saudável), verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões.

Assim a hipótese colocada inicialmente, confirma-se, concluindo-se que a população de pessoas com artrite reumatóide tem menor qualidade de vida que a população sem artrite reumatóide.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide, Qualidade de Vida, Autoimunidade, Doenças Auto-imunes, Doença Crónica.

ABSTRACT

The following study seeks to assess if the life quality of patients with rheumatoid arthritis is poorer than individuals free of this disease.

A total of 30 patients with a confirmed diagnosis of rheumatoid arthritis carried out in the Instituto Português de Reumatologia de Lisboa e na Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide was randomly selected by convenience. The sample was formed by patients of both genders, predominantly feminine (93.33%) and with ages between 42 and 79, being 60.9 the average age. This is a transversal qualitative study.

As the measurement instrument the health questionnaire SF-36 translated and adapted by Ferreira (2000) was used.

By comparing measurements of our sample from all eight different dimensions of the SF-36 with the standard sample given in the SF-36 (healthy population) significant differences were verified in all dimensions.

Therefore the hypothesis proposed earlier is confirmed and we may assume that the population of people which have rheumatoid has a poorer quality of life than the rheumatoid-free population.

Key words: Rheumatoid arthritis, Quality of Life, Autoimmunity, Auto-immune Diseases, Chronic Disease.

ÍNDICE

Introdução	1
1-Enquadramento teórico	
1.1- Auto- Imunidade e Doenças Auto-imunes	3
1.2- Artrite Reumatóide	
1.2.1-Definição	8
1.2.2-História	10
1.2.3-Fisiopatologia	12
1.2.4-Etiologia	14
1.2.5-Semiologia	15
1.2.6-Diagnóstico	16
1.2.7-Tratamentos	18
1.2.8-Prognóstico	21
1.3- Qualidade de Vida em Doentes Crónicos	22
1.4- Qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide	28
2-Objectivos e Hipóteses	31
3 - Método	
3.1- Amostra	32
3.2-Instrumentos de Medida	35
3.3- Procedimento	38

4- Resultados	39
5- Discussão e Conclusões	47
7- Referências Bibliográficas	49
Anexos	

Anexos

Anexo A- Escala SF-36

Anexo B

Output 1- Consistência interna funcionamento físico

Output 2- Consistência interna do desempenho físico

Output 3- Consistência interna da dor corporal

Output 4- Consistência interna da saúde geral

Output 5- Consistência interna da vitalidade

Output 6- consistência interna do funcionamento social

Output 7- Consistência interna do desempenho emocional

Output 8- Consistência interna da saúde mental

Output 9- Teste da normalidade

Output 10- Teste da homogeneidade e variâncias

Output 11- Médias das 8 dimensões do SF-36

Índice de Tabelas

Tabela 1- Espectro das doenças auto-imunes	4
Tabela 2- Distribuição da idade dos sujeitos	32
Tabela 3- Distribuição do estado civil	33
Tabela 4- Distribuição da escolaridade	33
Tabela 5- Distribuição por profissão	34
Tabela 6- Distribuição por contexto habitacional	34
Tabela 7- Correlações de Alfa de Cronbach	37
Tabela 8- Média do funcionamento físico	39
Tabela 9- Comparação de médias do funcionamento físico	39
Tabela 10- Média do desempenho físico	40
Tabela 11- Comparação de médias do desempenho físico	40
Tabela 12- Média da dor corporal	41
Tabela 13- Comparação de médias da dor corporal	41
Tabela 14- Média da saúde geral	42
Tabela 15- Comparação de médias da saúde geral	42
Tabela 16- Média da vitalidade	43
Tabela 17- Comparação de médias da vitalidade	43
Tabela 18- Média da saúde mental	44
Tabela 19- Comparação de médias da saúde mental	44
Tabela 20- Média do funcionamento social	45
Tabela 21- Comparação de médias do funcionamento social	45
Tabela 22- Média do desempenho emocional	46
Tabela 23- Comparação de médias do desempenho emocional	46

Índice de Figuras

Figura 1- Principais determinantes das doenças auto-imunes	5
Figura 2- Envolvimento ocular na AR	6
Figura 3- Articulação	13

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença que afecta de forma significativa a saúde. Segundo Lina da Silva (1999) "É difícil e desgastante vencer a dor física. Mais difícil e desgastante se torna quando a esta se associa a dor psíquica" (p. 55).

A AR é uma doença reumática, crónica, dolorosa e incapacitante, que afecta articulações e estruturas periarticulares, podendo vir também a afectar outros órgãos constituídos por tecido conjuntivo. Abrange todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos ou em idosos), todo o tipo de sexo e etnia (Ventura, 2007).

No entanto, muitas são as pessoas que desconhecem esta doença, os seus sintomas, tratamentos e consequências. Apesar de uma das características da definição de doença crónica ser "não ter cura", a medicina tem vindo a fazer descobertas e evoluído, podendo hoje, oferecer a muitos doentes com AR, tratamentos que atenuam e melhoram muito, as dores e a Qualidade de Vida (QDV).

Entre as diversas doenças crónicas, existem as doenças reumáticas (atingem entre 8% a 10% da população portuguesa, segundo a Liga Portuguesa Contra o Reumatismo), que devido à sua diversidade, podem englobar doenças auto-imunes, tal como, a Artrite Reumatóide. Estas doenças trazem repercussões quer na vida do doente quer para comunidade.

Já se realizaram alguns estudos para verificar, que importância e influência tem, a AR na QDV desses mesmos doentes.

Neste sentido, procurou-se investigar se a qualidade de vida dos doentes com AR era significativamente diferente da QDV dos indivíduos sem AR. Para tal, compararam-se as médias da nossa amostra, com os dados de referência da população saudável do questionário SF-36.

Assim, o trabalho será apresentado em cinco partes, sendo que a primeira integrará o enquadramento teórico, uma revisão de literatura que abordará quatro temáticas fulcrais ao estudo, nomeadamente: a Autoimunidade e Doenças Auto-imunes, a Artrite Reumatóide, a Qualidade De Vida em Doentes Crónicos e a Qualidade De Vida em doentes com Artrite Reumatóide.

A segunda parte diz respeito ao objectivo e hipótese do estudo, e a terceira ao método da investigação, que neste caso será um estudo qualitativo transversal com uma amostra não aleatória por conveniência, com 30 participantes.

Na quarta parte serão apresentados os resultados (Análise Estatística) e, por último, a discussão e conclusão dos mesmos.

1)ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1)AUTOIMUNIDADE E DOENÇAS AUTO-IMUNES

A autoimunidade abrange todos os mecanismos funcionais do sistema imunológico, que reconhecem todos os componentes do hospedeiro. Contudo, a partir de meados do século XX, a produção de auto-anticorpos começou a ser associada com doenças, em que eram afectados determinados órgãos, e a partir dessas investigações, começou a reconhecer-se que o sistema imunológico, pode ser auto agressivo e identificaram-se as doenças auto-imunes (Delgado,2007).

A tiroidite de Hashimoto (doença da tiróide mais frequente em mulheres de meia idade, que geralmente leva à formação de bócio e hipotireoidismo) foi um dos primeiros exemplos em que a produção de auto-anticorpos foi associada a patologia em determinado órgão (Roitt, Brostoff & Male, 1992). A prevalência das doenças auto-imunes tem aumentado, atingindo cerca de 5% dos europeus e norte-americanos (2\3 são mulheres). Nos europeus é a quinta causa de morte no sexo feminino, e nos norte-americanos a sétima (Delgado, 2007).

As doenças auto-imunes englobam um grupo muito heterogêneo, podendo classificar-se como órgão específicos e órgão não específicos (sistêmicas), conforme os anticorpos são dirigidos contra antígenos localizados em determinados órgãos, ou antígenos disseminados (Roitt et al.,1992).

Tabela 1 – Espectro das doenças auto-imunes(adaptado de Roitt et al, 1992)

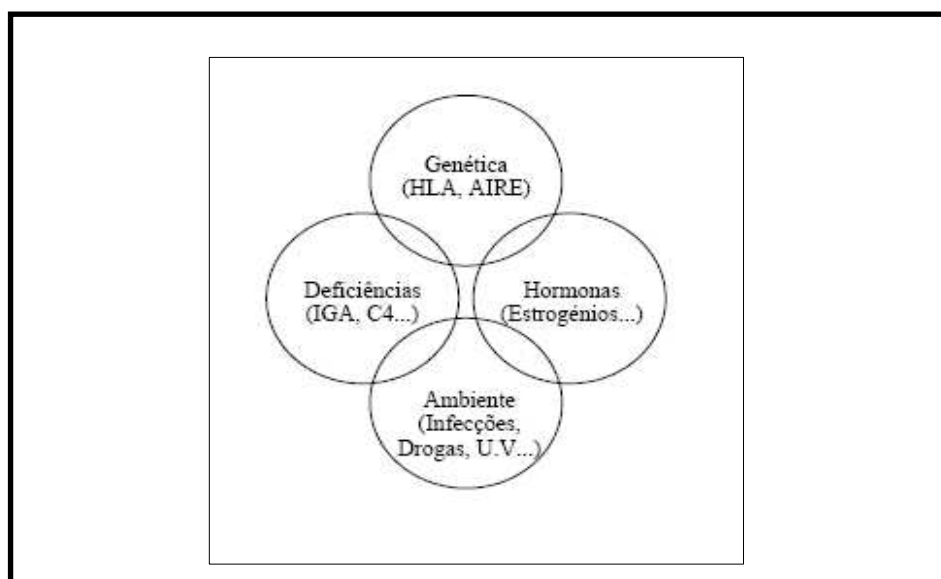
Órgão -específica	Tireoidite de Hashimoto
	Mixedema primário
	Tireotoxicose
	Anemia perniciosa
	Gastrite auto-imune atrófica
	Doença de Addison
	Menopausa prematura (poucos casos)
	Síndrome de Goodpasture
	Myastina grave
	Infertilidade masculina(poucos casos)
	Pênfigo vulgar
	Penfigóide
	Oftalmia simpática
	Uveíte facogénica
	Esclerose múltipla(?)
	Anemia hemolítica auto-imune
	Púrpura trombocitopénica idiopática
	Leucopenia idiopática
	Cirrose biliar primária
	Hepatite crónica activa (Hbs Ag neg)
	Cirrose criptogénica
	Colite ulcerativa
	Síndrome de Sjogren
	Artrite Reumatóide
	Dermatomiosite
	Escleroderma
	Doença do tecido conjuntivo misto
Lupus eritematoso discóide	
Órgão não-específica	Lupus eritematoso sistémico(LES)

No caso da AR, o sistema imunológico vai levar preferencialmente a sinovial articular. Nas doenças órgão não-específicas, os complexos formados com os antígenos que estão envolvidos são depositados, principalmente nos rins, articulação e pele, e dão sintomatologia mais disseminada da doença.

Nas doenças órgão específicas, as lesões são mais localizadas porque o antígeno atinge um órgão, "transformando-o" no alvo para o ataque imunológico (Roitt et al.,1992).

A etiopatogenia destas doenças é multifactorial, resultando da interacção de factores genéticos e ambientais que actuam como iniciadores da doença, muitas vezes associados a deficiências na imunorregulação, tal como podemos verificar através da seguinte figura:

Figura 1 - Principais determinantes das doenças auto-imunes(adaptado de Delgado,2007)



Os factores genéticos parecem ser primordiais na susceptibilidade à doença auto-imune. Com efeito, há maior incidência da doença, em gémeos monozigóticos do que em dizigóticos. Outros casos mais raros de doença, estão associados à mutação de um único gene, embora a maioria seja multigénica, originando um fenótipo anormal ou uma susceptibilidade a um iniciador ambiental específico (Delgado, 2007).

As infecções são também importantes indicadores das doenças auto-imunes em sujeitos predispostos, pois ao desencadearem, muitas vezes, uma intensa resposta inflamatória, podem activar uma produção policlonal de linfócitos que invadem o local e/ou a libertação de antígenos sequestrados (Delgado, 2007), (antígenos que se localizam em tecidos como sistema nervoso central, cristalino, tiróide e testículos, e, que por razões anatómicas, não estão em contacto com o sistema imunitário, não sendo, portanto, reconhecidos como "self". Quando, por infecções ou traumatismos, entram em contacto com o sistema linforeticular, podem levar a reacções ou doenças auto-imunes)(Carneiro de Moura, cit. por Palma-Carlos, 1986).

Certos fármacos, os seus metabolitos ou alguns químicos podem alterar certos componentes do self, dando origem a antígenos que ao não serem reconhecidos desencadeiam reacções de auto-imunidade. Por fim, há ainda os indicadores ambientais, endógenos ou exógenos. Uma das hormonas que pode desencadear fenómenos de auto-imunidade são os estrogénios, sendo uma das razões prováveis porque as doenças auto-imunes são mais frequentes nas mulheres (Delgado, 2007).

Nas doenças auto-imunes sistémicas, como a AR, há produção de anticorpos que identificam auto-antígenos que estão presentes em vários órgãos e tecidos, e a lesão tecidual abrange frequentemente vários órgãos.

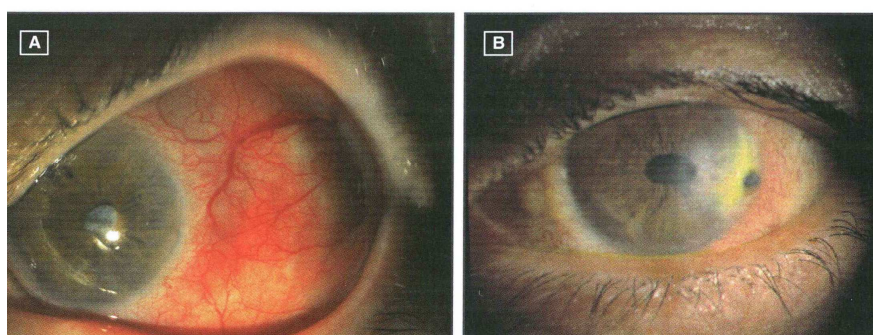


Figura 2-Envolvimento ocular na AR(adaptado, Delgado,2007)

Investigações realizadas por Ader, 1991, Calabrese, Kling & Gold, 1987 (cit. por Rebelo,1998), concluíram que situações de stress podem suprimir o sistema imunológico e consequentemente levar à doença. Este autor defende que existe uma influência da *psiché* e do cérebro no sistema imunitário do sujeito, e que esta influência pode, muitas vezes, ser negativa, podendo originar doenças, ou seja, se todas as doenças são psicossomáticas, uma vez que o sistema nervoso central está sempre presente, então os factores neuroendócrinos regulam ou medeiam reacções imunológicas, justificando-se, assim, a forma como os factores psicossociais influenciam respostas imunes e doenças (Ader, 1980 cit. por Rebelo,1998).

Relativamente à patologia em estudo, a AR, Solomon(1987), defendia que certos traços da personalidade do doente e situações de stress, de ansiedade ou a ocorrência de psicopatologia podiam influenciar a eclosão da doença. Baseado em estudos, tudo indica que a forte convergência que existe entre factores genéticos, ambientais e infecciosos, não só influenciam, como podem, até mesmo, dar inicio aos processos de inflamação articular. Apesar dos agentes imunossupressores serem cada vez mais potentes, o prognóstico desta doença é desfavorável, verificando-se uma grave incapacidade ao fim de vinte anos de doença (cit. por Rebelo, 1998)

Existem muitas alterações a nível do sistema imunitário devido a situações originadas pelo stress. O stress emocional e mental pelo qual o doente pode vir a passar, pode provocar a libertação de várias hormonas e neurotransmissores, alterando, assim, o sistema imunitário (Benschop & Schedlowski, 1999). O sistema imunológico está relacionado com as funções hormonais e ambas com o sistema nervoso central, ou seja, o organismo do sujeito deve ser encarado como um todo que se auto-influencia (Panozzo, 2004).

1.2) ARTRITE REUMATÓIDE

1.2.1) Definição

Artrite Reumatóide (AR) como 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 (Queiroz, 1991).

Dada a sua prevalência e importantes problemas médicos, económicos e sociais associados, o mesmo autor considera esta “doença difusa do tecido conjuntivo” como uma das principais doenças reumáticas.

A AR é uma "doença heterogénea", quer a nível clínico quer a nível psicológico, isto é, cada indivíduo reage de forma diferente podendo provocar diferentes alterações no sistema imunológico. Estes doentes estão mais vulneráveis a factores de stress, à medida que as dores vão avançando, tornando-se cada vez mais incapacitados originando uma diminuição da auto-estima (Rebelo, 1998). O elevado stress é um dos factores que pode levar à diminuição de respostas imunitárias (Reis & Pereira, 2000), aqui se estabelece a relação e evidencia-se a importância da relação do bem-estar do indivíduo com o seu sistema imunitário.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2004), esta doença é predominante no sexo feminino (4 mulheres para 1 homem), a partir dos 40 anos ou em mulheres pós-menopáusicas. Contudo, também podem ocorrer casos de artrite idiopática juvenil. Os casos mais típicos de artrite apresentam-se por poliartrite simétrica de predomínio distal, sendo progressiva e incapacitante (Vaz, 2000) verificando-se uma diminuição da esperança média de vida, na artrite grave, de 7 anos nos homens e 4 anos nas mulheres (Isaacs & Moreland, 2005).

Estas mortes prematuras podem estar relacionadas com os danos que esta doença causa ao longo do tempo nos restantes órgãos, originando lesões renais ou "perfuração digestiva provocadas pelos anti-inflamatórios não esteróides (AINE'S)"(Pincus cit. por Vaz, 2000). Estudos de Spector (1990) concluíram que após 20 anos de evolução da doença, estes doentes apresentam debilidades muito acentuadas, sendo os doentes internados em meio hospitalar os que mais sofrem. Estima-se que em Portugal 0,5% da população portuguesa (50 000 doentes) tenha AR (Fernandes, Dias & Ventura, 2007).

Segundo o Colégio Americano de reumatologia (1991) existem quatro classificações distintas para a AR,são elas:

- Classe I- O doente é capaz de realizar todas as actividades da vida diária (cuidar de si próprio), profissionais e de lazer;
- Classe II- Capaz de cuidar de si próprio, de ir trabalhar mas é limitado nas actividades de lazer;
- Classe III- Capaz de cuidar de si próprio, mas já tem muitas limitações a trabalhar e no lazer;
- Classe IV- Limitado em todas estas três actividades, cuidar de si próprio, trabalhar e ter actividades de lazer.

Tal como podemos verificar, a incapacidade funcional do sujeito vai se agravando, consoante o aumento das classes (Queiroz, 2002).

1.2.2) História

A história da AR remonta de à 4500 anos antes de Cristo. O primeiro documento histórico relacionado com esta doença foi o texto indiano "Caraka Samhita", 123 anos depois de Cristo, que relatava uma doença com algumas semelhanças com a AR, sintomas dolorosos nas articulações, membros inchados e muitas vezes chegava a causar febre e perda de apetite (Underwood, 2000).

Em 1591 o médico francês Guillaume de Baillou, escreveu um dos primeiros livros sobre artrite. No seu livro a palavra reumatismo era utilizada para descrever situações de dor, rigidez e inflamação a nível das articulações e músculos.

No séc XVII, o médico Thomas Sydenham diferenciou a gota, da febre reumática e das doenças reumáticas. Segundo Sydenham, a febre reumática era uma doença que atacava principalmente pessoas jovens e os sintomas iniciais eram arrepios e febre. O reumatismo levava o doente à perda completa dos movimentos dos membros, tornando a pessoa incapacitada acabando por a levar à morte (Weber, 2008).

Em 1763, iniciava-se a utilização de salicilato, constituinte activo da aspirina, pois julgava-se que poderia curar, ou pelo menos atenuar, os sintomas causados por esta doença. Porém, só em 1859 é que o médico londrino, Alfred Garrod, assumiu o termo "Artrite Reumatóide".

Em 1893, o cirurgião W.A.Lane destaca-se pela sua inovação de aplicar nas articulações danificadas, parafusos de aço de carbono, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida nestes doentes.

Em 1897 o ácido acetilsalicílico, rapidamente se tornava mundialmente conhecido pela sua eficácia no alívio das dores e tratamento das doenças reumáticas.

Jacques Forestier, em 1929, julgava que a AR era uma doença infecciosa análoga à tuberculose, (Alcino & Vaz, 2000) por isso começou a utilizar outra droga para aliviar as dores, as injeções periódicas de sais de ouro (Underwood, 2000).

O ouro já era muito utilizado na medicina desde os finais do século XIX, com estudos do Dr. Robert Koch, devido às suas "propriedades bactericidas *in vitro* aurocianeto para o *Mycobacterium tuberculosis* (Alcino & Vaz, 2000). A utilização desta terapêutica, teve resultados tão positivos que foi utilizada até à muito pouco tempo.

Em 1939 apareceu a primeira teoria sobre a auto-imunidade. McFarlane Burnet defendia que a auto-imunidade era a defesa do próprio organismo, prejudicando e afectando os próprios tecidos, causando situações de artrite.

Em 1941 surge a primeira Associação Americana de Doenças Reumáticas e em 1946 é fundada na Filadélfia a primeira delegação americana para controlar o reumatismo. Em 1948, para além de se inaugurar a Fundação de Artrite, também se descobrem novas terapêuticas. A terapêutica dos anti-inflamatórios de hormonas esteróides que leva o Dr. Philip Hench e Dr. E.C. Kendall ao Prémio Nobel.

Em 1955 o prednisone, um derivado sintético da cortisona torna-se no medicamento oral corticosteróide mais usado (Weber, 2008).

Com o avançar dos anos, hoje em dia já se utilizam novas terapêuticas, realizam-se cirurgias mais eficazes para combater a dor e incapacidade que os doentes vão adquirindo. No entanto não podemos desprezar a história da doença e o seu desenvolvimento aos longo dos anos, pois para compreender hoje a doença são necessários esses conhecimentos (Rebelo, 1998).

1.2.3)Fisiopatologia

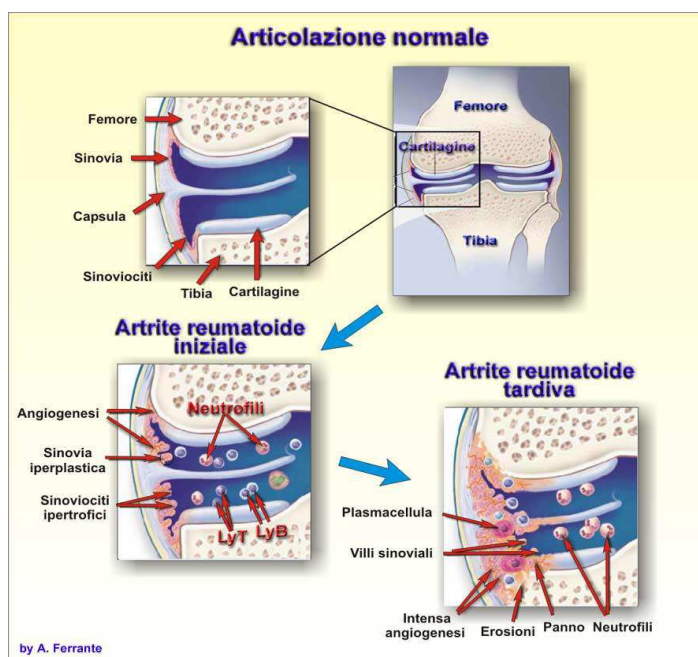
Na AR o local onde tudo se inicia é na sinovial, sendo possível observar um edema, hiper celularidade e hiperemia. A sinovial invadida é designada por "pannus" e a zona de invasão é denominada por junção cartilagem-pannus. A sinovial invade e destrói o osso subcondral na margem articular onde a cartilagem termina, reflectindo-se a partir do periosteio, sendo assim denominada por área nua. È nesta área que as erosões mais precoces se localizam. As enzimas hidrolíticas medeiam a invasão do osso subcondral e a destruição da cartilagem, produzindo células fagocitárias quer para a membrana, quer para o líquido sinovial. A cápsula articular e os ligamentos de suporte ficam enfraquecidos devido aos processos inflamatórios. A inflamação persistente nas bainhas tendinosas pode levar ao enfraquecimento e rotura dos tendões. A instabilidade das articulações e a subluxação podem derivar da destruição articular acompanhada de perdas das estruturas de suporte, atrofia muscular e também desequilíbrio dos grupos musculares antagónicos. As células de revestimento sinovial alastram-se, num estágio mais avançado da doença, e quando o estado da doença é mais grave, os linfócitos formam folículos na sinovial, ou seja, a natureza da sinovial vai-se alterando. Nesta enfermidade são bem visíveis os nódulos reumatóides, originados por uma vasculite, neste caso, estão ligados ao periosteio subjacente ou podem aparecer no dorso dos dedos e estarem ligados aos tendões. Estes nódulos são constituídos por uma zona central onde podemos observar uma área de necrose fibrinóide e restos celulares, rodeada por várias camadas de monócitos grandes e uma zona periférica constituída por linfócitos e monócitos. Muitos destes nódulos podem ser encontrados na pleura, válvulas cardíacas, miocárdio e mais raramente nas cordas vocais (Harrison, 1974).

Em doentes com AR são detectados na circulação anticorpos reactivos com locais antigénicos de molécula da imunoglobulina G(IgG). A estes auto-anticorpos, antiglobulinas ou anti- imunoglobulinas é dado o nome de factores reumatóides (Vaz e Vaz, 2000).

O antígeno que pode desencadear a activação desta cadeia ainda não é conhecido, colocando-se assim a hipótese da possível existência de uma alteração intrínseca da auto-imunidade, fazendo com que os linfócitos, não reconhecendo partes do self, reajam como se fossem substâncias estranhas, com capacidades antigénicas (Queiroz, 2002).

Para melhor compreensão, a Figura 3, representa uma articulação normal, a artrite reumatóide no seu início e em estado mais avançado:

Figura 3-Articulação (adaptado by A.Ferrante)



1.2.4) Etiologia

Ainda hoje se sabe muito pouco sobre os factores que originam ou podem influenciar o aparecimento da AR.

Os factores que podem estar envolvidos nesta doença são: factores relacionados com a parte genética do doentes, factores hormonais, uma vez que existem mais doentes do sexo feminino com AR do que doentes do sexo masculino, factores ambientais, que podem englobar a alimentação, o tabagismo... (Isaacs & Moreland, 2005).

Uma desvantagem desta doença é ser poligénica e geneticamente heterogénea, ou seja, varia consoante o organismo. O complexo major de histocompatibilidade (CMH) é um conjunto de genes situado no braço curto do cromossoma 6, que codifica as moléculas de Antígenos Leucocitários Humanos (HLA). A ligação mais forte deste complexo com a AR é a região HLA classe II, em que os péptidos antigénicos são apresentados e processados pelo sistema imunológico. Designou-se por epítipo partilhado a sequência de aminoácidos nuclear. Apesar de os estudos realizados não serem consistentes, pensa-se que o epítipo partilhado provavelmente influencia mais a gravidade da AR do que a sua incidência. Os sujeitos que herdaram dois epítipos partilhados, contendo moléculas de HLA-DR têm um pior diagnóstico (Isaacs & Moreland, 2005).

O factor ambiental que se julga que pode interferir mais, no aparecimento desta doença, são os agentes infecciosos. Como podemos verificar através do parvovírus B19, causador de uma doença transitória com sinais de AR no homem. Contudo estudos realizados não permitiram concluir de forma consistente a ligação entre a AR e os agentes infecciosos (Isaacs & Moreland, 2005).

Esta doença incide muito mais no sexo feminino que no masculino, numa razão de 4:1 (como foi referido anteriormente), suspeitando-se de uma possível influência hormonal. Estudos realizados por Elizabeth Karlson (2004), demonstraram que a amamentação pode ser benéfica para a prevenção desta doença e que ciclos irregulares de menstruação podem ser prejudiciais.

1.2.5)Semiologia

A AR pode ser detectada atempadamente ou não, isto é, quanto mais cedo for diagnosticado mais possibilidades existem de controlar a doença.

Antes de surgir o edema, o doente pode sentir cansaço, fadiga, fraqueza, pode sentir as articulações rígidas principalmente de manhã, artralguas e algumas mialgias. Apesar da AR ser uma doença simétrica, é possível limitar-se a uma só articulação, que normalmente se inicia nos joelhos e só mais tarde se estende a outras articulações.

A dificuldade do prognóstico advém precisamente do facto desta doença ter uma evolução muito variada. A amplitude dos movimentos vão se perdendo e a dor vai aumentando, podendo-se vir a desenvolver contracturas de flexão e em alguns casos, anquilose fibrosa ou óssea (Harrison,1974).

1.2.6)Diagnóstico

Como já foi referido anteriormente, nem sempre é fácil diagnosticar a AR, a não ser que a doença já esteja numa fase evoluída. Nesse caso o diagnóstico é fácil, pois as deformações são bem visíveis. Os dedos têm forma de "fuso", devido à tumefacção das interfalanges proximais e observa-se também um desvio cubital dos dedos, o polegar em "z", envolvimento das metatarsofalângicas... Apesar de não existirem manifestações clínicas ou laboratoriais patognomónicas de AR, os médicos recorrem a outros métodos como a visualização de alterações radiológicas e resultados positivos sobre os factores reumatóides.

Fries (cit. por Queiroz, 2002), reumatologista norte-americano avalia a AR através dos 5 D, são eles, (death, disability, discomfort, drug side-effects, dollars), ou seja diagnostica tendo em conta as áreas que são mais afectadas pela AR. Assim, a incapacidade, ou seja, a limitação do doente, é avaliada de forma cuidadosa, não excluindo nenhuma área que afecta o dia-a-dia do doente, relacionando-as sempre que possível. A nível físico são avaliados os membros superiores, isto é, (capacidade que tem para comer, agarrar objectos..) e os membros inferiores (capacidade para se deslocar, subir lances de escadas..). Também se avalia o desconforto que o doente sente, ou seja, a fadiga, o cansaço e a dor. Relativamente aos aspectos psicológicos deve-se avaliar o estado em que a pessoa se encontra: se está, ou não deprimido, se sente ansiedade ou não e perceber e avaliar quais os efeitos adversos da terapêutica, e dos custos directos ou indirectos que este doente tem, que também possam afectar o seu estado psicológico.

Os critérios de diagnóstico da AR, do Colégio Americano de Reumatologia de 1987 são:

1. Rigidez matinal nas articulações, e à volta das mesmas, com pelo menos 1 hora de duração antes da melhoria máxima;
2. Tumefacção dos tecidos moles (artrite) de três ou mais áreas articulares;
3. Tumefacção (artrite) das articulações interfalângicas proximais, metacarpofalângicas ou articulações do punho;
4. Artrite simétrica;
5. Nódulos subcutâneos;
6. Teste positivo para o factor reumatóide;
7. Erosões radiográficas e/ou osteopenia periarticular na mão e /ou nas articulações do punho.

Para um diagnóstico correcto, devem cumprir-se 4 dos 7 critérios em cima apresentados. Os critérios 1- 4 são valorizáveis se persistirem durante pelo menos 6 semanas (Isaacs & Moreland, 2005).

1.2.7) Tratamentos

O tratamento começa com uma conversa entre o médico e o doente. O médico tem o dever de informar o doente, de uma forma objectiva, clara e de preferência sem termos técnico, sobre questões relacionadas com a doença, que cuidados o doente deve ter no seu dia-a-dia, que tipo de tratamentos existem e quais os mais indicados para o seu caso, quais os efeitos secundários dos medicamentos, que tipo de actividades podem ou não fazer por forma a melhorarem a sua qualidade de vida.

Esta educação do doente tem um papel primordial para o bom funcionamento do tratamento. Dado o avanço da terapêutica medicamentosa, do aparecimento de novas cirurgias, o médico deve ter uma atitude optimista, demonstrando que a AR pode ser controlada e que existem terapêuticas que podem ajudar o doente a não perder a sua independência.

Segundo Alcino e Vaz (cit. por Vaz, 2000), esta informação, quando bem feita, tem um efeito positivo no prognóstico da AR.

Apesar de poder existir um tratamento em comum para os vários doentes, todos são diferentes, daí a necessidade da existência dos diversos tratamentos.

O objectivo dos tratamentos da AR é suprimir ou reduzir os processos inflamatórios, diminuindo assim as dores, evitando deformidades e conservar a função auricular de forma a manter a autonomia. Pretende-se melhorar a qualidade de vida do doente, evitando repercussões mais graves quer a nível emocional, psicológico, socioprofissional e até mesmo físico. O tratamento para a AR, deve ser multidisciplinar, ou seja, não deve ter só o acompanhamento do reumatologista, deve também ter a colaboração de vários especialistas, tais como, psicólogos, fisiatras, fisioterapeutas, ortopedistas e em muitos casos até requerem psiquiatras.

O tratamento convencional remete para o repouso do doente, que melhora a sinovite na AR. Apesar de ser mais recomendado nas fases inflamatórias mais agudas, estes doentes devem descansar regularmente, evitando situações de stress.

Em casos muito graves os doentes têm que ficar em repouso absoluto, muitas vezes em ambiente hospitalar por um período até 2 semanas (Spiegel cit.por Vaz, 2000). O exercício e a dieta também devem fazer parte deste tratamento. Os doentes com AR estão muitas vezes carenciados de ácido fólico, ferro, zinco e outros sais minerais, vitamina B6 e C, logo devem ter uma dieta rica, variada e equilibrada (Queiroz, 2001).

Na altura do verão, ou férias, não é aconselhável estes doentes passarem muito tempo na praia, visto que a exposição ao sol é prejudicial para esta doença.

Estes doentes sofrem regularmente de depressão, mas muitas vezes, não é só pela gravidade da sua doença, mas sim pelas dores, problemas de auto-estima, falta de controlo e até mesmo problemas económicos que esta doença acarreta (Euller-Ziegler, cit. por Vaz, 2000). Daí justificar-se muitas vezes a necessidade de apoio psicológico.

O tratamento farmacológico, tal como o próprio nome indica é através de medicamentos. Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE'S) são muitos usados, reduzem a dor articular e melhoram a sua função, sendo geralmente utilizados em conjunto com DMARD (fármacos anti-inflamatórios modificadores da doença). Estes fármacos quando utilizados precocemente, atrasam muito a evolução da doença (Isaacs &Moreland, 2005). Contudo nem todos os doentes os podem tomar. Os fármacos de acção lenta mais utilizados no tratamento para a AR, são os sais de ouro parentéricos, a auranofina, os anti-palúdicos de síntese, a D-penicilamina, a sulfassalazina, a azatioprina, a ciclofosfamida, metotrexato, e os mais recentes, ciclosporina e leflunamida. A terapêutica local na AR também é muito utilizada e para isso os fármacos utilizados são o hexacetonido de triancinolona. No entanto se estes fármacos não tiverem o efeito pretendido, recorre-se ao ácido ósmico e em seguida ao isótopos radioactivos, ítrio e ao rénio.

Apesar destes fármacos terem alguns resultados positivos na diminuição das dores e retardamento da evolução da doença, surgiu a necessidade do aparecimento de uma nova terapêutica, pois, segundo estudos realizados por Pincus (1987), existiam ainda muitos casos de insucesso.

Assim surgiu a terapêutica combinada com fármacos anti-reumáticos de acção lenta. Estudos realizados nos Estados Unidos, verificaram que 90% dos reumatologista recorriam a este método para tratarem de 17% dos doentes com AR (Queiroz, 2002). Uma das premissas que também defende a terapêutica combinada é o facto da toxicidade dos fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, ser menor que a de muitos anti-inflamatórios não esteróides.

A cirurgia é uma outra forma de tratamento e tem resultados muito positivos. De uma forma geral, recorre-se à cirurgia quando os tecidos já estão irreversivelmente lesados e quando já existem complicações graves da doença, nestes casos a articulação é substituída. A cirurgia profiláctica serve como prevenção para o doente não perder funções ou ficar com deformidades. Para estas cirurgias é necessário uma avaliação muito rigorosa da situação do doente. Segundo Queiroz (2002), as intervenções mais frequentes que têm sido realizadas, são a descompressão do mediano ao nível do carpo, as tenossinovectomias do punho e dos extensores dos dedos, as ressecções das cabeças dos metatarsianos e as artroplastias totais das ancas e joelhos.

Mais recentemente surgiu a terapêutica biológica, mas segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia(2007), esta terapêutica aplica-se só a doentes com acentuada degradação funcional e radiológica e tem tido resultados favoráveis.

1.2.8) Prognóstico

O prognóstico desta doença é desfavorável, na medida em que diminui a esperança média de vida destes doentes. Porém, segundo a Associação Nacional de Doentes Com Artrite Reumatóide, quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, melhor será o prognóstico.

Os marcadores de pior prognóstico são:

- a idade inferior aos 60 anos;
- se o doente é do sexo feminino;
- aparecimento precoce de erosões ósseas;
- presença no soro de factores reumatóides;
- presença do antigénio de histocompatibilidade HLA-DR-4 nos linfócitos;
- elevado número de articulações dolorosas e tumefactas;
- tabagismo;
- estado funcional pobre e lesão articular evidente na radiologia, na altura do diagnóstico;
- factor reumatóide positivo;
- capacidade reduzida para oxidar enxofre (Queiroz, 2002).

No entanto da população de doentes com AR, 25% podem levar a sua vida normal, 45% têm uma actividade reduzida, 20 % são incapazes de fazerem as suas actividades e 10% acabam por ficar acamados. A Artrite Necrosante e Amiloidose poderão ser a causa de uma pequena mortalidade na AR (Gonçalves, 1992).

1.3) QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES CRÓNICOS

Em 1920 o termo Qualidade de Vida (QDV), já tinha sido referenciado no livro "The Economics of Nelfare", por Pingou, mas só na década de 60 é que teve impacto na sociedade científica. Actualmente são vários os conceitos associados a este termo, porém todos estes conceitos têm um factor em comum: defendem o bem-estar do ser-humano (Vieira cit. por Meneses).

Segundo Liu (cit. por Meneses, 2005), a QDV devia ser medida e abrangida por nove indicadores, sendo que a componente psicológica da QDV não era mensurável e as componentes sociais, económicas, políticas e ambientais eram.

Churchman (cit. por Meneses, 2005), defendia que a QDV era o juízo subjectivo de cada sujeito, relativamente às suas necessidades nos vários domínios da vida.

Para Schipper et al. (cit. por Meneses, 2005) a QDV está relacionada com a percepção e expectativa que o doente tem sobre o efeito funcional da doença, seus tratamentos e o bem-estar psicológico. O bem-estar psicológico è a avaliação subjectiva que o doente faz, relativamente às suas emoções e felicidade, em detrimento de sentimentos negativos e situações desagradáveis (Diener & Scollon; Albuquerque & Tróccoli cit. por Ferreira & Ramos, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a QDV é um conceito de classificação amplo, afectado por diversas áreas, saúde física, estado psicológico, relações interpessoais, influenciado pelo seu nível de independência e adaptação ao meio envolvente, logo, a relação entre QDV e Saúde é óbvia, uma vez que a saúde "é um dos domínios da QDV e não sinónimo" (Bowling & Ware, cit. por Meneses, 2005). Devido à relação directa entre QDV e saúde, surgiu o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS). Segundo a mesma organização, entende-se por saúde "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade"(OMS,1946).

Mercier (cit. por Barbosa & Ribeiro, 2000), defendia que para promover a QDV de pessoas com perturbações mentais crónicas, era preciso aumentar a auto-estima, desenvolver a auto-eficácia, treinar as competências sociais, incrementando assim a sua autonomia, para poderem ser doentes independentes fora das instituições. É importante o suporte social que a sociedade lhes pode oferecer. Estes doentes, segundo o autor, deviam participar em actividades diversas, para poderem interagir com vários tipos de pessoas, e passarem por situações diferentes, o que lhes permitiria uma melhor adaptação à comunidade.

A mudança do estilo de vida destes doentes, leva à redução de comportamentos de risco, e ao aumento de comportamentos saudáveis. Assim a doença é mais controlada, podendo levar à melhoria da qualidade de vida, uma vez que os riscos diminuem. Esta mudança é mais eficaz, se o doente tiver aconselhamento psicológico, isto é, são ensinadas técnicas que facilitam ao doente solucionar e optar por comportamentos diferentes, mais saudáveis, tais como, melhorar a alimentação, promover o exercício físico, diminuir e se possível acabar com o uso do tabaco e álcool, etc. A longo prazo estas técnicas podem ajudar a gerir situações de stress, prejudiciais para a saúde, e também a aumentar a crença dos benefícios, que o doente tem, na sua mudança (Trindade, 2000). Estas técnicas também se podem aplicar a doentes com AR.

A doença crónica (DC) é uma enfermidade que se caracteriza essencialmente, pelos seus períodos agudos com sintomas persistentes e muito dolorosos, e outros períodos assintomáticos. Estes períodos agudos, trazem mal-estar e conseqüentemente diminuem a QDV, em alguns casos pode levar à morte (Trindade, 2000). Esta doença abrange todas as faixas etárias, na maioria das vezes por causa infecciosa, no entanto na velhice pode ocorrer por uma ligeira imunodeficiência do organismo (Rodin & Salovey cit. por Pais Ribeiro).

Dados de 1987, revelam que 14 % dos americanos têm limitações, devido a pelo menos, uma doença crónica. Esta percentagem aumenta para 25% na população com idades compreendidas entre os 45 anos e os 65 anos, e 50 % quando se trata de idosos (National Health Interview Survey, cit. por Rebelo, 1998).

Investigações realizadas sobre a relação entre doenças específicas e QDV, têm vindo a aumentar significativamente, segundo Baker & Smith (cit. por Ribeiro & Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida, 1997). A nível psicológico a DC é percebida com uma situação preocupante, que traz muitas vezes diminuição da auto-estima, alterações do auto-conceito, diminuindo assim, a QDV (Crawford & Cardoso, 2000). A capacidade que o doente tem para combater estas situações stressantes, pode influenciar de forma positiva, o seu estado de saúde.(Evans e cope, 1990).

Existem estratégias que ajudam o doente a lidar com estas situações, sendo que estratégias erradas para lidar com o stress, podem levar ao desajustamento emocional, depressão e ansiedade, reflectindo-se assim, de uma forma negativa, na QDV do sujeito (Lazarus, cit. por Miguel, Carvalho & Baptista, 2000).

Segundo Miller (cit. por Ribeiro e Grupo Português para o Estudo da Qualidade de vida), a forma como cada pessoa se adapta à doença depende de vários factores incluindo os cognitivos, pessoais, ambientais e capacidade que o individuo tem para "ignorar os sinais ameaçadores relevantes". Estudos realizados por West & Evans (cit. por Ribeiro e Grupo Português para o Estudo da Qualidade de vida), com doentes crónicos, concluíram que, através de modificações quer a nível psicológico, cognitivo, comportamental, quer a nível emocional, é possível diminuir o impacto negativo que a doença tem na QDV.

Assim é de realçar a importância dos Programas de Promoção de Saúde, constituídos por três níveis:

- 1) Consciencialização, isto é, alertar as pessoas para a influência que as suas acções, terão na sua doença, ou bem-estar;
- 2) Mudança do Estilo de vida, definir objectivos, compreender a importância que determinados hábitos têm para a sua saúde, treinar competências e garantir um suporte social capaz de dar continuidade a esta mudança;
- 3) Aspectos ambientais, ou seja, o suporte e auxílio que a sociedade pode dar ao indivíduo (cit. por Ribeiro e Grupo Português para o Estudo da Qualidade de vida).

No campo da Medicina Wilson e Cleary (cit. por Ribeiro e Grupo Português para o Estudo da Qualidade de vida), identificaram oito factores que se deve ter em conta, quando se faz um programa de promoção da QDV em doentes crónicos, são eles, as variáveis biológicas e fisiológicas, o tipo de sintomas que afectam o doente, o estado funcional, a percepção que o doente tem da sua saúde, as características específicas do doente, e a influência que o apoio psicológico, social, económico têm na sua doença.

Na área da Psicologia o *Health Belief Model*, defende que o ser humano só participa em programas de prevenção quando sente a sua saúde ameaçada. Os factores principais deste modelo estão relacionados com a percepção subjectiva da susceptibilidade individual à doença e da gravidade das consequências de adoecer (cit. por Ribeiro e Grupo Português para o Estudo da Qualidade de vida).

As crianças com DC devem ser preparadas para as situações adversas pelo qual poderão vir a passar, devem estar sensibilizadas para os tratamentos existentes, e principalmente para as dificuldades que poderão vir a ter. Nestes casos a família, nomeadamente os pais, também deverão ter apoio e serem alarmados para um possível disfuncionamento familiar, que pode ser prejudicial para os processos de ajustamento da própria criança à doença (Trindade, 2000).

Quando abordamos este tema da QDV nos doentes com DC, temos obrigatoriamente que falar sobre o suporte social (ajuda emocional, instrumental, e financeira que cada um consegue obter da sua rede social de apoio) (Berkman, cit. por Rebelo, 1998). A família, sendo um dos pilares sociais mais importantes, pode contribuir, em cooperação com o médico e o próprio doente, para uma melhoria significativa do bem-estar destes doentes (Mcdaniel Campbell & Seaburn, cit. por Rebelo, 1998).

Segundo o psiquiatra americano Rolland, o diagnóstico de uma DC, afecta tanto o doente, como a sua família, e as respostas capazes ou não, que a família vai dar, para responder às exigências dos factores psicossociais da DC, vão influenciar em muito na adaptação do doente à sua doença.

O tipo psicossocial de uma doença, envolve quatro situações, sendo elas, o modo de aparecimento, ou seja, se a doença surgiu de forma repentina ou progressiva, a forma como evolui, se é de forma crónica, ou se é uma doença de carácter recorrente, o resultado que o doente espera, isto é, se é uma doença fatal, possivelmente fatal ou não fatal e o grau de incapacidade que esta doença provoca.

Assim, quando estamos perante uma doença progressiva, fatal e incapacitante, as respostas e comportamentos que a família e o doente vão ter, vão ser bastante diferentes das respostas e comportamentos de uma família com um doente de doença recorrente, não fatal e não incapacitante. Para este autor a doença crónica tem três fases, cada uma delas com tarefas psicossociais distintas, a fase de crise, crónica e terminal (Rebello, 1998).

Assim, se compreende o quão necessário é para o doente e, muitas das vezes, para a família também, o acompanhamento psicológico. Os grupos de apoio podem ser uma mais valia para a família, na medida em que podem partilhar experiências comuns, situações de stress e ansiedade idênticos, promovendo uma identificação entre pares, visando assim uma melhor QDV, "por meio do encontro de familiares que permite uma rica troca, as famílias podem ajudar-se mutuamente" (Filho & Burd, 2004).

1.4)QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

A forma como o indivíduo controla a sua dor, gere o seu stress, está relacionada com a auto-avaliação e conseqüentemente com a expectativa de auto-eficácia. Segundo Bandura (1981) a auto-eficácia é "o julgamento que os sujeitos fazem das suas próprias capacidades para conseguirem ultrapassar determinadas situações". Estudos realizados por Pereira e Trindade (1996), com 20 sujeitos do sexo feminino e com AR, concluíram que quanto melhor for a auto-eficácia, melhor é a qualidade de vida destas doentes com limitações.

Perante estes estudos podemos então concluir que quanto mais elevadas forem as expectativas de auto-eficácia do sujeito, melhor será a sua percepção da QDV, contudo isto só se verificou em sujeitos que pertenciam à classe II de Steinbroker, ou seja, que possuíam algumas capacidades físicas. Apesar do doente ter um papel fulcral na adaptação à sua doença, avaliando e reflectindo sobre os seus actos, julgando os seus comportamentos e mudanças de estilo de vida, que vão ser obviamente necessários, são também essenciais intervenções psicológicas que o ajudem a melhorar as expectativas de auto-eficácia contribuindo assim, para a adaptação à doença e conseqüentemente uma melhoria da QDV.

Vieira de Andrade (1996), realizou um estudo com 14 doentes com AR (2 do sexo masculino e 12 do sexo feminino), e aplicou a AIMS2 (Escala do Impacto da AR), tendo como objectivo, saber se a AR tinha impacto na QDV destes sujeitos. A autora chegou à conclusão que a AR afecta a QDV, particularmente na área da dor e do trabalho, uma vez que vai tendo cada vez mais incapacidades físicas que o limitam nas suas actividades. No entanto, concluiu também que quando o doente é sujeito a uma intervenção cirúrgica, com sucesso, para correcção das suas deformações, a dor e suas limitações são reduzidas, reflectindo-se conseqüentemente, de forma positiva, na sua produtividade.

Segundo Teixeira et al. (cit. por Rebelo, 1998) esta doença pode ter repercussões a nível psicológico, trazendo uma diminuição da auto-estima, de autonomia e independência, podendo muitas vezes ter um "efeito disruptivo sobre a personalidade" (p.85).

Mitchell e Burkhauser (cit. por Rebelo,1998), realizaram um estudo, concluindo que, os trabalhadores com AR tinham rendimentos bastante mais baixos, quando comparados com os trabalhadores sem AR, logo, o nível económico destes doentes também sofre alterações.

Toda esta situação que tem tendência para agravar, faz com que o doente se sinta, cada vez mais incapaz para realizar determinadas tarefas (30% e 50% de horas não trabalhadas e de salários não ganhos, devido à AR), o que em muitos casos, juntamente com a dor persistente, obriga o doente a pedir a reforma antecipada. Yelin (cit. por Rebelo, 1998) concluiu que, os homens trabalhadores com AR perdem cerca de 20% da capacidade de trabalho, quando comparados com homens trabalhadores sem AR, e as mulheres cerca de 25%, quando comparadas com trabalhadoras sem AR.

A AR é das doenças crónicas uma das que mais afecta a capacidade do doente, perante determinadas tarefas, principalmente tarefas relacionadas com a vida profissional.

. Os tratamentos e as consultas de doenças reumáticas têm custos muito elevados quer para os doentes, quer para a sociedade. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Suécia demonstraram que os custos directos (incluem o tratamento hospitalar médico e ambulatório, gastos com auxiliares de diagnóstico e ajuda técnica) da AR eram em média, 2 a 3 vezes mais, que uma pessoa da mesma idade e sexo, mas sem doença.

Reisine et al. (1987) realizaram um estudo com 142 mulheres com AR, avaliando as suas actividades domésticas quer a nível instrumental que incluía cozinhar, limpar a casa, lavar a roupa ou ir às compras, quer a nível emocional, tratar dos filhos, manter relações entre gerações, cuidar dos doentes, ensinar ou prestar atenção a terceiros. Concluíram assim que, a AR afectou todas as actividades tendo 95% destas mulheres alguma limitação. Demonstraram que estas mulheres apresentam mais dificuldades nas funções instrumentais, que nas emocionais, uma vez que estas dependem mais da parte física.

Podemos assim afirmar, segundo os autores, que a AR também traz repercussões a

nível social e doméstico, daí as mulheres com AR realizam menos 15% das tarefas domésticas que as mulheres sem AR (Allaire et al. cit. por Rebelo, 1998).

À medida que fomos passando os questionários, tivemos a oportunidade de conversar com alguns doentes com AR e concluir que tarefas tão simples, como abrir torneiras, portas com maçanetas com saliências, abrir garrafas de água, entre outros, são impensáveis para estes doentes, sendo que na maioria das vezes têm que recorrer à ajuda de familiares ou pessoas que estejam mais próximas.

Devido a estas dificuldades, foi criado muito recentemente um concurso pelo Laboratório Farmacêutico, "Roche", com o apoio da Associação Nacional de doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR) e o Centro Português de Design (CPD), para melhorar a QDV dos doentes com AR, intitulado por "Liberdade em Movimentos". Este concurso consiste na criação de objectos, que facilitem o dia-a-dia destes doentes. Estes objectos foram idealizados e criados por estudantes portuguesas de diversas faculdades.

Os cinco objectos finalistas são os Sacaps, objecto que se adapta à mão do doentes e que serve para abrir embalagens com tampas de enroscar, o Magic Touch, objecto feito de borracha de silicone que serve para pegar em utensílios, o Blue, carrinho de limpeza, que transporta os detergentes e água necessária para as limpezas domésticas a Suice Key, tal como o nome indica, é uma chave que com um simples "clique" abre, e o doente tem à sua disposição 4 tipos de chaves com cores diferentes, é de fácil manuseamento e por fim o Ballon, mola de roupa que se adapta à mão do doente (Laboratório Farmacêutico Roche, 2008).

Programas como este, campanhas de prevenção, divulgação da informação adequada sobre a doença crónica AR, e acontecimentos sociais, tais como, o Dia Nacional do doente com AR (5 de Abril), podem melhorar o bem estar psicológico e consequentemente, influenciar de forma positiva a QDV destes doentes.

2)OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Este estudo está integrado na área da Psicologia da Saúde e na Psiconeuroimunologia. Partindo do princípio que a parte psicológica pode contribuir muito para a nossa saúde física, e tendo em conta as repercussões que a AR traz, quer ao próprio doente, quer à sua família e conseqüentemente a toda a sociedade, achou-se pertinente verificar se a Qualidade de Vida dos doentes com AR é menor que a Qualidade de Vida das pessoas sem AR. Para este estudo a definição-chave de QDV é "Fenómeno multifacetado que engloba o funcionamento físico e ocupacional, o estado psicológico, a interacção social e, as sensações somáticas, nomeadamente a dor".(Schipper, Clinch & Poweel, cit por. Rolo).

Assim, o objectivo deste trabalho é estudar a Qualidade de Vida em doentes com Artrite Reumatóide e comparar esses valores com os valores de referência da população saudável do questionário SF-36, de modo a compreender se existem diferenças significativas entre a QDV de ambas as populações.

Em face dos objectivos, e de acordo com a revisão de literatura construí-se a seguinte hipótese:

H1: Os indivíduos com artrite reumatóide têm menor qualidade de vida que os indivíduos sem artrite reumatóide.

3)MÉTODO

3.1)Amostra

Este estudo é qualitativo transversal e a amostra assume um carácter não aleatório por conveniência, tendo sido utilizados 30 doentes com diagnóstico médico confirmado de artrite reumatóide, recolhidos no Instituto Português de Reumatologia de Lisboa e na Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, com idades compreendidas entre os 42 anos e os 79 anos (média de 60,90 anos, desvio padrão de 10,01 e mediana de 61,60 - Tabela 2). A amostra do estudo é maioritariamente do sexo feminino, sendo que apenas dois doentes (6,67%) é que são do género masculino.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos por idade

N	Valid	30
Missing		0
Média		60,9
Mediana		61,5
Desvio Padrão		10,01
Mínimo		42
Máximo		79

Relativamente ao estado civil dos sujeitos, tal como se observa na Tabela 3, existe uma maioria de sujeitos casados (53,3%), sendo que a percentagem de solteiros e divorciados é semelhante (16,7%), havendo apenas 13,3% de viúvos.

Tabela 3 - Distribuição do estado civil

	Frequência	Porcentagem
Casado	16	53,3
Solteiro	5	16,7
Viúvo	4	13,3
Divorciado	5	16,7
Total	30	100

No que concerne à escolaridade dos sujeitos da amostra, verificou-se que a maioria da amostra frequentou o ensino secundário ou ensino superior (ambos com 36,7%), sendo que apenas 26,7% dos sujeitos frequentaram só o ensino primário - Tabela 4.

Tabela 4- Distribuição da Escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentag.válida	Porcentagem acumulada
Valid d Ensino Primário	8	26,7	26,7	26,7
Ensino Secundário	11	36,7	36,7	63,3
Ensino Superior	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Para facilitar a distribuição da profissão, englobou-se a situação profissional dos participantes em dois grupos, reformados e activos. A maioria dos participantes da amostra estão reformados, correspondendo a 60%, sendo que só 40% estão activos, como se pode verificar na Tabela 5.

Tabela 5- Distribuição da Profissão

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulada
Valid	Reformado	18	60,0	60,0	60,0
	Activo	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Relativamente ao contexto habitacional 96,7% dos sujeitos da amostra habitam em meio urbano, sendo que apenas 3,3% habitam em meio rural - Tabela 6:

Tabela 6- Distribuição do contexto habitacional

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid	Urbana	29	96,7	96,7	96,7
	Rural	1	3,3	3,3	3,3
	Total	30	100,0	100,0	100,0

3.2) Instrumentos de Medida

Neste estudo confirmatório qualitativo, utilizou-se o Questionário de Saúde reduzido, (SF-36), em inglês, (SF-36 Health Survey) (Anexo A). Construído por Ware e Sherbourne em 1992, adaptado culturalmente e validado para a versão portuguesa por Pedro Lopes Ferreira (2000), e reconhecido pela *Medical Outcome Trust* (Pais Ribeiro, 2005). Serve para avaliar a percepção que o doente tem do seu estado de saúde e qualidade de vida. Esta avaliação é boa, na medida em que pode ajudar a investigar o interesse por terapias médicas, procedimentos cirúrgicos e novos medicamentos(Ferreira, 2000a, 2000b).

Este questionário apresenta taxas gerais de consistência interna boas, com a correlação entre cada item a sua escala a igualar ou exceder o ponto de corte de 0,40 (Ferreira, 2000).

Estudos verificaram que a utilização desta escala tem vindo a aumentar bastante. Quando comparada, por exemplo, com a SCL-90, MMPI e NHP, a sua utilização aumenta de 38(em 1988) para 634 vezes (em 2004), a utilização da SCL-90 diminui de 503(em 1988) para 415 vezes (em 2004), o MMPI diminui de 2159(em 1988) para 1510 vezes (em 2004) e por fim a utilização do NHP aumentou de 38(em 1988) para 63 vezes (em 2004). Estes dados foram recolhidos através da base de dados da PubMed (Pais Ribeiro, 2005).

Tal como o próprio nome indica, este questionário tem 36 itens e distribuem-se por oito dimensões, que se englobam, por sua vez, em duas grandes componentes, a componente física (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e percepção geral da saúde) e a componente mental (vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental).

O funcionamento físico dá-nos a percepção das limitações físicas que o doente tem e a

forma como desempenha as actividades físicas.

O desempenho físico mede as limitações que o indivíduo tem para realizar as suas tarefas e a quantidade de trabalho que foi efectuado.

A dor corporal, como o próprio nome indica, remete-nos para a intensidade de dores que o doente teve nas últimas quatro semanas e avalia também a forma como interfere nas actividades do quotidiano.

A dimensão saúde geral procura avaliar a forma como o indivíduo classifica a sua saúde actual, e a sua resistência à doença.

A vitalidade mede os níveis de energia, cansaço e fadiga.

O funcionamento social indica se o individuo teve um desempenho normal nas tarefas quotidianas, sem interferência de problemas físicos ou emocionais.

Através do desempenho emocional verificamos se o doente teve, ou não, dificuldades no desempenho de tarefas relacionadas com o seu trabalho, ou outras actividades diárias, devido a problemas emocionais.

A saúde mental remete para a ansiedade, depressão. perda de controlo em termos emocionais ou comportamentais e o bem estar que o doente sentiu nas últimas quatro semanas.

Estas dimensões podem variar de 1 a 5 (sendo que 1 corresponde a "ótima" e 5 a "fraca") de 1 a 3 (sendo que 1 corresponde a "muito limitado" e 3 a "nada limitado") de 1 a 2 (sendo que 1 corresponde a "sim" e 2 a "não"), e ainda de 1 a 6 (sendo que 1 corresponde a "nenhumas" e 6 a "muito fortes").

A consistência interna faz-se através do *Alpha de Cronbach*. Valores abaixo de 0,6 já são considerados maus, ou seja os resultados obtidos por essa sub-escala têm carência de validade. "Esta medida possibilita avaliar a fidelidade do instrumento, ou seja, até que ponto um conjunto de itens é homogéneo e permite avaliar o grau em que a medida é consistente, ou encontra-se livre de erro aleatório"(Cronbach, 1992).

De acordo com a Tabela 7 os resultados sugerem que a SF-36 apresenta elevada

consistência interna com um Alfa de Cronbach variável entre 0,733, que corresponde à dimensão dor corporal (Anexo B- output 3) e 0,900 (Anexo B- output 8) que corresponde à dimensão saúde mental.

Tabela 7- Alfa de Cronbach das 8 dimensões

Dimensões do SF-36	Alfa de Cronbach
Funcionamento Físico	0,874
Desempenho Físico	0,760
Dor Corporal	0,733
Saúde Geral	0,748
Vitalidade	0,816
Funcionamento Social	0,831
Desempenho Emocional	0,754
Saúde Mental	0,900

,

Para além desta tabela resumida os restantes valores do *Alfa de Cronbach*, estão representados em outputs individuais para cada dimensão, em Anexo B: Funcionamento Físico(Anexo B, output 1), Desempenho Físico (Anexo B-output 2), Dor Corporal (Anexo B-output 3), Saúde Geral (Anexo B-output 4), Vitalidade (Anexo B-output 5), Funcionamento Social (Anexo B- output 6), Desempenho Emocional (Anexo B- output 7) e por fim, Saúde Mental (Anexo B-output 8).

3.3) Procedimento

A aplicação do questionário (Anexo A), foi feita através do Instituto Português de Reumatologia e da Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide. Foram prestados os esclarecimentos indispensáveis ao seu preenchimento, e garantida a confidencialidade das respostas (porque todos os dados que possam identificar o participante é para uso exclusivo do investigador, caso seja necessário em situações de dúvidas ou futuras investigações contactar o doente, e isso é explicado), assim, os dados demográficos que o participante teve que fornecer foram: nome, idade, data de nascimento, contexto habitacional, estado civil, escolaridade e profissão. Este questionário é de resposta fechada e a sua aplicação dura cerca de 20 a 30 minutos.

Para o tratamento de dados e posterior análise foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0.

O estudo da fidedignidade foi efectuado através da consistência interna, a qual consistiu do cálculo do coeficiente *Alpha* de *Cronbach*, como se verificou anteriormente.

Para a análise descritiva os resultados vão ser apresentados com base nas medidas de tendência central e dispersão, ou seja, média e desvio padrão e também em valores mínimos e máximos das respectivas oito dimensões.

A fim de testar a hipótese formulada, procedeu-se ao cálculo da ANOVA one-way, que segundo Maroco (2003), é o teste mais adequado para proceder à comparação de médias, quando se pretende testar duas ou mais amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes). Assim calcularam-se as médias da nossa amostra, para as 8 dimensões da escala, e compararam-se esses valores com os valores de referência da população saudável do SF-36.

4) RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo referem-se às análises estatísticas efectuadas de forma a responder à hipótese formulada. Assim, as médias das oito dimensões do SF-36, da nossa amostra, vão ser comparadas com os valores de referência da população saudável do SF-36.

Relativamente à dimensão funcionamento físico da amostra em estudo, o valor médio foi de 40,6667, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 8-Média do funcionamento físico

	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento_Físico	30	40,6667	22,69488

Sendo a média de referência da população saudável ($M=80,87$), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 9-Comparação das médias para o funcionamento físico

	Test Value = 80.87					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de médias	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Lower	Upper
Funcionamento_Físico	-9,703	29	,000	-40,20333	-48,6777	-31,7289

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população

doente e a população saudável, para a dimensão funcionamento físico.

Relativamente à dimensão desempenho físico da amostra em estudo, o valor médio foi de 29.1667, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 10-Média do desempenho físico

	N	Média	Desvio Padrão
Desempenho_Físico	30	29,1667	33,53031

Sendo a média de referência da população saudável ($M=76.61$), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 11-Comparação das médias para o desempenho físico

	Test Value = 76.61					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Lower	Upper
Desempenho_Físico	-7,750	29	,000	-47,44333	-59,9638	-34,9229

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para a dimensão desempenho físico.

Relativamente à dimensão dor corporal da amostra em estudo, o valor médio foi de 38.4333, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 12- Média da dor corporal

	N	Média	Desvio Padrão
Dor_Corporal	30	38,4333	18,90937

Sendo a média de referência da população saudável ($M=71.50$), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 13- Comparação das médias para a dor corporal

	Test Value = 71.50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de médias	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Menor	Maior
Dor_Corporal	-9,578	29	,000	-33,06667	-40,1275	-26,0058

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para a dimensão dor corporal.

Relativamente à dimensão saúde geral da amostra em estudo, o valor médio foi de

34.2667, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 14- Média da saúde geral

	N	Média	Desvio Padrão	Std. Error Mean
Saúde_Geral	30	34,2667	18,27931	3,33733

Sendo a média de referência da população saudável (M=63.72), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 15- Comparação de médias para a saúde geral

	Test Value = 63.72					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança de diferença	
					Menor	Maior
Saúde_Geral	-8,825	29	,000	-29,45333	-36,2789	-22,6277

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para a dimensão saúde geral.

Relativamente à dimensão vitalidade da amostra em estudo, o valor médio foi de 33.5000, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 16- Média da vitalidade

	N	Média	Desvio Padrão	Std. Error Mean
Vitalidade	30	33,5000	21,74103	3,96935

Sendo a média de referência da população saudável (M=58.76), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 17-Comparação de médias para a vitalidade

	Test Value = 58.76					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Menor	Maior
Vitalidade	-6,364	29	,000	-25,26000	-33,3782	-17,1418

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para a dimensão vitalidade.

Relativamente à dimensão saúde mental da amostra em estudo, o valor médio foi de

45.2000, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 18- Média da saúde mental

	N	Média	Desvio Padrão	Std. Error Mean
Saúde_Mental	30	45,2000	24,18663	4,41585

Sendo a média de referência da população saudável (M=66.21), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 19-Comparação de médias para a saúde mental

	Test Value = 66.21					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança de diferença	
					Menor	Maior
Saúde_Mental	-4,758	29	,000	-21,01000	-30,0414	-11,9786

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para a dimensão saúde mental.

Relativamente à dimensão funcionamento social da amostra em estudo, o valor médio

foi de 55.4167, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 20-Média do funcionamento social

	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento_Social	30	55,4167	27,79298

Sendo a média de referência da população saudável ($M=74.25$), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 21-Comparação de médias para o funcionamento social

	Test Value = 74.25					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Lower	Upper
Funcionamento_Social	-3,712	29	,001	-18,83333	-29,2114	-8,4553

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para o funcionamento social.

Relativamente à dimensão desempenho emocional da amostra em estudo, o valor médio foi de 42.2222, tal como se verifica na seguinte tabela:

Tabela 22-Médias do desempenho emocional

	N	Média	Desvio Padrão	Std. Error Mean
Desempenho_Emocional	30	42,2222	40,05105	7,31229

Sendo a média de referência da população saudável (M=69.84), a tabela a baixo compara os dois valores.

Tabela 23-Comparação de médias para o desempenho emocional

	Test Value = 69.84					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de média	95% Intervalo de confiança da diferença	
					Menor	Maior
Desempenho_Emocional	-3,777	29	,001	-27,61778	-42,5731	-12,6625

Sendo que o sig é inferior a 0,05, existem diferenças significativas entre a população doente e a população saudável, para o desempenho emocional.

5)DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Artrite Reumatóide é uma doença inflamatória crónica, que afecta a capacidade produtiva do indivíduo, a sua vida familiar, social e, na maioria da vezes, destabiliza o seu funcionamento psicológico. Não existe cura para esta enfermidade, uma vez que a sua causa ainda é desconhecida, tal como afirma Vilar (2008), "as terapêuticas visam modificar a forma como a doença se perpetua, mas como não conhecemos a causa, não podemos eliminá-la". No entanto existem intervenções médicas e terapêuticas que podem atenuar a dor e sofrimento do doente, podendo também ajudar a retardar a evolução da AR.

Uma vez que a AR reduz a QDV, e reduz significativamente a esperança média de vida, 3 a 10 anos, é de salientar a pertinência de estudos relacionados com a QDV destes doentes e a sua doença.

Para melhor compreensão dos fenómenos em estudo, artrite reumatóide e qualidade de vida, tentando sempre estabelecer relações entre eles e nunca esquecendo as conceptualizações dos vários estudiosos, é importante uma reflexão após a apresentação e análise dos resultados.

Através da observação das médias da nossa amostra, verificamos que os valores mais altos correspondem às seguintes dimensões: funcionamento social, saúde mental e desempenho emocional. Os valores mais baixos correspondem ao desempenho físico, vitalidade e saúde geral. Estes resultados devem-se ao facto destes doentes classificarem a sua saúde como má e acharem que a sua saúde vai piorar. Sentem muitas limitações e principalmente dores que os incapacitam de realizar determinadas tarefas.

Assim estes dados vão ao encontro de estudos realizados por Bendtsen e Hornquist (1992), que concluíram que as áreas mais afectadas por estes doentes artríticos, são as áreas ligadas à parte física, nomeadamente a dor, e o desempenho de tarefas diárias, que requerem esforço físico. As menos afectadas são as dimensões que envolvem a parte social e emocional do doente.

Perante os resultados deste estudo, podem-se tirar algumas conclusões interessantes,

no entanto, ao fazer-se a interpretação, tem que se ter sempre em conta que esta amostra é reduzida, logo os resultados não se podem generalizar para toda a população com artrite reumatóide.

De acordo com o tratamento estatístico e com as referências literárias encontradas ao longo deste trabalho, confirma-se a hipótese inicialmente colocada- Os indivíduos com artrite reumatóide têm menor qualidade de vida que os indivíduos sem artrite reumatóide. Estes doentes sofrem a vários níveis (psicológico, físico, social..) acabando por afectar todas estas oito dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional), avaliadas no SF-36. Vários estudos mencionados no início deste trabalho demonstram que a dor que esta doença causa, limita muito o doente e à medida que a doença evolui, os doentes ficam mais limitados fisicamente. Estas limitações trazem muitas vezes reformas antecipadas e consequentemente problemas financeiros, familiares, sociais...

Ao longo do presente trabalho, surgiram algumas limitações e alguns aspectos que poderiam ter sido abordados de outro modo, os quais serão expressos, seguidamente, para que em futuras investigações não se incida nesses equívocos.

Considerando que a literatura aponta para a existência de diferenças significativas entre os doentes activos e reformados seria igualmente interessante analisar este aspecto num estudo posterior. Também seria interessante verificar se existem diferenças entre os géneros, uma vez que a forma como o homem e a mulher pensam e vivenciam determinadas situações serem bastante diferentes.

Dada a reduzida dimensão da amostra (n=30) e ao facto da maioria dos sujeitos (93,33%) serem do género feminino, considera-se desejável a realização de estudos posteriores que controlem estas variáveis e que, a fim de permitir a generalização dos resultados, utilizem critérios de amostragem aleatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcino, S. & Vaz, L.A.(2000). Medidas Gerais. In Vaz, L.A.(Eds.), *Artrite Reumatóide (pp.118-119)*. Lisboa: Lidel.

Barbosa, A.M.S., & Ribeiro,J.P. (2000). *Qualidade de vida e depressão*. Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa.

Bendtsen, P. & Hornquist, J. O. (1992). Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 1, 297-305.

Crawford, M. & Cardoso, J. (2000). *A dimensão sexual na doença crónica:Que avaliação?Que intervenção?* Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa.

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of Psychological Testing (5th Edition)*. New York: Harper & Row.

Delgado, L. (2007).Auto-imunidade. In Arosa, F.A., Cardoso, E.M. & Pacheco, F.C. (Eds.), *Fundamentos de Imunologia (pp.237-248)*. Lisboa: Lidel.

Evans, D. R., & Cope, W. E. (1990). *Quality of life questionnaire*. New York: Multi-Health Systems.

Fernandes, M., Dias, A.A., Ventura, F.S. (2007). Artrite Reumatóide. In Ventura, F.(Eds.), *Doenças Reumáticas* (pp.45-59). Porto: Quidnovi

Ferreira, A.M. & Ramos, S.I.V. (2007). Sentido Interno de Coerência e Bem-estar Psicológico nos Enfermeiros Prestadores De Cuidados A Doentes Hemato-Oncilógicos. Consultado em Outubro, 27, de 2008 através da fonte <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0365>

Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: ParteI- Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II-Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Filho, J.M. & Burd, M. (2004). *Doença e família*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.

Gonçalves, G.W.S. (1992). *Caderno de Reumatologia*. Rio de Janeiro:Cultura Médica.

Harrison (1974). *Medicina Interna*. (7ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Tradução do original em inglês Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, 1958).

Isaacs, J.D., & Moreland, L.W. (2005). *Artrite Reumatóide*. Porto: Medisa.

Karlson, E. (2004). Arthritis & Rheumatism. Consultado em Setembro, 24, 2008 através da fonte <http://www.emedix.com.br/not/not2004/04nov04reu-ar-wrf-artritereumatoide.php>

Laboratório Farmacêutico Roche (2008). Liberdade de Movimentos. Consultado em 4 de Novembro de 2008 através da fonte <http://www.liberdadedemovimentos.com/>

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo.

Maroco, J. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.

Meneses, R. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Miguel, A. S., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). *Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos*. Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa.

Pais Ribeiro, J.L. (2005). *O importante é a Saúde*. Merck Sharp & Dohme.

Palma-Carlos, A.G.(1986).*Imunologia*. Lisboa: Autor.

Panozzo,G.(2004). *Curador interno,o-despertando a consciência para a autocura*.
Brasil: Editora Agora

Pennix, B.W.J.H., Beekman, A.T.F., Ormel, J., Kriegsman, D.M.W., Boeke, A.J.P., Eijk, J.T.M.V., & Deeg, D.J.H. (1996). *Psychological Status Among Eldery People With Chronic Diseases: Does Type of Disease Play a Part?* In *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (5), 521-534.

Pereira, C. & Trindade, I. (1996). Expectativas de auto-eficácia e qualidade de vida em sujeitos com artrite reumatóide. Comunicação apresentada na 1º Conferência de Reabilitação e Comunidade. Lisboa: Ispa.

Queiroz,M.V.(1991).Clinica da Artrite Reumatóide. *Cadernos de Reumatologia*,2 (1), 2-9.

Queiroz, M.V. (2001). *Doenças Reumáticas*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Queiroz, M.V.(2002). *Reumatologia-Vol.II*. Lisboa: Lidel

Rebelo, L.(1998). *Medicina Familiar:O doente com artrite reumatóide e a sua família*. Lisboa: Editora Temática.

Reis, F., & Pereira, M.G. (2000). *Variáveis psicossociais em adultos com artrite reumatóide em fase crónica*. comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa.

Ribeiro, J.L.P. & Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida.(1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. Comunicação apresentada no 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga.

Roitt, I., Male, D., & Brustoff, J. (1992). *Imunologia:Fisiologia humana*. S.Paulo: Manole. (Tradução do original em Inglês Immunology. London:Assessoria, 1954)

Schedlowski, M., & Tewes, U. (1999).*Psychoneuroimmunologie*. New york: Spektrum Akademischer Verlag.

Silva, M.L., (1999). *Artrite Reumatóide-Uma experiência de vida*. Lisboa: Edições Rei dos Livros.

Trindade, I. (2000). *Abordagem psicológica da doença crónica em Centros de Saúde*. Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa.

Underwood, T.J. (2000). Rheumatoid Arthritis. Consultado em 16 de Julho de 2008 através da fonte <http://arthritisinsight.com/medical/disease/ra/history.html>

Ventura, F.S. (2007). *Doenças Reumáticas*. Porto: Quidnovi.

Vieira de Andrade, M.C. (1996). *Qualidade de vida em sujeitos com artrite reumatóide*. Comunicação apresentada na 1º Conferência de Reabilitação e Comunidade. Lisboa: Ispa.

Vilar, A. (2008). *Artrite Reumatóide*. Consultado em Outubro, 13 de 2008 através da fonte <http://www.andar-reuma.pt/>

Weber, C. (2008). History of Rheumatoid Arthritis Research. Consultado em 23 de Outubro de 2008 através da fonte http://members.tripod.com/~charles_W/arthritis2.html

World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. Genebra: WHO

Output 1- Consistência interna funcionamento físico

Cronbach's Alpha	N of Items
,874	10

Output 2- Consistência interna do desempenho físico

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	4

Output 3- Consistência interna da dor corporal

Cronbach's Alpha	N of Items
,733	2

Output 4- Consistência interna da saúde geral

Cronbach's Alpha	N of Items
,748	5

Output 5- Consistência interna da vitalidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,816	4

Output 6- consistência interna do funcionamento social

Cronbach's Alpha	N of Items
,831	2

Output 7- Consistência interna do desempenho emocional

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	3

Output 8- Consistência interna da saúde mental

Cronbach's Alpha	N of Items
,900	5

Output 9- Teste da normalidade

	Estado_Civil	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Funcionamento_Físico	Casado	,109	16	,200(*)	,965	16	,752
	Solteiro	,251	5	,200(*)	,941	5	,672
	Viúvo	,358	4	.	,790	4	,085
	Divorciado	,318	5	,109	,771	5	,146
Desempenho_Físico	Casado	,319	16	,000	,735	16	,000
	Solteiro	,201	5	,200(*)	,881	5	,314
	Viúvo	,307	4	.	,729	4	,124
	Divorciado	,201	5	,200(*)	,881	5	,314
Dor_Corporal	Casado	,195	16	,104	,911	16	,122
	Solteiro	,244	5	,200(*)	,915	5	,500
	Viúvo	,333	4	.	,889	4	,377
	Divorciado	,257	5	,200(*)	,834	5	,148
Saúde_Geral	Casado	,161	16	,200(*)	,909	16	,111
	Solteiro	,238	5	,200(*)	,862	5	,237
	Viúvo	,333	4	.	,828	4	,163
	Divorciado	,236	5	,200(*)	,880	5	,310
Vitalidade	Casado	,152	16	,200(*)	,911	16	,122
	Solteiro	,277	5	,200(*)	,824	5	,124
	Viúvo	,293	4	.	,860	4	,262
	Divorciado	,197	5	,200(*)	,924	5	,556
Funcionamento_Social	Casado	,178	16	,186	,930	16	,246
	Solteiro	,141	5	,200(*)	,979	5	,928
	Viúvo	,260	4	.	,827	4	,161
	Divorciado	,292	5	,188	,877	5	,294
Desempenho_Emocional	Casado	,261	16	,005	,789	16	,102
	Solteiro	,254	5	,200(*)	,803	5	,086
	Viúvo	,307	4	.	,729	4	,024
	Divorciado	,221	5	,200(*)	,902	5	,421
Saúde_Mental	Casado	,197	16	,098	,940	16	,355
	Solteiro	,242	5	,200(*)	,896	5	,391
	Viúvo	,347	4	.	,807	4	,115
	Divorciado	,416	5	,005	,672	5	,105

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Output 10- Teste da homogeneidade e variâncias

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Funcionamento_Físico	,086	3	26	,967
Desempenho_Físico	,553	3	26	,651
Dor_Corporal	2,521	3	26	,080
Saúde_Geral	,262	3	26	,852
Vitalidade	,864	3	26	,472
Funcionamento_Social	,575	3	26	,636
Desempenho_Emocional	1,856	3	26	,162
Saúde_Mental	,685	3	26	,570

Quadro 7- Médias das 8 dimensões do SF-36

	Funcionamento_Físico	Desempenho_Físico	Dor_Corporal	Saúde_Geral	Vitalidade	Funcionamento_Social	Desempenho_Emocional	Saúde_Mental
N	30	30	30	30	30	30	30	30
Valid	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	40,6667	29,1667	38,4333	34,2667	33,5000	55,4167	42,2222	45,2000
Median	40,0000	25,0000	32,0000	35,0000	30,0000	50,0000	33,3333	42,0000
Std. Deviation	22,69488	33,53031	18,90937	18,27931	21,74103	27,79298	40,05105	24,18663
Minimum	,00	,00	12,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum	85,00	100,00	74,00	77,00	90,00	100,00	100,00	96,00