



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Sintomas depressivos e de ansiedade e apoio social estão associados de modo independente à qualidade de vida específica da doença em pacientes colombianos com artrite reumatoide



Heather L. Rogers^{a,*}, Hardin T. Brotherton^a, Silvia Leonor Olivera Plaza^b,
María Angélica Segura Durán^b e Marvín Leonel Peña Altamar^c

^a Departamento de Métodos e Psicologia Experimental, Universidade de Deusto, Bilbao, Espanha

^b Grupo de Pesquisa Carlos Finlay da Faculdade de Saúde, Universidade Sul Colombiana, Neiva, Colômbia

^c Clínica Saludcoop Neiva, Neiva, Colômbia

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de fevereiro de 2014

Aceito em 11 de janeiro de 2015

On-line em 4 de março de 2015

Palavras-chave:

Artrite reumatoide

Qualidade de vida

Depressão

Ansiedade

Apoio social

R E S U M O

Objetivo: Analisar a relação entre a qualidade de vida (QV) específica da doença e fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais em pacientes colombianos com artrite reumatoide (AR).

Métodos: Recrutaram-se 103 pacientes com AR em centros ambulatoriais de Neiva, na Colômbia. Eles responderam ao Disease Activity Scale 28 (DAS-28), QOL-RA, Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate), Interpersonal Support Evaluation List-12 (Isel-12) e Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R).

Resultados: Escores mais baixos de QOL-RA estiveram associados a uma pior condição socioeconômica (CSE; $r = 0,26$, $p < 0,01$), maior probabilidade de usar opioides ($t = -2,51$, $p < 0,05$), maior probabilidade de doença pulmonar comórbida ($t = -2,22$, $p < 0,05$) e pontuações inferiores nas subescalas do ISEL-12 (r 's = $0,41-0,31$, p 's $< 0,001$). Uma menor pontuação no QOL-RA esteve associada a escores mais elevados no DAS-28 ($r = -0,28$, $p < 0,01$), Escala Analógica Visual (EVA; $r = -0,35$, $p < 0,001$), Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung ($r = -0,72$, $p < 0,001$), Idate-Estado ($r = -0,66$, $p < 0,001$), Idate-Traço ($r = -0,70$, $p < 0,001$), SCL-90R Índice de Gravidade Global ($r = -0,50$, $p < 0,001$), SCL-90R Total de Sintomas Positivos ($r = -0,57$, $p < 0,001$) e todas as subescalas do SCL-90R (r 's = $-0,54$ a $-0,21$, p 's $< 0,01$). Um modelo de regressão linear múltipla indicou que a CSE ($B = 2,77$, $p < 0,05$), a Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung ($B = -0,53$, $p < 0,001$), o Idate-Estado ($B = -0,26$, $p < 0,05$) e o Isel-12 Pertencimento ($B = 1,15$, $p < 0,01$) estavam independentemente associados à pontuação no QOL-RA, mesmo quando controlados por associações significativas.

* Autor para correspondência.

E-mail: hrogers@deusto.es (H.L. Rogers).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.01.005>

0482-5004/© 2015 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Conclusões: Mais sintomas depressivos e de ansiedade estiveram independentemente associados a uma menor QV específica da doença, enquanto a percepção aumentada de ter pessoas com quem fazer atividades (pertencimento, apoio social) e CSE mais elevados estiveram independentemente associados a uma maior QV específica da doença. Os fatores psicossociais impactam na QV na AR acima e além da atividade da doença. É necessária pesquisa adicional acerca dos benefícios da avaliação psicossocial do paciente com AR e da prestação de cuidados abrangentes para melhorar a QV.

© 2015 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis

A B S T R A C T

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Quality of life

Depression

Anxiety

Social support

Objective: To examine the relationship between disease-specific Quality of Life (QOL) and socio-demographic, medical, and psychosocial factors in Colombian patients with Rheumatoid Arthritis (RA).

Methods: One hundred and three RA patients recruited from ambulatory centers in Neiva, Colombia were administered the Disease Activity Scale 28 (DAS-28), QOL-RA, Zung Self-Rating Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Interpersonal Support Evaluation List-12 (ISEL-12), and Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R).

Results: Lower QOL-RA was associated with lower socio-economic status (SES; $r=0.26$, $p<0.01$), higher likelihood of using opioids ($t=-2.51$, $p<0.05$), higher likelihood of comorbid pulmonary disease ($t=-2.22$, $p<0.05$), and lower ISEL-12 sub-scales ($r's=0.41-0.31$, $p's<0.001$). Lower QOL-RA was associated with higher DAS-28 ($r=-0.28$, $p<0.01$), Visual Analog Scale (VAS; $r=-0.35$, $p<0.001$), Zung Depression ($r=-0.72$, $p<0.001$), STAI-State ($r=-0.66$, $p<0.001$), STAI-Trait ($r=-0.70$, $p<0.001$), SCL-90R Global Severity Index ($r=-0.50$, $p<0.001$), SCL-90R Positive Symptom Total ($r=-0.57$, $p<0.001$), and all SCL-90R sub-scales ($r's=-0.54$ – -0.21 , $p's<0.01$). A multivariate linear regression model indicated that SES ($B=2.77$, $p<0.05$), Zung Depression ($B=-0.53$, $p<0.001$), STAI-State ($B=-0.26$, $p<0.05$), and ISEL-12 Belonging ($B=1.15$, $p<0.01$) were independently associated with QOL-RA, controlling for significant associations.

Conclusions: More depressive and anxiety symptoms were independently associated with lower disease-specific QOL, while higher perceptions of having people to do activities with (belonging social support) and higher SES were independently associated with higher disease-specific QOL. Psychosocial factors impact QOL in RA above and beyond disease activity. Additional research into the benefits of psychosocial assessment of RA patients and provision of comprehensive care to improve QOL is warranted.

© 2015 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A AR é uma doença autoimune debilitante cujos sintomas causam uma maior dificuldade para fazer atividades normais, cotidianas. A AR tem uma prevalência mundial de 0,5 a 1% da população, afeta mais mulheres do que homens em uma relação de 3:1 que aumenta com a idade.¹ A prevalência de AR na América Latina é estimada em 0,4%,² enquanto na Colômbia pode ser ainda menor, de 0,1%.³ A sobrecarga da doença sobre a saúde pública é bastante elevada. Há aproximadamente 10 anos, a AR era a segunda causa de perda de anos de trabalho em mulheres entre os 15 e 44 anos na Colômbia.⁴ Medidas subjetivas do paciente e do médico são importantes preditores da resposta ao tratamento da AR e dos desfechos

de saúde futuros,⁵ o que torna valiosas as medições precisas dos domínios de qualidade de vida, dor e fatores psicológicos para que se façam prognósticos precisos e melhorados.

A qualidade de vida (QV) em indivíduos com AR é pior do que nos controles saudáveis. Em comparação com aqueles sem artrite, as pessoas com AR têm propensão 40% maior de relatar um estado geral de saúde regular ou ruim, 30% maior propensão a precisar de ajuda com os cuidados pessoais e probabilidade duas vezes maior de ter uma limitação na atividade relacionada com a saúde.⁶ Os questionários de avaliação da QV geral, como o Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o Short-Form 36 (SF-36), bem como os questionários de avaliação da QV específica da doença, como o RAQOL e o QOL-RA, indicam uma pior QV nos pacientes com AR do que nos controles.⁷⁻¹¹

A influência de fatores psicossociais na QV na AR tem sido documentada em amostras de pacientes de vários países. Os sintomas depressivos e a depressão estiveram associados a uma pior QV em pacientes com AR em estudos transversais¹²⁻¹⁵ e encontrou-se que são um preditor independente de QV no seguimento de dois anos.¹⁶ A ansiedade também foi encontrada como associada a uma pior QV.^{12,13,17} Os pacientes com AR com um transtorno psiquiátrico comórbido apresentaram menor QV.¹⁸ A somatização, em particular, foi encontrada como associada a uma pior QV, independentemente da ansiedade e da depressão.¹⁴ O apoio social positivo tem sido associado a uma melhor QV em pacientes com AR em alguns estudos transversais,¹⁹ ao passo que as interações sociais problemáticas, as críticas e/ou a falta de apoio social estão associadas a uma pior QV.^{20,21} A maior satisfação com o apoio emocional prediz de modo independente uma melhor QV em pacientes com AR,²² embora esse efeito amortecedor pareça diminuir ao longo do tempo.²³

Grande parte das pesquisas anteriores centra-se em amostras de culturas anglo-saxônicas e a importância dos fatores psicossociais (incluindo sintomas depressivos, ansiedade, outras doenças psicológicas e apoio social) sobre a QV em latino-americanos com AR foi pouco estudada.²⁴ O objetivo deste estudo é determinar os fatores psicossociais associados à QV específica da doença em uma amostra de pacientes com AR da Colômbia e examinar suas contribuições independentes para a QV na AR. O foco no papel do apoio social em uma amostra colombiana com AR é original e hipotetiza-se que o apoio social, em particular, pode influenciar a QV de modo diferente do que nas pesquisas prévias em culturas anglo-saxônicas, principalmente porque os valores latino-americanos tendem a se alinhar com ideais coletivistas e que valorizam a família.²⁵

Material e métodos

Participantes

A amostra foi composta por 103 indivíduos com diagnóstico de artrite reumatoide (AR) de acordo com os critérios de classificação da artrite reumatoide de 2010 do American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/Eular) Collaborative Initiative 2010.²⁶ Foram incluídos todos os pacientes que consultaram centros ambulatoriais em Neiva, na Colômbia, entre dezembro 2012 e junho de 2013, a fim de ser avaliados por um especialista em reumatologia ou medicina interna. Os pacientes deveriam ter entre 18 e 79 anos e ser cognitivamente capazes de participar do estudo. Foram excluídos do estudo pacientes atualmente hospitalizados, com um transtorno neurológico ou psiquiátrico comórbido que interferisse na tomada de decisão independente, com uma doença terminal (definida por um tempo de sobrevivência de menos de seis meses) ou com uma história de uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Procedimento

Os pacientes foram avaliados por um reumatologista ou especialista em medicina interna para determinar sua elegibilidade. Depois de assinar o termo de consentimento,

aplicou-se o Disease Activity Scale-28 (DAS28).²⁷ seguido por uma sessão com um assistente de pesquisa treinado para preencher escalas demográficas e psicológicas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Medidas

Disease Activity Scale-28 (DAS28)

O Disease Activity Scale-28 (DAS28) é uma medida composta que consiste em avaliação física, emocional e sorológica. As medidas neste estudo incluíram: (a) a contagem de 28 articulações dolorosas e a contagem de 28 articulações inchadas, (b) a velocidade de hemossedimentação (VHS) como medida de inflamação e (c) a classificação da atividade da doença com a Escala Analógica Visual (EVA) ao longo da última semana de 0 (nada ativa) a 10 (extremamente ativa). Foi calculada a pontuação total, com escores mais altos que representaram um maior grau de atividade da doença.²⁷ Foram estabelecidos os seguintes pontos de corte: inferior a 2,6 indica remissão da doença, de 2,6 a 3,2 indica baixa atividade da doença, de 3,2 a 5,1 indica atividade da doença moderada e superior a 5,1 indica alta atividade da doença. O DAS28 está altamente correlacionado com o DAS original ($r > 0,94$) e bem correlacionado com a incapacidade conforme medida pelo Health Assessment Questionnaire (HAQ; $r = 0,49$) e Short Form-36 (SF-36; $r = -0,46$).²⁸

Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QOL-RA)

O Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) é um questionário autorrelatado com oito itens que avalia a capacidade física, a interação, a dor, a tensão, a saúde geral, a QV específica da artrite, o apoio social e o humor em uma escala de Likert que vai de 1 (muito ruim) a 10 (excelente).²⁹ Escores totais mais elevados indicam uma maior QV específica da doença. A versão em espanhol do QOL-RA é comumente usada na Colômbia e tem boa confiabilidade, com alfa de Cronbach de 0,89, muito próximo da versão em inglês, que é de 0,90.²⁹

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate) mede a Ansiedade-Traço (Idate-Traço), ou ansiedade estável, e a Ansiedade-Estado (Idate-Estado), ou ansiedade momentânea. Cada subescala é composta por 20 sintomas avaliados em uma escala de Likert de 4 pontos que vai de 1 (nunca ou quase nunca) a 4 (com muita frequência ou quase sempre). Alguns itens refletem a ausência de ansiedade e são codificados reversamente para calcular sua pontuação. Os maiores escores totais em cada subescala refletem uma maior ansiedade.³⁰ A medida espanhola tem confiabilidade boa a excelente (Idate-Traço alfa = 0,86, Idate-Estado alfa = 0,91).³¹

Lista de Avaliação de Apoio Interpessoal (Isel-12)

A Lista de Avaliação de Apoio Interpessoal (Isel-12) é uma versão abreviada de uma escala de 40 itens.³² O Isel-12 avalia a disponibilidade percebida e o potencial de interação social e apoio. Metade dos itens é afirmação positiva, enquanto a outra metade consiste de itens negativos. O Isel-12 tem três subescalas de quatro itens cada: (1) a subescala "tangibilidade" avalia a percepção da disponibilidade de ajuda material; (2) a subescala "disponibilidade" avalia a percepção da disponibilidade de

peessoas com as quais o indivíduo pode compartilhar seus problemas; e (3) a subescala “pertencimento” avalia a percepção da disponibilidade de indivíduos com os quais se engajar em atividades. Os indivíduos quantificam cada um dos itens em uma escala de 1 (definitivamente falsa) a 4 (definitivamente verdadeira). Escores mais altos indicam maiores níveis de apoio social percebido. A medida foi validada para a população de língua espanhola com boa confiabilidade ($\alpha = 0,70$).³³

Escala de autoavaliação da depressão de Zung

Foi desenhada para avaliar o nível de depressão em pacientes com um diagnóstico de transtorno depressivo.³⁴ É composta por 20 itens que representam sintomas afetivos, psicológicos e somáticos da depressão. Há 10 itens redigidos de modo positivo e 10 itens formulados de modo negativo, que são avaliados em uma escala de 1 (pequena parte de tempo) a 4 (grande parte do tempo).³⁴ A escala de Zung foi validada na Colômbia, com boa confiabilidade ($\alpha = 0,85$).³⁵ No presente estudo, a pontuação total da escala foi usada para representar os sintomas depressivos em um espectro.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R)

O Symptom Checklist-90-R (SCL-90R) avalia uma ampla gama de problemas psicológicos e psicopatologias.³⁶ A escala é composta por 90 sintomas avaliados em uma escala de Likert de 5 pontos, de 0 (não presente ou incômodo) a 4 (muito presente ou incômodo). Os itens são agrupados nas nove dimensões a seguir: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranoides e psicoticismo. A escala inclui um índice global de severidade (IGS) para indicar o nível geral de sofrimento causado pelos sintomas, um índice de distrição por sintomas positivos (IDSP) para medir a intensidade dos sintomas experimentados e um índice total de sintomas positivos (ITSP) para relatar o número total autorrelatado de 90 possíveis sintomas avaliados.³⁶ Escores mais altos indicam sintomas em maior quantidade e/ou mais graves. O SCL-90R foi validado na Colômbia com boa confiabilidade em várias amostras ($\alpha = 0,77$ a $0,90$).³⁷

Análise estatística

Os dados foram analisados com o IBM SPSS Statistics para Windows, versão 20.0 (IBM Corporation, 2011). Usaram-se frequências e estatísticas descritivas para descrever características sociodemográficas e clínicas. Foram usados testes de correlação de Pearson e testes t para examinar as relações entre as características sociodemográficas, as características clínicas e os fatores psicossociais e QOL-RA. A análise de regressão linear múltipla foi feita no QOL-RA com os fatores encontrados como significativos em análises bivariadas como preditores.

Resultados

A [tabela 1](#) descreve as características sociodemográficas da amostra ($n = 103$), que consistia principalmente de mulheres (85,4%, $n = 88$) casadas (63,1%, $n = 65$), com uma média de 54 anos. Oitenta e cinco por cento da amostra estavam incluídos

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n = 103)

	% (n)	Média (DP)
Idade		53,8 (12,7)
Gênero (feminino)	85,4% (88)	
Estado civil		
Solteiro	12,6% (13)	
Casado	63,1% (65)	
Divorciado/separado	12,6% (13)	
Viúvo	11,7% (12)	
Escolaridade		
Infantil completo ou não	39,9% (41)	
Ensino fundamental	42,7% (44)	
Ensino médio ou técnico	10,6% (11)	
Ensino superior	6,8% (7)	
Condição socioeconômica		
1	17,5% (18)	
2	68,0% (70)	
3	12,6% (13)	
4	1,0% (1)	
5	1,0% (1)	
6	0,0% (0)	
Emprego remunerado	36,9% (38)	

nas classes com mais baixa condição socioeconômica do país (níveis 1 e 2) 85% da amostra, com 36,9% em emprego remunerado. A [tabela 2](#) descreve as características clínicas da amostra. Aproximadamente 85% dos indivíduos apresentaram atividade da doença moderada a elevada²⁸ e convivia com a doença

Tabela 2 – Características clínicas da amostra

	% (n)	Média (DP)
Disease Activity Scale 28 (DAS28)		4,87 (1,46)
Alta (> 5,1)	45,6% (47)	
Moderada (3,2 a 5,1)	38,8% (40)	
Baixa (2,6 a 3,2)	8,7% (9)	
Remissão (< 2,6)	6,8% (7)	
Pontuação na Escala Visual Analógica (EVA) no DAS28		6,29 (2,68)
Número de anos com a doença		12,97 (11,63)
Artrite reumatoide recente (≤ 3 anos)	20,4% (21)	
Total de medicamentos, média (DP)		3,03 (0,88)
Fármacos anti-inflamatórios não esteroides	91,3% (94)	
Fármacos antirreumáticos modificadores da doença	77,7% (80)	
Corticosteroides	76,7% (79)	
Nenhum	49,5% (51)	
Terapia biológica	44,7% (46)	
Outro	5,8% (6)	
Opioides	4,9% (5)	
Total de comorbidades, média (DP)		0,84 (1,02)
Hipertensão arterial	28,2% (29)	
Outra	21,4% (22)	
Doença cardíaca	14,6% (15)	
Diabetes	8,7% (9)	
Doença pulmonar	4,9% (5)	

Tabela 3 – Relações bivariáveis entre as características sociodemográficas e clínicas e a pontuação no QOL-RA

Características sociodemográficas e clínicas	Valor do teste estatístico ^a	p
Idade	-0,03	0,76
Gênero	0,38	0,71
Estado civil	0,37	0,72
Escolaridade	0,13	0,19
Condição socioeconômica ^b	0,26	0,008
Emprego remunerado	-0,57	0,57
Pontuação no Disease Activity Scale 28 (DAS28) ^b	-0,28	0,004
Pontuação na Escala Visual Analógica (EVA) no DAS28 ^c	-0,35	< 0,001
Número de anos com a doença	-0,01	0,96
Artrite reumatoide recente	-0,92	0,36
Total de medicamentos	0,03	0,76
Terapia biológica	1,24	0,22
Fármacos antirreumáticos modificadores da doença	0,19	0,85
Corticosteroides	0,21	0,83
Fármacos anti-inflamatórios não esteroides	-1,72	0,11
Opioides ^d	-2,51	0,014
Outro	1,50	0,14
Total de comorbidades	-0,05	0,65
Nenhuma	0,17	0,87
Hipertensão arterial	-0,17	0,86
Diabetes	0,44	0,66
Doença cardíaca	-0,54	0,59
Doença pulmonar ^d	-2,22	0,03
Outra	1,64	0,10

^a Em caso de variável independente contínua, foi fornecido o valor de r da correlação de Pearson. Em caso de variável independente categórica, foi fornecido o valor de t do teste t para amostras independentes.

^b p < 0,01.

^c p < 0,001.

^d p < 0,05.

em média havia 13 anos. O paciente com AR usava uma média de três medicamentos, a maior parte deles usava fármacos anti-inflamatórios não esteroides (Aine) (91,3%, n = 94), fármacos antirreumáticos modificadores da doença (DMARD) (77,7%, n = 80) e corticosteroides (76,7%, n = 79). Uma pessoa usava medicação antidepressiva e outra usava medicação anticonvulsivante. Aproximadamente metade (n = 52) tinha uma comorbidade, mais comumente a hipertensão arterial (28,2%, n = 29).

Os participantes relataram níveis médios de QV específica da doença [média no QOL-RA = 50,50 (12,10), considerando a pontuação máxima de 80]. Eles também relataram escores de sintomas depressivos e de ansiedade médios [média na Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung = 44,14 (7,40) (máximo de 80), Idade-Estado = 35,26 (10,21) (máximo de 80) e Idade-Traço = 38,39 (9,72) (máximo de 80)]. O apoio social era elevado, com pontuação total no Isel de 41,66 (6,08) (máximo de 48). Os pacientes relataram uma média de 23,13 (14,75) dos 90 sintomas no SCL-90R (ITSP), com gravidade média [1,51 (0,44), (variação de 0 a 4); IDSP] e severidade global para os 90 itens de 0,42 (0,35) (em uma escala de 0 a 4) (IGS).

Tabela 4 – Relações bivariáveis entre os fatores psicossociais e a pontuação no QOL-RA

Fator psicossocial	Valor do teste estatístico ^a	p
Depressão (Zung) ^b	-0,72	< 0,001
Inventário de Ansiedade Traço-Estado-Estado ^b	-0,66	< 0,001
Inventário de Ansiedade Traço-Estado-Traço ^b	-0,70	< 0,001
Lista de Avaliação de Apoio Interpessoal (Isel-12) ^b	0,42	< 0,001
Isel-Disponibilidade ^b	0,31	< 0,001
Isel-Pertencimento ^b	0,41	< 0,001
Isel-Tangibilidade ^b	0,38	< 0,001
Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R) ^b	-0,50	< 0,001
SCL-90R Total de sintomas positivos ^b	-0,57	< 0,001
SCL-90R Índice total de sintomas positivos	-0,10	0,33
SCL-90R Somatização ^b	-0,45	< 0,001
SCL-90R Obsessividade-compulsividade ^b	-0,36	< 0,001
SCL-90R Sensibilidade interpessoal ^b	-0,33	< 0,001
SCL-90R Depressão ^b	-0,51	< 0,001
SCL-90R Ansiedade ^b	-0,54	< 0,001
SCL-90R Hostilidade ^b	-0,37	< 0,001
SCL-90R Ansiedade fóbica ^b	-0,42	< 0,001
SCL-90R Ideias paranoides ^c	-0,21	0,03
SCL-90R Psicoticismo ^d	-0,30	0,002

^a Em caso de variável independente contínua, foi fornecido o valor de r da correlação de Pearson. Em caso de variável independente categórica, foi fornecido o valor t do teste t para amostras independentes.

^b p < 0,001.

^c p < 0,05.

^d p < 0,01.

A **tabela 3** mostra as relações bivariáveis entre as características sociodemográficas e clínicas e os escores no QOL-RA. Embora a idade, o sexo, o estado civil e a escolaridade não tenham sido significativamente associados com o QOL-RA, a condição socioeconômica (CSE) esteve positivamente correlacionada com os escores no QOL-RA (r = 0,26, p < 0,01). As pontuações no DAS e EVA se correlacionaram negativamente com o QOL-RA (r = -0,28, p < 0,01 e r = -0,35, p < 0,001). O uso de opioides e a presença de doença pulmonar estiveram negativamente associados ao QOL-RA (t = -2,51, p < 0,05 e t = -2,22, p < 0,05), mas o número de anos com a doença, o total de medicamentos, o total de comorbidades, o uso de outra medicação específica e outras comorbidades específicas não se correlacionaram com os escores no QOL-RA nesta amostra.

A **tabela 4** mostra as relações bivariadas entre os fatores psicossociais e o QOL-RA. Embora o SCL-90R IDSP não tenha se correlacionado com o QOL-RA, todas as outras medidas psicossociais estiveram significativamente correlacionadas. O escore total de depressão (Zung), o Idade-Estado e o Idade-Traço se correlacionaram negativamente com a pontuação no QOL-RA (r = -0,72, p < 0,001; r = -0,66, p < 0,001; e r = -0,70, p < 0,001, respectivamente). O Isel total e todas as três subescalas de avaliação (tangibilidade, disponibilidade, pertencimento)

Tabela 5 – Fatores independentemente associados à pontuação no QOL-RA

Fator	B não padronizado	Beta padronizado	p
Condição socioeconômica ^a	2,77	0,15	0,01
Disease Activity Scale 28 (DAS28)	-0,52	-0,06	0,45
Pontuação na Escala Visual Analógica (EVA) no DAS28	-0,08	-0,02	0,84
Uso de opioides	3,36	0,06	0,33
Doença pulmonar	2,83	0,05	0,39
Depressão (Zung) ^b	-0,53	-0,32	< 0,001
Inventário de Ansiedade Traço-Estado-Estado ^a	-0,26	-0,22	0,02
Inventário de Ansiedade Traço-Estado-Traço	-0,27	-0,21	0,07
Lista de Avaliação de Apoio Interpessoal (Isel-12)	-0,60	-0,12	0,18
Isel-Pertencimento ^c	1,15	0,23	0,005
Isel-Tangibilidade	0,38	0,07	0,43
Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R) Índice de Gravidade Global	8,11	0,24	0,10
SCL-90R Total de Sintomas Positivos	-0,21	-0,26	0,07

^a p < 0,05.

^b p < 0,001.

^c p < 0,01.

se correlacionaram significativamente com um aumento no QOL-RA ($r = 0,42$, $p < 0,001$; $r = 0,31$, $p < 0,001$; e $r = 0,41$, $p < 0,001$, respectivamente). O SCL-90R IGS e ITSP se correlacionaram negativamente com a pontuação no QOL-RA ($r = -0,50$, $p < 0,001$ e $r = -0,57$, $p < 0,001$, respectivamente). Todas as subescalas do SCL-90R se correlacionaram negativamente com o QOL-RA.

Os resultados do modelo de regressão linear múltipla são apresentados na [tabela 5](#). A CSE, a depressão (Zung), a ansiedade Idate-Estado e as pontuações no Isel-pertencimento estavam independentemente associadas aos escores do QOL-RA, controlado pelas pontuações DAS, EVA, uso de opioides, doença pulmonar, Ansiedade Idate-Traço, Isel-Disponibilidade, Isel-Tangibilidade, SCL-90R IGS, e SCL-90R ITSP. Maiores pontuações no CSE e Isel-Pertencimento estiveram correlacionadas com escores mais elevados no QOL-RA ($B = 2,77$, $p < 0,05$ e $B = 1,15$, $p < 0,01$, respectivamente), enquanto pontuações mais altas na Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung e ansiedade Idate-Estado se correlacionaram com menores escores no QOL-RA ($B = -0,53$, $p < 0,001$ e $B = -0,26$, $p < 0,05$, respectivamente). A pontuação na Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung foi o fator mais fortemente correlacionado de modo independente com o QOL-RA (Beta Padronizado = $-0,32$).

Discussão

Nesta amostra, mais sintomas depressivos e de ansiedade estiveram independentemente associados a uma menor QV específica da doença, enquanto uma percepção mais positiva de ter pessoas com as quais fazer coisas (“pertencimento”, apoio social) e uma melhor condição socioeconômica estiveram independentemente associados a uma maior QV específica da doença. Os sintomas depressivos, em particular, estiveram mais fortemente correlacionados com a QV nesse grupo de pacientes com AR colombianos. Os fatores psicossociais dos pacientes com AR afetam o bem-estar acima e além da influência da atividade da doença.

Esses resultados são semelhantes aos de uma pesquisa anterior, que indicou uma relação independente entre os

sintomas depressivos e a diminuição na QV relacionada com a saúde física ou mental geral em indivíduos com AR.¹³⁻¹⁵ Os resultados deste estudo reproduzem os de Nas e colegas, que encontraram que os sintomas depressivos e de ansiedade estão associados a uma pior QV específica da AR.¹² Por fim, Rupp e colegas identificaram que os sintomas depressivos predisseram a QV de saúde mental depois de considerar a atividade da doença,¹⁶ o presente estudo estende os achados dessa última pesquisa ao indicar que os sintomas depressivos e de ansiedade estão associados à QV específica da doença (incluindo impactos físicos, mentais e sociais), independentemente da atividade da doença. As implicações clínicas sugerem um potencial valor no rastreamento de pacientes com AR a procura de sofrimento emocional. Por exemplo, a Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton (HADS) é um instrumento de 14 itens que é considerado o padrão-ouro na prática clínica da artrite reumatoide e foi traduzida e padronizada para uso na Colômbia.³⁸ No entanto, pesquisas futuras precisam validar o uso dessa escala em pacientes com AR colombianos.

Encontrou-se que o apoio social e, especificamente, a percepção de que há pessoas disponíveis com as quais fazer coisas (Isel subescala pertencimento) melhoram a QV específica da doença na AR acima e além de outros fatores sociodemográficos, clínicos e psicológicos. Pesquisas anteriores sugerem que relações de apoio são benéficas para os indivíduos com AR¹⁹ e que a percepção de apoio social adequado e positivo melhora a adesão aos regimes de tratamento, reabilitação e desfechos de saúde em geral,³⁹ o que pode explicar uma maior QV. Um estudo descobriu que a dimensão social do QOL-RA na Colômbia é muito maior do que nos EUA.⁴⁰ É possível que esse apoio social do “pertencimento” – ter alguém com quem compartilhar atividades como um almoço ou um dia de viagem – é mais disponível e/ou altamente valorizado na cultura colombiana, que tende a ser mais coletivista do que individualista.²⁵ A disponibilidade razoavelmente constante de companheirismo nas culturas latinas pode significar que o impacto da falta de apoio social na QV é muito mais sentida do que na culturas anglo-saxônicas. Em outras palavras, a medida do apoio social do “pertencimento” pode ser

mais sensível na América Latina. Pesquisas futuras sobre o papel do apoio social nesse contexto sociocultural podem ajudar a elucidar o impacto positivo e negativo da convivência, interação e assistência nos pacientes que lidam com a AR, o impacto resultante sobre a QV e outros desfechos de saúde e os possíveis mecanismos de ação.

Os achados deste estudo devem ser interpretados à luz das advertências a seguir. A amostra foi de uma cidade rural da Colômbia e os resultados só podem ser generalizados para esse grupo específico. No entanto, o fato de a amostra ter uma baixa CSE faz com que seja representativa de grande parte da população em geral na América Latina e é um ponto forte deste estudo. Em decorrência da natureza transversal do desenho do estudo, não se pode inferir uma relação de causa-efeito e são necessários estudos longitudinais futuros. Fatores psicossociais provavelmente impactam a QV, mas a QV ruim também pode piorar os sintomas depressivos e de ansiedade. A Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung foi selecionada como uma medida de depressão para este estudo por ter sido validada na Colômbia; no entanto, é possível que os sintomas da AR possam ter resultado em uma pontuação artificialmente elevada de depressão. É importante observar que a análise com uma segunda medida de avaliação da depressão usada neste estudo [the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), uma ferramenta de triagem rápida para avaliar a frequência de nove importantes sintomas depressivos ao longo das duas últimas semanas]⁴¹ produziu o mesmo modelo multivariado e sugere que a relação observada não é simplesmente decorrente dos itens questionados na Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung.

Dada a importância dos fatores psicossociais na QV em pacientes com AR em diversos estudos (incluindo este), potenciais intervenções para melhorar os sintomas depressivos, a ansiedade e o apoio social podem ser consideradas. A terapia cognitiva comportamental (TCC), por exemplo, tem mostrado reduzir significativamente os sintomas depressivos e de ansiedade em comparação com o tratamento médico de rotina na AR.⁴² Podem ser necessárias pesquisas adicionais para o desenvolvimento e a avaliação de intervenções psicossociais culturalmente sensíveis com bom custo-benefício. Dado que o companheirismo social pode influenciar positivamente na percepção da QV relacionada com a doença nessa amostra, os profissionais de saúde podem não precisar desempenhar um papel importante nas estratégias de tratamento psicossocial. Por exemplo, pesquisas futuras poderiam examinar o impacto de fornecer oportunidades para a interação social com colegas que compartilham sintomas e preocupações semelhantes, trabalhar com os parentes para fornecer apoio adicional ao paciente com AR e/ou programar atividades em grupo para melhorar a rede social.

Conclusão

Este estudo é um dos poucos a analisar as associações entre fatores psicossociais e a QV de pacientes com AR na América Latina. Os sintomas depressivos, a ansiedade, o companheirismo e a CSE se correlacionaram de modo independente com a QV específica da doença e os sintomas depressivos têm a maior associação. A Declaração de Consenso Pan-Americana

(Pan American Consensus Statement) recentemente concluiu que o aspecto psicossocial do paciente com AR na América Latina deve ser abordado.² Este estudo mostra que o sofrimento emocional e o apoio social influenciam a QV acima e além da atividade da doença. Parece que os pacientes com AR poderiam se beneficiar de um foco no alívio do sofrimento emocional associado à doença crônica, bem como do tratamento clínico da doença prestado pelos profissionais de saúde por meio do cuidado mais abrangente com o paciente com AR.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. The Lancet seminar: rheumatoid arthritis. *The Lancet*. 2010;376:1094-108.
2. Cardiel MH. Latin-American Rheumatology Associations of the Pan-American League of Associations for Rheumatology (Panlar), Grupo Latinoamericano de Estudio de Artritis Reumatoide (Glar), First Latin-American position paper on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45 Suppl 2, ii7-ii22.
3. Anaya JM, Correa PA, Mantilla RD, Jimenez F, Kuffner T, McNicholl JM. Rheumatoid arthritis in African Colombians from Quibdo. *Semin Arthritis Rheum*. 2001;31:191-8.
4. Caballero Uribe CV. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. *Rev Colomb Reumatol*. 2004;11:225-31.
5. Maska L, Anderson J, Michaud K. Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis: Health assessment questionnaire disability index (HAQ), modified health assessment questionnaire (MHAQ), multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ), health assessment questionnaire II (HAQ-II), improved health assessment questionnaire (improved HAQ), and rheumatoid arthritis quality of life (RAQoL). *Arthritis Care Res*. 2011;63(S11):S4-13.
6. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:5.
7. Kolahi S, Khbazi A, Hajaliloo M, Namvar L, Farzin H. The evaluation of quality of life in women with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia as compared with quality of life in normal women. *The Internet J Rheumatol*. 2011;7:1.
8. Kanecki K, Tyszko P, Wisłowska M, Łyczkowska-Piotrowska J. Preliminary report on a study of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2013;33:429-34.
9. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: A comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:25-9.
10. Lempp H, Ibrahim F, Shaw T, Hofmann D, Graves H, Thornicroft G, et al. Comparative quality of life in patients with depression and rheumatoid arthritis. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:118-24.
11. Kvien T, Uhlig T. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 2005;34:333-41.
12. Nas K, Sarac AJ, Gur A, Cevik R, Altay Z, Erdal A, et al. Psychological status is associated with health related quality

- of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Back Musculoskel Rehabil.* 2011;24:95-100.
13. Alishiri GH, Bayat N, Ashtiani AF, Tavallaii SA, Assari S, Moharamzad Y. Logistic regression models for predicting physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Mod Rheumatol.* 2008;18:601-8.
 14. Hyphantis T, Kotsis K, Tsifetaki N, Creed F, Drosos A, Carvalho AF, et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions, and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2013;32:635-44.
 15. Uhm DC, Nam ES, Lee HY, Lee EB, Yoon YI, Chai GJ. Health-related quality of life in Korean patients with rheumatoid arthritis: association with pain, disease activity, disability in activities of daily living and depression. *J Korean Acad Nurs.* 2012;42:434-42.
 16. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, Van den Bos G. Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis: effect on health-related quality of life. *J Rheumatol.* 2004;31:58-65.
 17. Karimi S, Yarmohammadian MH, Shokri A, Mottaghi P, Qolipour K, Kordi A, et al. Predictors and effective factors on quality of life among Iranian patients with rheumatoid arthritis. *Mater Socio Med.* 2013;25:158-62.
 18. Mok C, Lok E, Cheung E. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 2012;41:253-9.
 19. Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2003;49:221-7.
 20. Riemsma RP, Taal E, Rasker JJ. Perceptions about perceived functional disabilities and pain of people with rheumatoid arthritis: Differences between patients and their spouses and correlates with well-being. *Arthritis Care Res.* 2000;13:255-61.
 21. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol.* 2007;58:565-92.
 22. Demange V, Guillemin F, Baumann M, Suurmeijer P, Moum T, Doeglas D, et al. Are there more than cross-sectional relationships of social support and support networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? The European research on incapacitating diseases and social support longitudinal study. *Arthritis Care Res.* 2004;51:782-91.
 23. Strating MM, Suurmeijer TP, Van Schuur WH. Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis Care Res.* 2006;55:736-44.
 24. Corbacho MI, Dapuetto JJ. Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50:31-43.
 25. Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2006.
 26. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62:2569-81.
 27. Prevoo ML, Van't Hof MA, Kuper HH, Van Leeuwen MA, Van De Putte LB, Van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38:44-8.
 28. Fransen J, Stucki G, Van Riel PL. Rheumatoid arthritis measures: Disease Activity Score (DAS), Disease Activity Score-28 (DAS28), Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (Radar), and Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RadaI). *Arthritis Care Res.* 2003;49(S5):S214-24.
 29. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2001;45:167-73.
 30. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
 31. Virella B, Arbona C, Novy DM. Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-rTait Anxiety Inventory. *J Pers Assess.* 1994;63:401-12.
 32. Cohen S, Kamarck Mermelstein R, Hoberman R. Measuring the functional components of social support. In: Sarason IG, Sarason BR, editors. Social support: theory, research, and applications. The Hague: Martinus Nijhoff; 1985. p. 73-94.
 33. Merz EL, Roesch SC, Malcarne VL, Penedo FJ, Llabre MM, Weitzman OB, et al. Validation of Interpersonal Support Evaluation List-12 (Isel-12) scores among English and Spanish speaking, Hispanics/latinos from the HCHS/SOL (Sociocultural Ancillary Study). *Psychol Assess.* 2013. Epub.
 34. Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic: further validation of the SDS. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;13:508-15.
 35. Campo-Arias A, Rueda G, Juliana S, Herrera S, Marcela Z, Rodríguez DC, et al. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediat Ur.* 2005;76:21-6.
 36. Derogatis L. SCL-90. Administration, scoring, and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
 37. Canaval GE, González MC, Humphreys J, De León N, González S. Partner violence and women's health reported to the family commissaries in Cali, Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2009;27:209-17.
 38. Hinz A, Finck C, Gómez Y, Daig I, Glaesmer H, Singer S. Anxiety and depression in the general population in Colombia: reference values of the Hospital Anxiety and Depression Scale (Hads). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49:41-9.
 39. Abraído-Lanza AF, Revenson TA. Coping and social support resources among Latinos with arthritis. *Arthritis Rheum.* 1996;9:501-8.
 40. Vinaccia S, Tobón S, Cadena J, Anaya JM, Sanpedro EM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Rev Int Psicol Ter Psicol.* 2005;5:45-59.
 41. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res.* 2011;63(S11):S454-66.
 42. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Allard S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2003;42:435-41.