



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ÂNGELA RITA DOS SANTOS TEIXEIRA

AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPARATIVA ENTRE DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA E ARTRITE REUMATÓIDE REGISTADOS NA BASE DE DADOS DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HUC

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

JORGE MANUEL GONÇALVES DA SILVA

CÁTIA CRISTINA MARQUES DUARTE

MARÇO/2012

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPARATIVA ENTRE DOENTES COM ARTRITE
PSORIÁTICA E ARTRITE REUMATÓIDE REGISTADOS NA BASE DE DADOS DO
SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HUC**

ARTIGO CIENTÍFICO

Área Científica de Reumatologia

ÂNGELA RITA DOS SANTOS TEIXEIRA

Orientação:

JORGE MANUEL GONÇALVES DA SILVA

CÁTIA CRISTINA MARQUES DUARTE

Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Março/2012

E-mail: art_389@hotmail.com

AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPARATIVA ENTRE DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA E ARTRITE REUMATÓIDE REGISTADOS NA BASE DE DADOS DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HUC

Resumo

Introdução: A Artrite Psoriática (APs) é uma artropatia inflamatória crónica e progressiva, de etiologia desconhecida, associada a psoríase. Diversos estudos demonstram que, para além do compromisso articular, estes doentes apresentam redução da qualidade de vida e da capacidade funcional comparativamente com a população geral.

Objectivos: os objectivos deste trabalho foram caracterizar uma população de doentes com APs e comparar, do ponto de vista da redução da qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL) e da capacidade funcional, doentes com APs e AR.

Materiais e métodos: Foram avaliados 47 doentes com APs do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), que, após seleccionados aleatoriamente, se disponibilizaram a participar neste estudo. Foram submetidos a questionários para avaliar a capacidade funcional (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* [HAQ-DI] e *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* [BASFI]), a qualidade de vida (*36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey version 2* [SF-36 v2]) e a actividade da doença (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* [BASDAI]). Dados demográficos (sexo e idade), o nível educacional, a situação laboral actual, hábitos tabágicos e etílicos e o início da doença foram colhidos por entrevista directa aos doentes e consulta do processo único, assim como o ano de diagnóstico, atraso do diagnóstico e duração da doença. Foram avaliadas características clínicas (padrão da doença, contagem de articulações dolorosas e

tumefactas, intensidade da dor, avaliação global da doença pelo médico e doente, cálculo do *Psoriasis Area Severity Index* [PASI]) e laboratoriais (pesquisa do antigénio HLA-B27, valores de velocidade de sedimentação [VS] e proteína C reactiva [PCR]), medicação habitual. Na análise estatística utilizou-se o software *SPSS versão 19*. A comparação entre doentes com AR e APs foi feita com recurso ao teste do χ^2 , *Exacto de Fisher* e ao teste *T de Student*. A comparação da SF-36 entre os dois grupos foi ajustada ao sexo, idade e actividade da doença.

Resultados: Doentes com APs são mais novos, apresentam menor incapacidade funcional no HAQ e pior HRQoL no componente mental e físico do SF-36 do que os doentes com AR, todas com $p < 0,05$.

Conclusão: Este trabalho sugere que a APs é uma doença tão incapacitante, do ponto de vista da HRQoL, como a AR, o que reforça a importância de um controlo adequado da actividade da doença, nos pacientes com APs, de forma a manter a capacidade funcional e preservar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Artrite psoriática, artrite reumatóide, actividade da doença, capacidade funcional, qualidade de vida, saúde.

CLINICAL COMPARASION BETWEEN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS AND RHEUMATOID ARTHRITIS REGISTERED IN THE DATABASE OF THE RHEUMATOLOGY DEPARTMENT OF HUC

Abstract

Introduction: Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic and progressive inflammatory arthropathy of unknown etiology that is associated with psoriasis. According several studies, these patients have a reduced quality of live and functional capacity, compared with general population.

Objectives: Our aims were to characterize a PsA population and to compare the reduction in health related quality of life (HRQoL) and functional capacity among patients with PsA and RA.

Methods: 47 patients with PsA were randomly selected from Rheumatology Department of Coimbra University Hospital (HUC) and they agreed to participate in this study. They were asked to fill in questionnaires to evaluate functional disability (Health Assessment Questionnaire Disability Index [HAQ-DI] and Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index [BASFI]), disease activity (Bath Ankylosing Spondylitid Disease Activity Index) and quality of life (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey version 2 [SF-36 v2]). Demographic data (gender and age), educational level, current working status, smoking and drinking habits and onset of disease were also collected. The date of diagnosis were obtained from the patient's clinical process and then it was calculated the disease duration and the delay in diagnosis. Clinical (subdivision into five clinical phenotypes, tender and swollen joint counts, pain intensity, physician and patient global assessments of disease

activity, Psoriasis Area Severity Index [PASI] calculation) and laboratorial (HLA-B27 antigen, erythrocyte sedimentation rate [ESR] and C-reactive protein [CRP]) features were also evaluated, as well as current medication. The *SPSS version 19* software was used in statistical analysis. The comparison between patients with RA and PsA was performed by applying the χ^2 test, the *Exacto de Fisher* and the *T de student test*. The comparison of the SF-36 between the two groups was adjusted to sex, age and disease activity.

Results: APs patients are younger, have less disability in HAQ and worse quality of life (HRQoL) in physical and mental component SF-36 than AR patients, all with $p < 0.05$.

Conclusion: This study suggests that the PsA is a disabling disease such as RA, from the viewpoint of HRQoL. It reinforces the importance of keeping a tight control of disease activity in order to achieve a good functional status and to preserve the quality of life in patients with PsA.

Keywords: Psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis, disease activity, functional capacity, quality of life, health.

INTRODUÇÃO

A Artrite Psoriática (APs) é uma artropatia inflamatória crónica e progressiva. Manifesta-se em pessoas com psoríase cutânea e/ou ungueal, podendo surgir antes ou após o aparecimento desta. Inclui-se no grupo das espondilartropatias, devido à associação comum com antigénios HLA e achados imunopatológicos e clínicos semelhantes, como descrito por Kruithof, E. et al (2005).

Segundo Alamanos, Y. (2008), existe uma variação considerável da incidência e prevalência desta doença em diferentes populações de diferentes países. No entanto, de acordo com Silva, JAP (2005) a prevalência de APs é de 0,1% da população global e de 5 a 8% dos doentes com psoríase, sendo que em Portugal existem cerca de 10.000 afectados, dados da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Ambos os sexos são atingidos com igual frequência e a maior incidência verifica-se entre os 20 e os 40 anos, apesar de poder surgir em qualquer idade.

A etiologia da APs não está ainda estabelecida, contudo considera-se que factores genéticos, imunológicos e ambientais contribuem para o aparecimento desta doença.

A APs pode ser diagnosticada aplicando os critérios de Molly and Wright (1973), usados ainda hoje. Como postulado por estes autores, a APs pode ser dividida em 5 subtipos, consoante o tipo de articulações afectadas: forma oligoarticular assimétrica, forma pseudo-reumatóide, forma espondilítica, forma interfalângica distal e forma mutilante. Cerca de 70% dos doentes com APs apresentam o padrão oligoarticular assimétrico como apresenta Mease, P. (2006), no entanto, a frequência exacta dos diferentes padrões de APs varia entre publicações, como revela Gladman, DD et al (2005). Desde Molly and Wright outras classificações têm sido propostas e após o estudo internacional CASPER, em 2006, foram desenvolvidos novos critérios de diagnóstico. Assim, o CASPER propõe que, para além de

uma doença inflamatória músculo-esquelética (artrite, entesite ou dor lombar) estabelecida, o doente possua três ou mais das seguintes manifestações, de acordo com Taylor, W. et al (2006): psoríase (activa, passiva ou história familiar da doença em familiares de primeiro ou segundo grau), distrofia ungueal (onicólise, hiperqueratose e pitting ungueal), pesquisa de factor reumatóide negativa, dactilite e evidência radiológica de formação de osso just-articular, excluindo formações osteofíticas.

Inicialmente considerada uma variante da artrite reumatóide (AR), a APs cedo emergiu como entidade clínica distinta, como refere Wright, V. (1971). Porém, muitos estudos descritivos sobre a imunohistoquímica do tecido sinovial de pacientes com AR e APs mostram mais semelhanças do que diferenças entre estas artropatias inflamatórias, segundo Van Kuijk, A. & Talk, P. (2011). De igual forma, Schett, G. et al (2001) afirma que, tal como a AR, a APs é uma doença erosiva e destrutiva que cursa com reabsorção de osso cortical e que, dependendo dos métodos de estudo, os danos e incapacidades, para a mesma duração da doença, podem ser equivalentes. Doentes com AR e APs têm uma redução da capacidade funcional e da qualidade de vida semelhante, como referido por Sokoll, K. (2001).

Os objectivos deste estudo são: 1) Caracterizar uma população de doentes com APs; 2) Comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL) e a capacidade funcional entre doentes com APs e AR.

MATERIAIS E MÉTODOS

População em estudo

Através da verificação das agendas de consulta, todos os doentes com diagnóstico de APs, segundo esses registos, seguidos em Consulta Externa no Serviço de Reumatologia dos HUC e com consulta agendada entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2011, foram identificados. Dos 122 doentes identificados, 47 aceitaram participar no estudo (38.5%). Todos os doentes incluídos cumpriam critérios de classificação CASPAR para APs.

Como grupo controlo, 90 doentes com diagnóstico de AR, de acordo com os critérios de classificação ACR, seguidos no Serviço de Reumatologia dos HUC e incluídos num estudo transversal desenvolvido em 2011 foram incluídos para comparação (cedência de autores).

Recolha de dados

A recolha de dados foi feita por entrevista directa aos doentes e decorreu em duas fases: numa primeira etapa, o doente foi solicitado a responder a um inquérito que contemplava os dados demográficos (sexo e idade), as características sócio-culturais como o nível educacional, medido em número de anos de instrução (por exemplo, 1º ciclo do ensino básico equivale a 4 anos de escolaridade), a situação laboral (activo, desempregado, com baixa prolongada, reformado pela doença, reformado pela idade), os hábitos tabágicos e etílicos (expressos em unidades maço ano e dose diária, respectivamente) e ano de início dos sintomas. A actividade da doença, a capacidade funcional e a qualidade de vida também foram avaliados neste inquérito, através de instrumentos de avaliação específicos, discriminados e explicitados abaixo; numa segunda etapa, em colaboração com o Reumatologista Assistente do doente, recolheu-se informação relativa às características clínicas e laboratoriais da doença, entre elas,

o padrão da doença (forma oligoarticular assimétrica, pseudo-reumatóide, espondilítica, interfalângica distal e mutilante), a pesquisa do antígeno HLA-B27, a contagem de articulações tumefactas e dolorosas, a intensidade da dor, a avaliação global da doença pelo médico e doente, o cálculo do *Psoriasis Area Severity Index* (PASI), os valores de velocidade de sedimentação (VS) e proteína C reactiva (PCR) e a medicação habitual relativa à artrite psoriática (metotrexato, salazopirina, corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides [AINES] e agentes biológicos – etanercept, adalimumab, infliximab).

Os dados foram ainda completados mediante consulta do processo único de cada doente, de onde se recolheu, entre outras informações, o ano de diagnóstico da doença, que permitiu calcular a duração da doença (número de anos decorridos desde o diagnóstico) e o atraso do diagnóstico (número de meses desde o início dos sintomas até que o diagnóstico foi estabelecido).

Instrumentos de avaliação da actividade da doença, função e qualidade de vida

Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)

O HAQ-DI é um teste que permite avaliar o grau de capacidade funcional do doente. Segundo Bruce, B. & Fries, J. (2005), engloba oito categorias: capacidade de vestir-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, fazer a higiene pessoal, alcançar, agarrar e executar actividades de vida diárias; e para cada questão existem 4 hipóteses de resposta possível, cada uma com a seguinte pontuação: “sem dificuldade” (0 pontos), “com alguma dificuldade” (1 ponto), “com muita dificuldade” (2 pontos) e “incapaz de o fazer” (3 pontos). Desde que não existam instrumentos de apoio utilizados pelo doente, o cálculo do HAQ-DI resulta apenas do somatório do valor mais elevado de cada uma das categorias. Caso contrário, o instrumento usado como apoio para a execução de determinada categoria irá influenciar a pontuação da

seguinte forma: se a pontuação da categoria for 0 ou 1, aumenta para 2; se a pontuação da categoria for 2 ou 3, permanece igual.

Para obter o valor final, o resultado da soma é dividido pelo número de categorias. De acordo com o postulado por Wolf, F. e tal (1988) e Bruce, B. & Fries, J. (2005), um valor de 0 a 1 representa limitação leve a moderada, de 1.1 a 2 limitação moderada a grave, e de 2.1 a 3 indica limitação grave a muito grave.

36 Item Medical Outcomes Study short-form General Health Survey (SF-36)

O SF-36 é um questionário multidimensional de avaliação da qualidade de vida e está validado para a população portuguesa, tendo as suas propriedades psicométricas sido avaliadas por Pereira, P. (2000) e Severo, M. et al (2006). Segundo Ware, J. et al (1993), é composto por 36 questões agrupadas em 8 domínios, aplicáveis por auto-administração ou por entrevista, são eles: função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor total (2 itens), saúde geral (5 itens), vitalidade (4 itens), função social (2 itens), desempenho emocional (3 itens) e saúde mental (5 itens). Os resultados do SF-36 podem ser resumidos através das duas medidas sumárias: Componente Física e Componente Mental. Neste estudo é utilizado o SF-36 v2, com um padrão de resposta em 4 semanas, obtendo-se uma maior amplitude e precisão. Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em scores de 0 a 100, de cada componente, sendo que valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida.

Psoriasis Area Severity Index (PASI)

O PASI é a ferramenta de avaliação da severidade da doença mais usado em doentes com psoríase, segundo Feldman, SR (2005). Este teste mede o eritema, a dimensão e a espessura das lesões e tem como factor de ponderação a área corporal envolvida. O resultado varia num

intervalo de 0 a 72 e é calculado segundo a fórmula: área afectada x (grau de eritema + grau de dimensão + grau de espessura). A área afectada é categorizada nas seguintes classes: 0 (0%), 1 (1-9%), 2 (10-29%), 3 (30-49%), 4 (50-69%), 5 (70-89%) e 6 (90-100%) e os graus de eritema, dimensão e espessamento descritos numa escala de 0 a 4.

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)

O BASDAI é um instrumento desenvolvido para definir a actividade da doença em pacientes com espondilite anquilosante (AS). Desenhado por uma equipa multidisciplinar, trata-se de um teste simples, composto por escalas visuais analógicas de 10 cm cada, que pode ser auto-administrado pelo doente. Mede a severidade da fadiga, da dor (a nível das articulações periféricas e a nível axial) e a intensidade/grau de sensibilidade/desconforto ou toque e pressão e da rigidez matinal, quer de forma quantitativa quer qualitativa, como descrito por Garret, S. (1994). O resultado final varia de 0 a 10, sendo tanto maior a actividade da doença quanto maior o resultado.

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

Segundo Calin, A et al (1994), para além da dor e da rigidez, uma das queixas mais importantes dos doentes com AS é a incapacidade funcional. Assim, o BASFI é um teste de auto-avaliação que permite monitorizar a capacidade funcional dos doentes. É composto por 8 questões específicas sobre a função na AS e 2 questões que reflectem a capacidade do paciente lidar com as actividades de vida diária. Cada pergunta é respondida numa escala visual analógica de 10 cm, sendo que o 0 demonstra facilidade em realizar a tarefa e o 10 a impossibilidade de o fazer. A média destes valores dá a pontuação BASFI (0-10).

Avaliação global da doença pelo doente e avaliação global da doença pelo médico

Os doentes preencheram uma escala visual analógica da actividade da doença (0 a 100 mm). A mesma escala foi utilizada para avaliação global da doença pelo médico.

Avaliação da dor em escala visual analógica

Os doentes preencheram ainda um conjunto de escalas visuais analógicas da dor (0 a 100mm), onde era avaliada a dor nocturna na coluna e a dor na coluna em qualquer momento do dia.

Análise Estatística

A análise estatística foi efectuada utilizando o software *SPSS versão 19*.

Na caracterização da população com APs, os resultados das variáveis contínuas são apresentadas como média e desvio padrão, enquanto os das variáveis categóricas sob a forma de proporções.

Na análise comparativa entre doentes com AR e APs, as variáveis categóricas foram comparadas utilizando o teste do Chi^2 ou *Exacto de Fisher*, conforme adequado, e as variáveis contínuas utilizando o *teste T de Student* para amostras independentes. A comparação dos componentes mental e físico do SF-36 entre os dois grupos foi ajustada ao sexo, idade e actividade da doença.

Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Caracterização da população

A população em estudo constou de 47 doentes com APs, cujas características demográficas, clínicas e laboratoriais estão apresentadas na tabela I.

Tabela I. Resumo das características clínicas, demográficas e laboratoriais da população em estudo (n=47)	
Sexo, n° (%)	
Feminino	21 (44.7)
Masculino	26 (55.3)
Idade, média ± δ	52 ± 12.26
Mínima	27
Máxima	81
Idade de diagnóstico, média ± δ	42.87 ± 11.58
Atraso do diagnóstico, média ± δ	28.46 ± 40.95
Duração da doença, média ± δ	8.24 ± 6.35
Anos de escolaridade, média ± δ	8.72 ± 3.74
Situação laboral actual, n° (%)	
Activo	19 (40.4)
Baixa prolongada	1 (2.13)
Reformado pela idade	12 (26.1)
Reformado por AP	15 (32.6)
Desempregado	1 (2.13)
Padrão da doença, n° (%)	
Oligoarticular assimétrica	19 (40.42)
Pseudo-reumatóide	12 (25.53)
Espondilítica	15 (31.92)
Interfalângica distal	0 (0)
Mutilante	0 (0)
HLA, n° (%)	
Positivo	4 (8.7)
Negativo	8 (17.4)
Desconhecido	33 (71.7)
Tabagismo, n° (%)	
Nunca fumou	36 (78.3)
Fumador	6 (13)
Ex-fumador	4 (8.7)
Desconhecido	
Alcoolismo	
Nunca consumiu	25 (54.3)
Consumidor	16 (34.8)
Desconhecido	5 (10.9)

Articulações dolorosas, média ± δ (0-28)	3.76 ± 4.87
Articulações tumefactas, média ± δ (0-28)	3.15 ± 4.99
Escala da dor, média ± δ (0-100)	38.26 ± 25.96
Avaliação global da doença pelo doente, média ± δ (0-100)	48.30 ± 25.05
Avaliação global da doença pelo médico, média ± δ (0-100)	16.20 ± 17.71
VS, média ± δ	13.28 ± 15.8
PCR, média ± δ	1.12 ± 2.14
HAQ-DI, média ± δ	0.71 ± 0.58
SF-36 v2, média ± δ	
Componente físico	35.55 ± 16.30
Componente mental	42.30 ± 12.42
BASFI, média ± δ	4.55 ± 2.58
BASDAI, média ± δ	4.62 ± 2.49
PASI, média ± δ	2.60 ± 3.16
Terapêutica, n° (%)	
MTX	23 (48.9)
AINE	34 (72.3)
COE	6 (12.8)
SLZ	11 (23.4)
Biológicos	7 (14.9)
Monoterapia com AINE	11 (23.40)
Terapêutica tripla	8 (17.02)

Vs, Velocidade de Sedimentação; PCR, Proteína C Reactiva; HAQ-DI, *Health Assessment Questionnaire Disability Index*; SF-36 v2, *Short Form Questionnaire version 2*; BASFI, *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*; BASDAI, *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*; PASI, *Psoriasis Area Severity Index*; MTX, Metotrexato, AINE, Anti-inflamatório não esteróides; SLZ, Salazopirina; COE, Corticosteróide

Dos dados apresentados, é de realçar a heterogeneidade da idade dos doentes, sendo a idade mínima de 27 anos e a máxima 81 anos. Uma distribuição semelhante entre os dois géneros (55,3% vs 44,7%); e a ausência de doentes com padrão de artrite mutilante e artrite distal, enquanto os 3 padrões restantes apresentaram valores semelhantes entre si. A maioria dos doentes está reformada (58,7%), sendo que mais de metade destes (32,6% do total) está reformada por APs. O valor médio do HAQ foi 0,71 ($\delta \pm 0,58$) e do SF-36 foi 35,55 ($\delta \pm 16,30$) para o componente físico e 42,30 ($\delta \pm 12,42$) para o componente mental.

Da comparação entre doentes com AR e a APs resultaram os dados apresentados na tabela II.

Tabela II. Análise comparativa dos valores de idade, HAQ, SF-36 CF e SF-36 CM entre doentes com APs e AR			
Variável	APs (n=47)	AR (n=90)	p
Sexo feminino	21	75	0.01¥
Doença activa	34	14	ns¥
Idade média	52	67	0.002§
HAQ, média ± δ	0.71 ± 0.58	1.32 ± 0.81	<0.001§
SF-36 CF, média ± δ	35.54 ± 16.30	43.90 ± 19.96	0.015§
SF-36 CM, média ± δ	42.30 ± 12.42	57.02 ± 21.90	<0.001§

HAQ, *Health Assessment Questionnaire*; SF-36 CF, *Short Form Questionnaire Functional Component*; SF-36 CM, *Short Form Questionnaire Mental Component*; ns, não significativo; ¥, teste do Chi²; §, teste T de Student.

Foi posteriormente feita a análise da HRQoL (CF e CM) entre doentes com AR e APs ajustada a idade, sexo, capacidade funcional e actividade da doença (categorizada como doença activa se BASDAI>4 e DAS283v>3,2), permanecendo a diferença estatisticamente significativa, (p<0,001).

Estes resultados mostram que os doentes com AR são mais velhos, apresentam maior incapacidade funcional no HAQ e melhor HRQoL no componente mental e físico do SF-36, todas com p<0,05.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que os doentes com APs são mais novos, apresentam menor incapacidade funcional no HAQ-DI e pior HRQoL no componente mental e físico do SF-36. Quanto à caracterização da amostra, verificou-se: uma idade média de 52 anos, com elevada heterogeneidade, sendo a idade mínima de 27 anos e a máxima 81 anos; uma distribuição semelhante entre os dois géneros (55,3%♂ vs 44,7%♀); uma elevada percentagem de doentes reformados (58,7%), sendo que mais de metade destes (32,6% do total) está reformado devido à doença; um valor médio de BASDAI de 4,62 ($\delta \pm 2,49$), de HAQ de 0,71 ($\delta \pm 0,58$) e de SF-36 de 35,55 ($\delta \pm 16,30$) para o componente físico e 42,30 ($\delta \pm 12,42$) para o componente mental.

As características demográficas e clínicas foram semelhantes às descritas na literatura, excepto a distribuição dos doentes pelos diferentes padrões de APs. Neste estudo verificou-se que a forma oligoarticular assimétrica, pseudo-reumatóide e espondilítica apresentavam valores próximos entre si, nomeadamente 40%, 26% e 32% dos doentes, enquanto o padrão de artrite mutilante e artrite distal estavam ausentes nesta série. No entanto, de acordo com Gladman et al (1987), a forma oligoarticular assimétrica ocorre em 14% dos casos, a pseudo-reumatóide em 40% , a espondilítica em 29% , a distal em 12% e a mutilante em 16%.

Resultados semelhantes foram, também, descritos por Strand, V. et al (2011), que estudou, do ponto de vista da HRQoL, doentes com APs e AR: 205 doentes com APs, 49% do sexo feminino; com idade média de 47,4 anos; valores médios do SF-36 de 33,6 para o componente físico e 49,3 para o componente mental; valor médio do HAQ-DI de 1,1 e do BASDAI de 5,38. Este autor considera que na APs e na AR a incapacidade funcional é semelhante, enquanto a HRQoL é inferior na APs, o que vai de encontro ao defendido neste estudo. Salaffi, F. et al (2009) reforça o anterior e adianta ainda, que, apesar de todas as

dimensões da saúde estarem significativamente afectadas na APs, o impacto na saúde mental é o mais marcado. Os nossos resultados são ainda suportados pelo publicado por Ciconelli, RM. et al (1996), Sokoll, K. (2001) e Gladman, DD. et al (2005).

Segundo Langham, S. et al (2011), a APs causa significativa morbidade e está associada a um aumento do risco de mortalidade, quando comparada com a população em geral. Para além disso, afecta fortemente a HRQoL dos doentes e a sua capacidade de levar a cabo as suas actividades normais, o que se traduz num enorme encargo social, comparável ao da AR, como refere Zink, A. Et al (2006).

A principal limitação deste trabalho prende-se com o limitado número de doentes estudados, o que impossibilitou que algumas tendências verificadas se tornassem estatisticamente significativas. Isto deveu-se ao facto de a taxa de adesão por parte dos doentes ao estudo ter sido baixa e o tempo dispendido para a colheita de dados diminuto. Outras questões podem também ser levantadas neste estudo, nomeadamente: o facto de se tratar de um estudo transversal, em que todas as medições são feitas num único momento, não tendo em consideração a fase de evolução da doença nos diferentes doentes, e apenas permitir a análise de determinadas variáveis e seus padrões de distribuição; a inclusão de diversas formas de APs na comparação com a AR, e não apenas da forma pseudo-reumatóide, que pôde enviesar os resultados, uma vez que as características clínicas são diferentes e não equiparáveis; e a utilização generalizada dos índices de avaliação, particularmente a aplicação do questionário HAQ-DI a doentes com a forma espondilítica de APs e do BASDAI a doentes com APs sem envolvimento axial. Por outro lado, verifica-se ainda escassez de estudos publicados que relacionem a capacidade funcional e a qualidade de vida relacionada com a saúde entre doentes com APs e AR.

Seria importante, num estudo futuro, aumentar o número da amostra de doentes com APs e AR, incluindo, para além dos doentes que frequentam a Consulta Externa, os doentes observados em Hospital de Dia sob terapêutica com agentes biológicos, de forma a caracterizar todos os doentes com APs e AR do Serviço de Reumatologia dos HUC. A partir da criação desta base de dados completa, seria possível realizar este mesmo estudo com resultados mais fidedignos. Seria também interessante investigar a relação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos doentes com APs e os múltiplos parâmetros clínicos, demográficos e educacionais; bem como comparar, sob o ponto de vista da capacidade funcional e da qualidade de vida relacionada com a saúde, os doentes com APs sob terapêutica com agentes biológicos e aqueles que se mantêm com terapêuticas tradicionais.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os doentes APs apresentam uma maior capacidade funcional do que os doentes com AR. No entanto, os doentes com APs possuem menor HRQoL do que os doentes com AR, tanto no componente físico como no componente mental.

Este trabalho sugere que a APs é uma doença tão incapacitante, do ponto de vista da HRQoL, como a AR, o que reforça a importância de um controlo adequado da actividade da doença, nos pacientes com APs, de forma a manter a capacidade funcional e preservar a qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Jorge Silva e à Dr.^a Cátia Duarte, por muito me terem honrado em serem meus orientador e co-orientador de Tese de Mestrado Integrado em Medicina, respectivamente; pelo seu exemplo de profissionalismo, pela sua pronta disponibilidade, apoio incondicional, dedicação e pela forma generosa como me transmitiram os seus saberes e conhecimentos.

Aos restantes profissionais de saúde do Serviço de Reumatologia, pela preciosa colaboração.

Aos funcionários administrativos, Ricardo Baptista e Catarina Brás, pela disponibilidade e ajuda constantes.

Aos colegas do ano passado, que facultaram os dados dos doentes com AR, pela generosidade, incentivo e conselhos.

A todos os doentes que aceitaram de bom grado participar neste estudo, pois sem eles este não teria sido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alamanos, Y. et al (2008) Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *Journal of Rheumatology* 35: 1354-8

Bruce, B. & Fries, J. (2005) The Health Assessment Questionnaire. *Clinical Experimental Rheumatology* 23: S14-S18

Calin, A. et al (1994) A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the bath ankylosing spondylitis functional index. *Journal of Rheumatology* 21: 2281-5

Ciconelli, RM. (1996) Avaliação da qualidade de vida em pacientes com artrite psoriática e psoríase. *Revista Brasileira de Reumatologia* 36: 199-205

Feldman, SR. & Krueger, GG. (2005) Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Annals of the Rheumatic Diseases* 64: ii65-68

Garret, S. et al (1994) A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the bath ankylosing spondylitis disease activity index. *Journal of Rheumatology* 21: 2286-91

Gladman, DD. et al (1995) Clinical indicators of progression in psoriatic arthritis: multivariate relative risk model. *Journal of Rheumatology* 22: 675-679

Gladman, DD et al (2005) Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, cause, and outcome. *Annals of the Rheumatic Disease* 64(suppl II): ii14-ii17

Gladman, DD et al (2005) Clinical features, epidemiology, classification criteria, and quality of life in psoriasis and psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Disease* 64(suppl II): ii24-ii25

Gladman, DD. et al (2011) Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis. UpToDate version 18.3. Section editor: Sieper, J. Deputy editor: Romain, P.L. Available at <http://www.uptodate.com>

Kruithof, E. et al (2005) Synovial histopathology of psoriatic arthritis, both oligo- and polyarticular, resembles spondyloarthropathy more than it does rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & therapy* 7: R569-80

Langham, S. et al (2011) Large-scale, prospective, observational studies in patients with psoriasis arthritis: a systematic and critical review. *BMC Medical Research Methodology* 11: 32

Langley, RG. & Ellis, CN. (2004) Evaluating psoriasis with psoriasis area and severity index, psoriasis global assessment and lattice system physician's global assessment. *Journal of American Academy of Dermatology* 51: 563-9

Lee, S. et al (2010) The burden of psoriatic arthritis: a literature review from a global health systems perspective. *P&T* 35: 680-9

Mease, P. (2006) Psoriatic arthritis update. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases 64: 25-31

Mease, P. (2010) Psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment, and management. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases 68: 191-8

Mease, P. (2010) Spondyloarthritis update: new insights regarding classification, pathophysiology, and management. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases 66: 203-9

Moll, JM. & Wright, V. (1971) Psoriatic arthritis. Bull Rheum Dis 21: 627

Moll, JM. & Wright, V. (1973) Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum 3: 55-78

Pereira, P. (2000) Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I – Cultural and Linguistic Adaptation. Acta Med Port, 13: 55-66

Pereira, P. (2000) Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II – Validation Tests. Acta Med Port, 13: 119-127

Salaffi, F. et al (2009) The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. Health and quality of life outcomes 7: 25

Schett, G. et al (2011) Structural damage in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: traditional view, novel insights gained from TNF blockade, and concepts for the future. *Arthritis research & therapy* 13(suppl 1): S4

Severo, M. et al (2006) Reliability and Validity in measuring physical and mental health construct of the Portuguese version of MOS SF-36. *Acta Med Port*, 19: 281-287

Silva JAP (2005) *Reumatologia Prática. Em oligo ou poliartrite crónica e assimétrica.* Pp20.2-20.13. Coimbra: Diagnóstico

Sokoll, KB. & Hellwell, PS. (2001) Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *Journal of Rheumatology* 28: 1842-1846

Strand, V. et al (2011) Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. *Annals of the Rheumatic Diseases*

Taylor, W. (2006) Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study [CASPAR]. *Arthritis & Rheumatism* 54: 2665-2673

Van Kuijk, A. & Talk, P. (2011) Synovitis in psoriatic arthritis: immunohistochemistry, comparisons with rheumatoid arthritis, and effects of therapy. *Current rheumatology reports* 13: 353-9

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B (1993) SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center

Wittkowski, K. et al (2011) Clinical symptoms of skin, nails, and joints manifest independently in patients with concomitant psoriasis and psoriatic arthritis. PloS one 6: e20279

Wolfe, F. et al (1988) The clinical value of Stanford Health Assessment Questionnaire Functional Disability Index in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology 15:1480-1488

Zink, A. et al (2006) Healthcare and burden of disease in psoriatic arthritis: a comparison with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Journal of Rheumatology 33:86-90