



Avaliação da Terapêutica Farmacológica e da Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Cátia Sofia Francisco Patrocínio Esteves

Trabalho de dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências
Aplicadas à Saúde – Ramo da Intervenção Comunitária.

Bragança, setembro 2025



Avaliação da Terapêutica Farmacológica e da Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Cátia Sofia Francisco Patrocínio Esteves

Trabalho de dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências
Aplicadas à Saúde – Ramo da Intervenção Comunitária.

Orientação Científica: Professora Doutora Olívia Rodrigues Pereira
Professor Doutor Emanuel Onofre Serra Lameiras

Bragança, setembro 2025

Dedicatória

À minha melhor amiga, que, mesmo perante as adversidades que a vida lhe impôs, continua a inspirar todos à sua volta com a sua força, coragem e um sorriso que nunca desiste.

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa o culminar de um percurso exigente, que não teria sido possível sem o apoio, orientação e dedicação de várias pessoas a quem expresso a meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus orientadores, Professora Doutora Olívia Rodrigues Pereira e Professor Doutor Emanuel Onofre Serra Lameiras pelo rigor científico, pela disponibilidade constante e por acreditarem neste projeto desde o início. A vossa exigência, orientação atenta e incentivo permanente foram determinantes para o crescimento pessoal e académico que alcancei ao longo deste percurso.

Às Dra. Renata Aguiar e Helena Assunção, da equipa de Reumatologia que, desde o primeiro contacto, demonstraram total interesse, colaboração e empatia. A vossa abertura, disponibilidade e contributo foram essenciais para a concretização deste estudo, tornando todo o processo mais simples.

A todos os doentes participantes, o meu profundo reconhecimento. Obrigada por acolherem este projeto, por partilharem as vossas experiências e por nunca recusarem colaborar. A vossa confiança e generosidade deram sentido a esta investigação.

Ao meu marido, companheiro incansável, por estar sempre ao meu lado, pelo amor, pela paciência e por nunca me deixar desistir, mesmo nos momentos mais desafiantes.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por acreditarem sempre em mim e por me ensinarem o valor do esforço, da resiliência e da dedicação.

E à minha filha, que tantas vezes brincou por perto enquanto eu trabalhava, obrigada por me lembrares diariamente a importância dos sonhos. Que este trabalho seja, para ti, um exemplo de que tudo o que vale a pena exige empenho, coragem e força de vontade.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória com impacto significativo na qualidade de vida (QV) dos doentes. A sua cronicidade e incapacidade exige terapêuticas eficazes, acompanhamento regular e medidas complementares de autocuidado. Neste contexto, a terapêutica farmacológica tem um papel importante e é essencial compreender de que forma fatores como a adesão e satisfação com o tratamento, a atividade da doença e a dor se refletem no bem-estar destes doentes.

Objetivo: Avaliação da terapêutica farmacológica e da qualidade de vida em doentes com AR, considerando fatores como adesão e satisfação com o tratamento, bem como a atividade da doença e a dor.

Metodologia: Foi realizado um estudo exploratório, transversal e descritivo-correlacional, aos doentes com AR acompanhados nas consultas de Reumatologia da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. (ULSNe), selecionados por conveniência, de acordo com a disponibilidade demonstrada nas consultas e o tempo definido para a recolha de dados. Foram recolhidos dados sociodemográficos e dados relativos à terapêutica medicamentosa. Para a avaliação da adesão ao tratamento, foi aplicada a escala MAT; a satisfação com o tratamento foi avaliada através da aplicação do questionário validado TSQM e foram recolhidos dados terapêuticos que permitiram a caracterização da terapêutica e a aplicação do ICFT. A qualidade de vida foi avaliada com recurso à aplicação do questionário EQ-5D-3L. Por fim, os dados sobre a atividade da doença e a intensidade da dor foram fornecidos pela equipa médica, obtidos através do DAS28 PCR e EVA, respetivamente. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software IBM de tratamento de dados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 30.0.0. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ULSNe e foram atendidos os princípios éticos para a investigação definidos na Declaração de Helsínquia e suas adendas.

Resultados: Foram inquiridas 61 pessoas (de um total de 270 doentes), em que a maioria é do sexo feminino, a média de idades é de 65 anos (DP= 12,3) e o 1.º ciclo é o nível de escolaridade mais frequente. Os medicamentos mais utilizados relacionados diretamente com a doença são os medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs) como o metotrexato, seguidos dos anti-anémicos como o ácido fólico, dos medicamentos

que atuam diretamente no osso e no metabolismo do cálcio (este grupo inclui bifosfonatos, cálcio e vitamina D), dos glucocorticóides e dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Na análise das correlações de *Spearman*, observou-se que a satisfação com o tratamento está associada a maior adesão terapêutica e melhor qualidade de vida, sobretudo quando os doentes percebem maior eficácia e conveniência da terapêutica. Por outro lado, níveis mais elevados de dor e maior atividade da doença associaram-se a pior qualidade de vida.

Conclusão: Neste estudo, a satisfação com o tratamento é um fator importante para a adesão à terapêutica e qualidade de vida, enquanto a dor e a atividade da doença permanecem determinantes negativos do estado de saúde.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; Adesão ao Tratamento; Terapêutica Farmacológica; Qualidade de Vida; Dor.

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is an inflammatory disease with a significant impact on patients' quality of life (QoL). Its chronic and disabling nature requires effective therapies, regular follow-up, and complementary self-care measures. In this context, pharmacological therapy plays a key role, and it is essential to understand how factors such as adherence and satisfaction with treatment, disease activity, and pain are reflected in patients' well-being.

Objective: To assess pharmacological therapy and quality of life in patients with RA, considering factors such as treatment adherence and satisfaction, as well as disease activity and pain.

Methodology: An exploratory, cross-sectional, and descriptive-correlational study was conducted with patients diagnosed with RA attending Rheumatology consultations at the *Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E.* (ULSNe). Participants were selected through convenience sampling, according to their availability during consultations and the defined data collection period. Sociodemographic and pharmacological therapy data were collected. Treatment adherence was assessed using the MAT scale; treatment satisfaction was evaluated using the validated TSQM questionnaire; and therapeutic data were gathered to characterize the medication regimen and apply the ICFT. Quality of life was assessed using the EQ-5D-3L questionnaire. Finally, data on disease activity and pain intensity were provided by the medical team, obtained through DAS28 CRP and the Visual Analogue Scale (VAS), respectively. Statistical analysis was performed using the IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 30.0.0. The study was approved by the ULSNe Ethics Committee, and all ethical principles for research established in the Declaration of Helsinki and its amendments were observed.

Results: A total of 61 participants (out of 270 patients) were surveyed. The majority were female, with a mean age of 65 years ($SD = 12.3$), and primary education was the most common schooling level. The most frequently used medications directly related to the disease were disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs), such as methotrexate, followed by anti-anemic agents such as folic acid, drugs acting on bone and calcium metabolism (including bisphosphonates, calcium, and vitamin D), glucocorticoids, and

nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The analysis of Spearman correlations showed that treatment satisfaction was associated with greater therapeutic adherence and better quality of life, particularly when patients perceived higher efficacy and convenience of the therapy. Conversely, higher pain levels and greater disease activity were associated with poorer quality of life. Therapeutic complexity showed an inverse relationship with well-being, although without a significant impact on adherence.

Conclusion: In this study, treatment satisfaction is an important factor for therapeutic adherence and quality of life, while pain and disease activity remain negative determinants of health status.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Treatment Adherence; Pharmacological Therapy; Quality of Life; Pain.

Abreviaturas e/ou Siglas

ACR: *American College of Rheumatology*

AINEs: Anti-Inflamatórios Não Esteróides

ALH: Antígeno Leucocitário Humano

APCCs: Anticorpo Anti-Peptídeo Citrulinado Cíclico

AR: Artrite Reumatóide

COX: Ciclooxigenase

DALYs: Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

DAS28: *Disease Activity Score 28 joints*

DMARD: Medicamento Antirreumático Modificador da Doença

bDMARD: Medicamento Antirreumático Modificador da Doença biológico

csDMARD: Medicamento Antirreumático Modificador da Doença Sintético Convencional

tsDMARD: Medicamento Antirreumático Modificador da Doença Sintético

EULAR: *European League Against Rheumatism*

EVA: Escala Visual Analógica

FR: Fator Reumatóide

ICFT: Índice de Complexidade da Farmacoterapia

IMC: Índice de Massa Corporal

MAT: Medida de Adesão aos Tratamentos

MHC: Complexo Principal de Histocompatibilidade

MRCI: *Medication Regimen Complexity Index*

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCR: Proteína C Reativa

PRO: *Patient-Reported Outcomes*

QV: Qualidade de Vida

REUMA: Registo Nacional de Doentes Reumáticos

SPR: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

TNFi: *Tumor Necrosis Factor inhibitor*

TSQM: *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication*

ULSNe: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Índice

Resumo	v
Abstract.....	vii
Abreviaturas e/ou Siglas	ix
Índice de tabelas	xiii
Índice de gráficos.....	xiii
Índice de figuras	xiii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Caracterização da Artrite Reumatóide.....	3
2.2. Etiologia da doença.....	6
2.3. Epidemiologia da Doença	9
2.4. Diagnóstico da Doença	10
2.5. Tratamento Farmacológico	12
2.5.1. Efeitos Adversos.....	16
2.5.2. Adesão, Satisfação e Complexidade da terapêutica	17
2.6. Terapias não farmacológicas	19
2.7. Qualidade de Vida em doentes com Artrite Reumatóide	20
3. Metodologia	26
3.1. Tipo de Estudo	26
3.2. População e Amostra	26
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	27
3.4. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas	30
3.5. Análise Estatística dos Dados	31
4. Resultados	32
5. Discussão.....	49

6. Conclusão.....	57
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	72
Anexo I: Instrumento de Recolha de dados Sociodemográficos e Terapêuticos.....	73
Anexo II: Escala MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos	76
Anexo III: Questionário TSQM (versão 1.4) Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (version 1.4) – Versão Portuguesa.....	78
Anexo IV: Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), versão adaptada, traduzida e validada do Medication Regimen Complexity Index (MRCI).....	83
Anexo V: Questionário EQ-5D-3L – Avaliação da Qualidade de Vida.....	87
Anexo VI: Parecer do Responsável do Serviço de Reumatologia.....	91
Anexo VII: Parecer da Comissão de Ética.....	93
Anexo VIII: Modelo do Consentimento Informado	95
Apêndices	97
Apêndice I: Resultados completos da satisfação com a terapêutica (TSQM)	98

Índice de tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos e clínicos.....	33
Tabela 2: Classificação da adesão aos tratamentos (escala MAT).....	36
Tabela 3: Adesão aos tratamentos (escala MAT).....	36
Tabela 4: Satisfação com a terapêutica (TSQM).....	38
Tabela 5: Índice de Complexidade da farmacoterapia (ICFT).....	40
Tabela 6: Grupos farmacoterapêuticos mais utilizados pelos doentes com AR.....	42
Tabela 7: Qualidade de vida em doentes com AR (EQ-5D-3L).....	43
Tabela 8: Estatística Descritiva das variáveis em estudo	45
Tabela 9: Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> (ρ) das variáveis em estudo	47

Índice de gráficos

Gráfico 1: Número de doentes por localidade de residência	35
---	----

Índice de figuras

Figura 1: Nuvem de palavras com as percepções dos doentes com AR em resposta aberta sobre o significado da doença.....	51
--	----

1. Introdução

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença autoimune, crónica e atualmente sem cura, caracterizada por inflamação poliarticular recorrente, com potencial erosivo e impacto significativo nas articulações, sobretudo nas mãos, pés, ombros, cotovelos, joelhos e tornozelos (1). Esta condição inflamatória tende a agravar-se em situações de inflamação ativa e em doentes com baixo índice de massa corporal, apresentando também elevado risco de desenvolvimento de osteoporose (2).

Na AR, as alterações erosivas no osso e na cartilagem podem originar deformações irreversíveis e incapacidade grave, afetando negativamente a força muscular, a resistência, a amplitude de movimento e, conseqüentemente, a qualidade de vida QV (3). Estas limitações têm repercussões não só na saúde física, mas também no bem-estar psicológico e social, podendo levar a redução da produtividade laboral e impacto económico significativo, resultante de tratamentos prolongados, cirurgias, programas de reabilitação e absentismo laboral (3).

A terapêutica farmacológica constitui a primeira linha de tratamento, com recurso a medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs), anti-Inflamatórios não esteróides (AINEs), analgésicos e glucocorticóides. Estes fármacos permitem melhorar os sintomas inflamatórios e reduzir a progressão da doença; contudo, estão associados a potenciais efeitos adversos que podem comprometer a adesão e a tolerabilidade por parte dos doentes (4).

Para além da terapêutica farmacológica, torna-se essencial assegurar um acompanhamento médico regular, complementado pela adoção, por parte do doente, de medidas preventivas que contribuam para retardar a progressão da doença. Entre estas destacam-se a prática regular de exercício físico, a manutenção de uma alimentação equilibrada e o controlo do peso corporal, estratégias fundamentais para reduzir o risco de incapacidade funcional. Esta última constitui uma das principais conseqüências da AR, com impacto significativo na vida pessoal, social e profissional dos indivíduos afetados (5).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Dada a complexidade da gestão terapêutica e o impacto da AR na QV, torna-se fundamental compreender de que forma a adesão à terapêutica, a satisfação com o tratamento e a dor influenciam o bem-estar dos doentes. Neste sentido, a presente investigação procura responder à seguinte questão: Qual a relação entre a satisfação com o tratamento, a complexidade da terapêutica, a atividade da doença e a intensidade da dor com as variáveis adesão e qualidade de vida em doentes AR?

O objetivo central é avaliar a terapêutica farmacológica e a QV dos doentes com AR, analisando a relação com fatores como a adesão ao regime medicamentoso, a satisfação com o tratamento, a atividade da doença e a intensidade da dor. Com este trabalho, pretendo evidenciar a importância de compreender o impacto da AR na QV dos doentes, dado que esta doença tende a evoluir para a cronicidade e incapacidade. Este estudo é particularmente relevante no contexto regional do nordeste transmontano, onde ainda existe escassa investigação nesta área, podendo contribuir para uma compreensão mais aprofundada da realidade local e servir de base para futuras de estratégias de acompanhamento mais eficazes e personalizadas.

Metodologicamente, trata-se de um estudo exploratório, transversal e descritivo-correlacional, realizado com doentes acompanhados nas consultas de Reumatologia da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. (ULSNe). Foram aplicados instrumentos validados para avaliar, a adesão à terapêutica, a satisfação com o tratamento, a qualidade de vida complementados com o cálculo da complexidade da farmacoterapia, da atividade da doença e da dor.

Por fim, este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos: introdução, enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Caracterização da Artrite Reumatóide

As doenças autoimunes são patologias multifatoriais e de elevada complexidade, caracterizadas pela perda de tolerância imunológica a autoantígenos. Esta falha leva o sistema imunitário a reconhecer os próprios tecidos como alvos, podendo originar lesões sistémicas, como no lúpus eritematoso sistémico, ou específicas de órgãos, como na diabetes tipo 1 (6). Em condições fisiológicas normais, os mecanismos de tolerância imunológica, tanto central como periférica, asseguram que o sistema imunitário não reage contra os seus próprios antígenos (7).

Algumas das doenças reumáticas são autoimunes, afetam predominantemente o esqueleto, em particular as articulações, manifestando-se frequentemente através de quadros de artrite. Caracterizam-se, na sua maioria, por um percurso crónico que conduz à incapacidade, com repercussões relevantes para o indivíduo e para a sociedade (8).

Estas doenças são tratadas e estudadas pela área da reumatologia e, de acordo, com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) define a Reumatologia como a especialidade médica dedicada ao estudo e tratamento das doenças que afetam o aparelho musculoesquelético e locomotor, incluindo ossos, músculos, tendões, ligamentos e articulações, genericamente designadas por doenças reumáticas (9). Estas patologias, de natureza mecânica ou inflamatória, podem apresentar um curso agudo ou crónico e afetam indivíduos de todas as idades e sexos. Exercem forte influência na QV e, quando não tratadas, conduzem a problemas a nível físico, emocional, social e laboral, contribuindo ainda para a morbilidade e mortalidade dos doentes (10).

A AR é uma doença autoimune e pode apresentar diferentes graus de gravidade, classificados em leve, moderado ou grave (11). Nos casos leves, o doente apresenta dor em pelo menos três articulações com sinais inflamatórios, sem manifestações extra-articulares, fator reumatóide (FR) negativo e sem evidência radiográfica de erosão ou perda de cartilagem. Na forma moderada, entre 6 e 20 articulações estão comprometidas, o FR é positivo e existem sinais inflamatórios visíveis nos exames radiográficos. Já nos casos graves, mais de 20 articulações são afetadas, podendo surgir anemia crónica,

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

hipoalbuminemia, manifestações extra-articulares e alterações radiográficas compatíveis com erosão e perda de cartilagem (11).

A AR caracteriza-se por causar principalmente dor, inchaço da membrana sinovial que reveste as articulações (também pode acumular líquido sinovial), rigidez articular e perda da função articular. Se não for tratada adequadamente, pode causar danos nas articulações, inclusive a sua destruição permanente (12).

Os doentes diagnosticados com AR apresentam queixas como calor nas articulações, sintomatologia gripal, febre, suores, cansaço, perda de peso e diminuição da amplitude de movimento o que se reflete nas suas tarefas diárias (9). Também referem que ao acordar, tem rigidez nas articulações e que demora pelo menos 30 a 45 minutos a diminuir e é durante o período noturno que a dor aumenta, criando desconforto (13).

A sintomatologia pode, por vezes, apresentar-se de forma atípica, sem que os sinais articulares se manifestem precocemente. A doença pode envolver múltiplos órgãos e sistemas, originando manifestações extra-articulares como secura ocular, lesões e úlceras cutâneas, alterações do sistema nervoso, problemas respiratórios, renais, cardiovasculares e hepáticos (9).

Estes doentes, apresentam frequentemente padrões alimentares de baixa qualidade, caracterizados por elevado consumo de gorduras saturadas e reduzida ingestão de micronutrientes, em comparação com grupos de controlo descritos em estudos observacionais (14,15). Esta inadequação dietética associa-se a maior duração da rigidez matinal, aumento das limitações funcionais, intensificação do stress oxidativo e da inflamação, alterações na microbiota intestinal e maior risco de desenvolvimento de comorbilidades (14,15).

É comum esta patologia apresentar comorbilidades como doenças cardiovasculares, depressão, doenças gastrointestinais e alterações na composição corporal, como diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda (16). Estes doentes apresentam ainda um risco aumentado de morte prematura, consequência da inflamação sistémica persistente. Este risco é particularmente elevado em indivíduos com manifestações extra-articulares, que têm maior probabilidade de desenvolver doença cardiovascular (17).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

A inflamação sistêmica característica da doença provoca alterações no metabolismo energético e proteico, traduzindo-se em fraqueza muscular, fadiga acentuada e aumento do tecido adiposo, sobretudo na região visceral (18).

A obesidade constitui uma comorbidade relevante na AR, sendo um fator determinante para a resistência à insulina e para o aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias circulantes (19). Uma meta-análise sobre a relação entre obesidade e atividade da doença concluiu que esta condição está associada a níveis mais elevados de atividade da doença, o que reduz a probabilidade de alcançar a remissão e compromete a eficácia terapêutica (15).

Evidências apontam para uma forte associação entre AR e a diabetes, com uma relação bidirecional descrita: maior prevalência de diabetes tipo 2 em doentes com AR e, por outro lado, a AR como fator de risco para o desenvolvimento desta patologia (20). A AR encontra-se significativamente associada a alterações do metabolismo da glicose, não apenas em função de fatores de risco cardiovascular, mas também devido a características próprias da doença, incluindo níveis elevados de proteína C reativa (PCR), maior duração da AR e extensão do dano articular (20).

Os sintomas e as comorbidades que surgem com a doença têm um impacto negativo no estado físico, mental e social dos indivíduos (13). Um dos grandes problemas é a dor músculo-esquelética crónica. Recentemente foi encontrada associação entre a diminuição da QV e o impacto da dor crónica devido a fatores psicossociais (13).

Os doentes com AR apresentam frequentemente disbiose da microbiota intestinal, a qual afeta a resistência, a integridade e a função da barreira intestinal. A microbiota é um ecossistema dinâmico, capaz de sofrer rápidas alterações na sua composição e diversidade em resposta a intervenções dietéticas, cada vez mais reconhecidas como estratégias relevantes na prevenção e tratamento de doenças. Para além disso, participa no metabolismo de diversos componentes da dieta e pode influenciar os níveis circulantes de mediadores pró e anti-inflamatórios (21,22).

2.2. Etiologia da doença

A etiologia da AR é complexa e resulta da interação entre a resposta imune inata e a resposta adaptativa. Em indivíduos geneticamente e ambientalmente suscetíveis, a perda da tolerância imunitária a autoantígenos desencadeia fenómenos autoimunes e a produção de autoanticorpos, representando um passo inicial na instalação da autoimunidade (22,23). A desregulação imunológica caracteriza-se pela presença de células T autorreativas e pela produção anómala de células B autorreativas, frequentemente detetadas antes do aparecimento dos sintomas clínicos da doença. Entre os autoanticorpos mais relevantes destacam-se o FR e os autoanticorpos anti-peptídeos cíclicos citrulinados (APCCs), dirigidos contra proteínas citrulinadas (22,23). Estes autoanticorpos podem ser detetados no sangue muito antes do aparecimento de sinais clínicos de inflamação articular, o que sugere que a autoimunidade possa ter origem em locais extra-articulares, como o trato gastrointestinal (24). Paralelamente, observa-se aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias na sinóvia articular, onde interagem células do sistema imunitário inato e adaptativo com células residentes, como sinoviócitos e condrócitos, contribuindo para a progressão da inflamação e destruição articular (22,23).

Esta doença autoimune tem etiologia multifatorial, com cerca de 50–60% do risco atribuível a fatores genéticos (25). A suscetibilidade, progressão e fenótipo da doença estão associados a genes do complexo principal de histocompatibilidade (MHC) e a regiões não-MHC (25). Entre estes, destacam-se os polimorfismos do antigénio leucocitário humano (ALH), considerados os principais fatores de risco genéticos. O ALH desempenha um papel central na resposta imunitária, ao estimular as células T na produção de anticorpos (26). O epítipo compartilhado, caracterizado por uma sequência de cinco aminoácidos nas posições 70–74 da cadeia ALH-DR β , constitui o fator genético mais fortemente associado à AR (26). Os ALH e não-ALH relacionam-se com a produção de anticorpos APCCs, o que permite fazer a distinção entre AR seropositiva e seronegativa.

O histórico familiar de artrite reumatóide é considerado um fator genético e a sua relação com a probabilidade de desenvolver a doença é elevada, o risco é duas a quatro vezes

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

maior em parentes de primeiro grau e esta herança familiar também é superior (cerca de 40%) em casos de AR seropositiva relativamente a casos de AR seronegativa (27). A etnia também pode ser considerada um determinante genético. No caso dos norte-americanos nativos a prevalência é de 5-7% (28). O género feminino tem impacto na prevalência da doença devido a fatores como a menopausa precoce, a presença de síndrome dos ovários poliquísticos e pré-eclâmpsia durante a gravidez (29).

Fatores ambientais, como o tabagismo, podem interagir com a predisposição genética e desencadear AR seropositiva. O tabagismo é responsável por mais ou menos 20-30% do risco para desenvolver AR (28). Estes processos culminam numa resposta inflamatória exacerbada, marcada pela produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, ativação de células imunitárias e libertação de enzimas responsáveis pela destruição articular (24). O tabagismo contém componentes tóxicos capazes de induzir lesões tecidulares (30).

Evidências apontam para alterações em locais específicos da mucosa, sugerindo que fatores microbianos podem modular a resposta imunitária local e contribuir para a patogénese da doença. Adicionalmente, a disbiose, caracterizada por modificações na diversidade, composição e abundância da microbiota, frequentemente induzidas por fatores ambientais como tabagismo ou dieta, tem sido associada ao desencadeamento de várias doenças autoimunes e inflamatórias (23).

A alimentação, medicamentos e suplementação também têm sido associados de forma variável ao risco de AR. Ingestão aumentada de açúcares, sódio, carnes vermelhas, diminuição de ingestão de vitamina D e antioxidantes estão relacionados com risco aumentado de AR (31). Por outro lado, o consumo aumentado de peixes, ricos em ómega 3 tem sido consistentemente associada à diminuição do risco de AR em vários estudos (32,33). Alguns estudos sugerem que a toma de estatinas, medicamentos utilizados no tratamento da hipercolesterolemia, pode estar associado a um risco aumentado de desenvolvimento de AR (34).

O impacto das intervenções dietéticas na saúde global dos doentes com AR não deve ser subestimado. A dieta, enquanto fator ambiental modificável, pode influenciar a atividade inflamatória, o perfil lipídico, os níveis de antioxidantes e a composição da microbiota

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

intestinal. Diversos estudos demonstraram o papel central da alimentação no curso da doença, particularmente no alívio sintomático e na redução de complicações associadas (15,35).

Uma metanálise envolvendo mais de 3500 doentes demonstrou que indivíduos com índice de massa corporal (IMC) elevado apresentam maior risco de AR em comparação com aqueles com IMC normal. Este efeito tem sido atribuído à ação das adipocinas, em particular leptina e adiponectina, com impacto na resposta imunitária e na erosão óssea (36).

A dieta, especialmente a mediterrânea, tem sido apontada como um fator protetor, por modular positivamente o microbioma intestinal e, conseqüentemente, melhorar a integridade, força e permeabilidade da barreira intestinal (36). Adicionalmente, existe evidência de uma possível associação entre AR e doença periodontal, nomeadamente através da presença de *Porphyromonas gingivalis*, bactéria que promove a citrulinação de proteínas bacterianas e humanas (36).

Diversos agentes infecciosos, como o vírus Epstein-Barr, o citomegalovírus e *Escherichia coli*, têm sido associados à AR, embora os mecanismos envolvidos permaneçam pouco esclarecidos (5). Alguns autores sugerem que a infeção por Epstein-Barr pode contribuir para o desenvolvimento da doença e para a inflamação crónica do tecido sinovial, ainda que persistam aspetos por esclarecer (19). Uma das hipóteses propostas aponta para a formação de complexos imunes durante a infeção, capazes de induzir a produção de FR (36).

Existem dois subtipos de AR, os seropositivos ou seronegativos. Os seropositivos caracterizam-se pela presença de concentrações séricas elevadas de anticorpos do FR e também de autoanticorpos APCCs (28,37). As concentrações séricas de FR em seropositivos variam entre 70-80% e de APCCs variam entre 60-70% no sangue (28). Já no caso de AR Seronegativa, o FR e os APCCs, não são detetados na análise sanguínea o que torna o diagnóstico mais difícil. No entanto, apesar de a doença ser menos severa causa danos articulares significativos na mesma (28).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Em situações de seropositividade a doença é mais severa e progressiva e com maior risco de danos articulares e complicações sistémicas (37).

2.3. Epidemiologia da Doença

As doenças crónicas representam atualmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na Europa, prevendo-se que esta realidade se agrave nos próximos anos (11). Estas patologias podem provocar alterações significativas no quotidiano dos indivíduos, repercutindo-se negativamente na qualidade de vida e no bem-estar. Além disso, constituem uma das principais causas de incapacidade, associando-se a consequências económicas, sociais e psicológicas de grande impacto (38).

A nível mundial, a prevalência de AR atual é de cerca de 0,1-1% (1), o que afeta cerca de 20 milhões de pessoas, tornando-se num encargo financeiro elevado (4). Em países industrializados a prevalência varia entre 0,5-1,5% (28), e em Portugal estima-se que afete entre 0,8 a 1,5% dos portugueses (9).

As mulheres são as mais afetadas, cerca de 70% do total de doentes são do sexo feminino e têm mais de 55 anos (39). A ocorrência global de doença é duas a quatro vezes mais em mulheres do que em homens (9). Apesar de a doença poder iniciar em idades mais jovens, o seu pico é na pós-menopausa (9).

A nível de morbilidade cerca de 13 milhões de pessoas mundialmente apresentam níveis de doença moderada ou grave (39).

De acordo com o estudo “Global Burden of Disease 2021” realizado pelo *Institute For Health Metrics and Evolution*, a taxa de DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade) e de óbitos por ano é significativa. Os DALYs de RA representam 0,11% (3 milhões de pessoas afetadas) do total global de DALYs a nível mundial (40).

Segundo dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de mortalidade por género em Portugal é de 1,2 mortes por cada 100 000 habitantes, no entanto se pesquisarmos por género individualizado, as mulheres são as mais afetadas

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

com 1,8 mortes por 100 000 habitantes. Também nos indica que as faixas etárias com mais óbitos são as mais elevadas, a partir dos 55 anos (39).

Em Portugal, segundo o relatório do registo nacional de doentes reumáticos (REUMA) mais recente, estavam registados 9386 doentes com AR com 105315 consultas por diagnóstico. Desses doentes, 2096 eram da zona Norte, 2734 da zona Centro, 4277 da zona Sul e 279 nas ilhas (41). Este relatório indica que nos últimos anos a AR foi a doença com maior crescimento em centros, doentes e consultas. E cerca de 34,8% dos doentes registados no REUMA, em centros portugueses, têm o diagnóstico de artrite reumatóide (41).

Os custos com doentes diagnosticados com AR em Portugal são muito elevados chegando a milhões de euros. O diagnóstico precoce poderia diminuir estes números em cerca de 30% por cada novo caso. Mas 51,8% da população do nosso país não tem acesso à especialidade de Reumatologia (9). Os custos elevados também estão relacionados com a vertente laboral e com a segurança social devido ao absentismo e reformas antecipadas (9).

2.4. Diagnóstico da Doença

Segundo a SPR, o diagnóstico deve ser feito o mais cedo possível, para que se inicie o tratamento (9). Principalmente em situações em que os doentes apresentam elevada atividade da doença, presença de anticorpos e danos articulares precoces (37). Idealmente, o diagnóstico deve ser estabelecido nos primeiros três meses após o início dos sintomas (42). Contudo, a ausência de sinais ou marcadores específicos da doença dificulta a identificação precoce, pelo que o diagnóstico é frequentemente realizado apenas em fases mais avançadas da doença, quando se manifestam sinais clínicos evidentes (43).

O diagnóstico da doença através dos primeiros sintomas pode ser desafiante especialmente nas fases iniciais, em que os sinais e sintomas podem ser similares a outras patologias (37).

Entre as principais doenças a considerar no diagnóstico diferencial, destacam-se a fibromialgia, que também tem como sintomas dor musculoesquelética e fadiga sem sinais

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

de inflamação objetiva; o lúpus eritematoso sistémico, que pode apresentar artrite simétrica semelhante à AR; a artrite psoriática, com padrão articular diferente e envolvimento axial; e a artrose, cuja dor tem características mecânicas e não inflamatórias (37). Outras doenças a considerar incluem a gota, que causa artrite aguda inflamatória e a hepatite C, que pode causar positividade do FR em contexto não reumatológico (37).

O diagnóstico diferenciado e adequado exige uma integração criteriosa da história clínica, do exame físico, dos dados laboratoriais e imagiológicos (37).

O exame físico passa pela avaliação, contagem e identificação por parte dos médicos das articulações inchadas, tumefactas e dolorosas (44).

Quando a doença está ativa o hemograma apresenta anemia normocítica ou normocrómica e/ou trombocitose (9). A partir de análises clínicas ou de amostras sanguíneas também são determinadas: a concentração da proteína C reativa; a velocidade de sedimentação eritrocitária; os anticorpos anti-nucleares; o FR (este resultado pode ser positivo em várias doenças e os ACCPs (esta análise é mais sensível que o FR e específico para AR) (14,21,22).

O exame radiológico das articulações é habitualmente realizado no início da doença e repetido periodicamente para acompanhar a sua evolução, particularmente das mãos e dos pés, uma vez que estas articulações estão entre as mais precocemente e frequentemente afetadas na AR. Alterações estruturais, como erosões ósseas e diminuição do espaço articular, tendem a manifestar-se primeiro nas pequenas articulações das mãos e dos pés, pelo que o seu estudo radiográfico constitui uma ferramenta fundamental para o diagnóstico, monitorização e avaliação da progressão da doença (9).

Portanto, tendo em conta todos os parâmetros referidos, para a classificação da AR, utilizam-se atualmente os critérios desenvolvidos pelo *American College of Rheumatology* (ACR) em colaboração com a *European League Against Rheumatism* (EULAR) que foram concebidos para identificar a doença, permitindo uma intervenção terapêutica adequada (46). Baseia-se numa pontuação acumulativa dividida em quatro domínios: número e tipo de articulações envolvidas, presença de anticorpos FR e APCCs;

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

alterações laboratoriais inflamatórias (como proteína C reativa ou velocidade de sedimentação eritrocitária) e a duração dos sintomas. Se o somatório for igual ou superior a seis pontos, em doentes com pelo menos uma articulação com sinovite clinicamente detetável, permite a classificação como AR (46).

2.5. Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico baseia-se na avaliação da atividade da doença através de índices compostos, na adoção de uma abordagem de tratamento orientada para objetivos específicos e na utilização de medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (incluindo os convencionais sintéticos, os sintéticos e os biológicos) (37). Uma vez atingido o objetivo terapêutico de remissão clínica, ou pelo menos de atingir a baixa atividade da doença, recomenda-se considerar a redução gradual da medicação. Apesar dos avanços significativos que proporcionam um prognóstico mais favorável para a maioria dos doentes, uma proporção considerável continua a não responder de forma eficaz (37). Aliás, a remissão apenas é atingida por 10 a 50% dos doentes (47). Apesar dos avanços, muitos continuam a apresentar sintomas incapacitantes, sendo a AR responsável por uma elevada carga humana e económica. Estima-se que cerca de um terço dos doentes abandone precocemente a vida profissional e que, cinco anos após o diagnóstico, entre 30 e 40% apresentem incapacidade laboral (48,49).

Os DMARDs diminuem a progressão das lesões provocadas pela doença e tem como função principal controlar a inflamação. No entanto, é necessário administrar concomitantemente AINEs porque tem eficácia na dor, na rigidez articular e na melhoria da função física, mas não previnem os danos articulares e, por isso, não são considerados modificadores da doença. Também são introduzidos na terapêutica, glucocorticóides que proporcionam um alívio rápido dos sintomas e possuem também propriedades modificadoras da doença, mas o seu uso prolongado está associado a efeitos adversos graves (37).

Os medicamentos antirreumáticos modificadores da doença sintéticos convencionais (csDMARD) mais usados são o metotrexato, a leflunomida, a sulfassalazina, a hidroxicloroquina e a azatioprina, os quais atuam suprimindo a expressão de citocinas e

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

a síntese de ácidos nucleicos (9). Se não houver eficácia com os csDMARDs, devem-se incluir também os medicamentos antirreumáticos modificadores da doença biológicos (bDMARD) que se dirigem especificamente contra citocinas pró-inflamatórias envolvidas na fisiopatologia da doença (47,50) e ainda os medicamentos antirreumáticos modificadores da doença sintéticos ou *targeted synthetic* (tsDMARD) desenvolvidos para atuar em locais específicos da inflamação. Exemplos de bDMARD são os *tumor necrosis factor inhibitor* (TNFi) como o tocilizumab, o abatacept e o rituximab e exemplos de tsDMARD são tofacitinib, baricitinibe upadacitinib (12).

Anteriormente, no modelo terapêutico, os AINEs eram frequentemente utilizados como primeira linha durante vários anos. Contudo, esta abordagem foi progressivamente abandonada devido à eficácia limitada destes fármacos, à incapacidade de modificar o curso da doença a longo prazo e à ocorrência de efeitos adversos gastrointestinais e cardiovasculares, sendo atualmente substituída pela introdução precoce de DMARDs (51). Assim, AINEs e analgésicos devem ser reservados para utilização adjuvante, sintomática ou em curto prazo até à confirmação diagnóstica (51).

De acordo com as recomendações portuguesas de 2020, o tratamento da AR com bDMARDs e csDMARDs, aprovadas pela SPR, foi definido um esquema terapêutico estruturado por fases, baseado em evidências clínicas e em consenso especializado (52).

O tratamento deve ser iniciado com metotrexato que é o fármaco de primeira linha, podendo ser usado isoladamente ou em associação com outros csDMARDs, como leflunomida ou sulfassalazina, em caso de intolerância. Após o início do tratamento a atividade da doença deve ser monitorizada a cada 3 a 4 meses e na ausência de melhoria clínica após três meses ou a não obtenção de remissão ou baixa atividade após seis meses deve ser reestruturado o tratamento. É na resposta ineficaz dos csDMARDs que é considerada a introdução na terapêutica dos bDMARDs ou tsDMARDs, preferencialmente em associação com metotrexato. Caso não correspondam a algum deste o que é feito é um *swapping* (mudar para um agente com mecanismo diferente) ou um *cycling* (usar um segundo TNFi). Em casos de remissão, pode ser considerada a redução gradual da dose de bDMARDs ou tsDMARDs, especialmente se o doente mantiver tratamento com csDMARDs concomitante (52).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

A escolha da forma farmacêutica e da via de administração deve feita de forma a manter o equilíbrio entre eficácia, tolerância, ocorrência de efeitos adversos e adesão terapêutica (53). No tratamento da AR, são utilizadas diferentes formas farmacêuticas e vias de administração de acordo com o fármaco e as características do doente. Por exemplo, o metotrexato pode ser administrado por via oral ou subcutânea, sendo a via subcutânea frequentemente escolhida quando se pretende melhorar a tolerância gastrointestinal ou obter melhores níveis plasmáticos sem aumentar a dose oral (54). O ácido fólico é administrado por via oral, em comprimidos, no entanto, os AINEs e os glucocorticóides que normalmente são administrados por via oral (comprimidos) também pode ser por via subcutânea ou endovenosa quando se trata de uma infiltração. Os bDMARDs e os tsDMARDs normalmente são administrados por via subcutânea ou endovenosa, com regime mensal ou bimestral, o que influência não só a comodidade para o doente, mas também o perfil de segurança e aderência (53).

De acordo com as orientações da EULAR, o metotrexato é o *gold standard* do tratamento dos doentes com AR, pelo seu perfil de eficácia e de toxicidade, fazendo parte integrante da maior parte dos esquemas terapêuticos (47). A toma concomitante de ácido fólico limita os efeitos tóxicos do metotrexato (47).

Os AINEs são frequentemente utilizados para controlo da dor, atuando através da inibição das enzimas ciclooxigenase (COX), as quais são responsáveis pela conversão do ácido araquidónico em prostaglandinas pró-inflamatórias. Contudo, devido aos seus potenciais efeitos adversos a nível renal, cardiovascular e gastrointestinal, podem ser substituídos por analgésicos simples, embora estes apresentem eficácia inferior (47). Mais recentemente, têm sido utilizados AINEs com ação seletiva sobre a COX-2, que demonstram eficácia anti-inflamatória e analgésica semelhante à dos convencionais, mas com menor risco de complicações gastrointestinais, apesar de manterem um perfil de efeitos adversos semelhante noutros sistemas (55).

Os glucocorticóides devem ser considerados apenas quando o tratamento com AINEs não apresenta eficácia. Nos doentes com AR, os principais benefícios resultam da sua ação sobre a ativação, proliferação, diferenciação e sobrevivência de diferentes células envolvidas na produção de mediadores inflamatórios. Estes fármacos podem ainda

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

suprimir a função e proliferação das células Th1, reduzindo assim a síntese de citocinas pró-inflamatórias como IL-1 β , IL-2, IL-3, IL-6, TNF- α , interferão- γ e IL-17 (47,55). No entanto, os glucocorticóides constituem uma classe farmacológica cuja utilização permanece controversa. Apesar de se reconhecer o seu benefício no controlo da dor, rigidez e edema articular, não parecem modificar a progressão da doença (51). A curto prazo reduzem a sinovite e, a longo prazo, podem atenuar o dano articular; contudo, estão associados a múltiplos efeitos adversos, incluindo infeções, hiperglicemia, hipertensão, osteoporose, alterações do humor e distúrbios do sono (51). São habitualmente utilizados como terapêutica temporária no início do tratamento ou em episódios de elevada atividade da doença, até que os csDMARDs, cujo efeito é mais tardio, atinjam eficácia (51). A sua administração deve ser temporária, na menor dose eficaz e, sempre que possível, suspensa ou eliminada do esquema terapêutico. Podem ser administrados por via oral ou intra-articular, sendo esta última considerada uma opção eficaz e bem tolerada no tratamento localizado de articulações ativas, desde que não exceda 3 a 4 infiltrações anuais por articulação (51).

O tratamento da AR deve ser individualizado e realizado sob orientação do reumatologista, com o apoio de uma equipa multidisciplinar (17). A intervenção terapêutica inicia-se com a educação e o aconselhamento do doente, uma vez que se trata de uma patologia debilitante, tanto pelo impacto físico como pelas complicações psicológicas associadas. Para a melhoria da qualidade de vida, torna-se fundamental a articulação entre diferentes profissionais de saúde, nomeadamente médico de família, reumatologista, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social (9,17).

Em Portugal, após o diagnóstico de artrite reumatóide, o doente tem direito a acompanhamento médico especializado em consulta de reumatologia, incluindo monitorização periódica da evolução da doença e ajuste terapêutico sempre que necessário. De acordo com a Portaria n.º 99/2022 do Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, publicada em Diário da República, todos os medicamentos para esta patologia são comparticipados a 100% pelo Serviço Nacional de Saúde, quer através da farmácia hospitalar, quer da farmácia comunitária (56).

2.5.1. Efeitos Adversos

A AR é uma doença crónica que exige intervenção terapêutica prolongada. Apesar dos benefícios da terapêutica biológica estarem amplamente demonstrados, importa considerar a sua utilização em contexto de longo prazo, uma vez que podem surgir efeitos adversos que merecem particular atenção. A maioria destes efeitos manifesta-se no primeiro ano de tratamento; contudo, a gravidade e a extensão do envolvimento de determinados órgãos e sistemas podem ser fatores determinantes para a interrupção da terapêutica (57). Fatores determinantes como:

- **Reações relacionadas com a perfusão e hipersensibilidade imediata:** As reações relacionadas com a perfusão podem ocorrer até 1 hora após a administração SC/IV, manifestando-se com dor músculo-esquelética, eritema local, náuseas, vômitos e suores frios, geralmente de intensidade moderada. As reações de hipersensibilidade imediata, mediadas por mastócitos e basófilos, envolvem prurido, angioedema e, em casos graves, broncoespasmo ou edema laríngeo. A distinção entre ambas pode ser difícil devido à sobreposição de sintomas (58);
- **Redução da imunidade conferida pela vacinação:** A resposta vacinal pode estar diminuída em doentes tratados com biológicos, sobretudo abatacept e rituximab (58);
- **Formação de autoanticorpos e anticorpos antifármaco:** O desenvolvimento de autoanticorpos, nomeadamente autoanticorpos antinucleares, é frequente em doentes sob inibidores do TNFi (58);
- **Tuberculose:** Os imunossuppressores biológicos aumentam o risco de infeções oportunistas, em especial tuberculose, que pode apresentar-se em formas latente ou ativa e envolver órgãos extrapulmonares (59);
- **Reativação de hepatite:** Existe risco acrescido de reativação, mais elevado na hepatite B do que na hepatite C (59);
- **Alterações hematológicas:** Podem incluir pancitopenias (anemia, leucopenia e trombocitopenia simultâneas) e, mais raramente, fenómenos tromboembólicos (59);
- **Distúrbios gastrointestinais e metabólicos:** Observam-se sobretudo com o antagonista do recetor da IL-6, o tocilizumab (58);

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

- **Eventos cardiovasculares:** Apesar da eficácia dos inibidores do TNF- α , o risco cardiovascular continua a ser discutido, em particular pela possibilidade de agravamento da insuficiência.

2.5.2. Adesão, Satisfação e Complexidade da terapêutica

Segundo a OMS a adesão à terapêutica é como a extensão do comportamento de uma pessoa, quanto à toma de medicação ou no cumprimento da dieta e/ou alteração do estilo de vida, e de acordo recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde (60).

A OMS dividiu em cinco grupos os fatores que considerou determinantes para a adesão terapêutica:

1. Fatores sociais e económicos;
2. Fatores relacionados com o sistema e equipa de saúde;
3. Fatores relacionados com a doença;
4. Fatores relacionados com o tratamento;
5. Fatores relacionados com a perceção e expectativa do doente.

Estes fatores têm impacto em situações de terapêutica de longa duração (60).

A não adesão à terapêutica pode trazer problemas graves devido à diminuição da eficácia dos medicamentos e conseqüentemente ineficácia da terapêutica, desenvolvimento e agravamento da doença e aumento do número de hospitalizações principalmente na população mais envelhecida (61). Esta consequência tem sido também associada ao aumento de morbilidade e mortalidade (61).

A capacidade dos doentes de gestão da terapêutica pode ser aumentada pelo seu crescente conhecimento sobre a doença e tratamento, no entanto não é suficiente para garantir a adesão ao tratamento (61).

A satisfação em relação ao tratamento medicamentoso pode ser definida como a avaliação do doente relativamente à toma de medicação e aos resultados da mesma, o que pode prever a continuidade do tratamento medicamentoso assim como adesão ao uso correto e consistente da medicação ao longo do tempo (62).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

A satisfação com o tratamento medicamentoso representa a percepção do doente relativamente aos efeitos (benéficos ou não) que ele pode ter na sua vida e tem sido amplamente reconhecida como um forte indicador de adesão e de continuidade terapêutica (63,64). Quando os doentes percebem que a medicação é eficaz e com efeitos adversos toleráveis, tendem a manter um uso consistente, o que se traduz em melhores resultados clínicos e de QV e numa melhor comunicação e relação entre o médico e o utente (62,63,64).

No entanto, se existir insatisfação com o tratamento, devido a fatores como dificuldade de administração, ou aparecimento de efeitos adversos, pode levar a não adesão e ao abandono da terapêutica (65).

A farmacoterapia pode ser considerada difícil de gerir, e por isso, é um dos principais problemas na adesão ao tratamento. Características como o número de medicamentos diferentes diários, número e quantidade de tomas diárias, fracionamento de medicamentos e a relação com a alimentação são alguns dos problemas (66). No entanto devido à elevada procura de consumo da população e constante evolução dos fármacos, a farmacoterapia é importante no processo de controlo e cura de doenças (66).

Diversos estudos mostram que regimes mais complexos estão associados a menor adesão e a uma maior probabilidade de erros na terapêutica (67,68). Em doentes com patologias crónicas, como a AR, onde frequentemente se verifica polimedicação, a complexidade pode gerar sobrecarga terapêutica, reduzir a satisfação e afetar a motivação para cumprir o tratamento (67,68).

Além disso, a complexidade da farmacoterapia pode influenciar indiretamente a adesão por meio da redução da satisfação: quanto mais exigente é o regime (em número de tomas ou restrições), maior tende a ser a frustração e menor a percepção de conveniência (69). Assim, estratégias como simplificação da terapêutica, educação da farmacoterapia personalizada e acompanhamento contínuo podem melhorar simultaneamente a satisfação e a adesão (69).

2.6. Terapias não farmacológicas

O acompanhamento clínico deve incluir ainda a vigilância e o controlo de comorbilidades frequentemente associadas, como doença cardiovascular, osteoporose e depressão (70). As intervenções não farmacológicas desempenham também um papel relevante na manutenção da QV, sendo recomendadas medidas dietéticas, como a dieta mediterrânea, prática regular de exercício físico, estratégias de proteção articular e apoio psicológico (70).

As terapias físicas e ocupacionais constituem recursos fundamentais para otimizar a capacidade funcional de doentes com AR, cuja vida diária é frequentemente limitada pela doença (30). A intervenção coordenada de diferentes profissionais de saúde é essencial na reabilitação, recorrendo a terapias como fisioterapia e terapia ocupacional. A fisioterapia tem como principais objetivos prevenir a incapacidade, aliviar a dor e melhorar a função articular, sendo precedida de uma avaliação física detalhada e de um plano individualizado (30). Entre as modalidades utilizadas destacam-se a aplicação de calor ou frio, a estimulação elétrica e a hidroterapia. O frio é geralmente recomendado em fases agudas, enquanto o calor é aplicado em estádios crónicos, proporcionando efeito analgésico e relaxamento muscular. A estimulação elétrica nervosa transcutânea é empregue para alívio da dor, embora com efeito de curta duração, e a hidroterapia, embora promissora na melhoria da amplitude articular, força muscular e bem-estar, permanece uma técnica de eficácia ainda controversa (30). No âmbito da reabilitação, outras estratégias incluem repouso programado, utilização de talas, luvas de compressão, dispositivos de apoio e equipamentos adaptativos, bem como massagens, exercícios terapêuticos e programas de educação do doente, todos com benefícios na gestão dos sintomas e deformidades (30). O exercício físico regular contribui adicionalmente para a manutenção da força muscular, estabilização das articulações e prevenção de lesões a longo prazo (30). A componente psicológica não deve ser desvalorizada, dado que pode influenciar a adesão e os resultados da terapêutica (30).

2.7. Qualidade de Vida em doentes com Artrite Reumatóide

A QV relacionada com a saúde de um doente pode ser definida como o impacto que o seu estado de saúde pode ter na capacidade de realizar as suas tarefas diárias sentindo-se bem fisicamente e mentalmente (72).

De acordo com a definição da OMS, a saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de doença (71). Esta perspetiva reforça a relevância da opinião do doente na recolha de informações que dificilmente podem ser obtidas apenas através de marcadores clássicos de avaliação, uma vez que a doença interfere em múltiplas dimensões da vida do indivíduo, nem todas captadas por esses indicadores (71).

Apesar dos progressos no conhecimento da fisiopatologia da AR, persiste a necessidade de aprofundar a compreensão do impacto desta doença na QV percebida pelos doentes. Neste âmbito, os *patient-reported outcomes* (PRO) têm adquirido crescente importância na avaliação clínica em reumatologia (8).

A AR é uma das doenças reumáticas em que os resultados reportados pelos doentes têm sido mais investigados, utilizam-se, na prática clínica, índices de atividade que englobam não apenas parâmetros objetivos, dependentes da avaliação médica e de dados laboratoriais, mas também a perceção subjetiva de dor e de impacto da doença relatada pelos próprios doentes (72). A integração destas dimensões permite delinear intervenções terapêuticas mais abrangentes e centradas no doente, com maior probabilidade de sucesso. Apesar disso, permanece necessária a adaptação dos questionários utilizados nestes índices, de modo a contemplar de forma mais clara necessidades frequentemente expressas pelos doentes, como o controlo adequado da dor, a redução da fadiga e o reforço da independência funcional (72).

A Reumatologia em Portugal constitui um exemplo relevante da integração dos resultados reportados pelos doentes na prática clínica. Desde 2013, com a disponibilização de uma área dedicada ao doente na plataforma Reuma.pt, registou-se um aumento significativo da adesão ao preenchimento de questionários de autorrelato, o que tem permitido uma melhor adequação dos cuidados às necessidades e expectativas individuais. Esta prática

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

contribui não só para uma experiência mais positiva na vivência com a doença, como também para a melhoria da evolução clínica. A utilização dos PRO na avaliação dos doentes reumatológicos traduz, assim, a consolidação de uma abordagem centrada no doente (72).

Embora alguns autores considerem que os cuidadores possam fornecer informações válidas sobre a experiência da doença, os PRO devem, idealmente, ser recolhidos junto do próprio doente. Estes instrumentos permitem avaliar não apenas a atividade da doença, mas também outros domínios que o indivíduo considera essenciais para o seu estado de saúde, sendo, por isso, a fonte mais fidedigna desses dados (73,74). A utilização conjunta de medidas objetivas e de resultados reportados pelos doentes revela-se complementar, dado que cada abordagem fornece informação distinta, permitindo ao médico compreender de forma mais ampla o impacto da doença e as suas repercussões reais (73). Se a prática clínica se limitar exclusivamente às medidas clássicas, como marcadores inflamatórios ou exames de imagem, corre-se o risco de decisões terapêuticas inadequadas, decorrentes de uma avaliação incompleta do estado de saúde do doente (73,74).

Para além da perda de funcionalidade e autonomia na AR, surgem também repercussões psicológicas relevantes, incluindo diminuição do bem-estar, baixa autoestima associada à imagem corporal e alterações na vida sexual, laboral, familiar e social (9).

Um estudo identificou três dimensões fundamentais para a avaliação da QV em doentes com AR estabelecida: a independência, o controlo sobre os efeitos da doença no quotidiano e o bem-estar social (75). A independência foi definida como a capacidade de realizar atividades da vida diária sem limitações corporais significativas, associando-se positivamente à prática de atividade física e a esquemas terapêuticos simples. Pelo contrário, a dependência de familiares ou amigos para tarefas como a administração da medicação despertava sentimentos ambivalentes de gratidão e culpa. Relativamente ao controlo sobre a doença, observou-se que a capacidade de contornar as dificuldades físicas se associava a melhor QV (75). Já no âmbito social, a manutenção da rede de suporte, do emprego, dos passatempos e da possibilidade de conhecer novas pessoas

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

revelou-se protetora, enquanto a dor e a fadiga frequentes nesta patologia se constituíram como fatores limitantes, agravando a QV (75).

Outro estudo comparou doentes com AR em fase inicial e doentes com doença estabelecida (76). Verificou-se que os primeiros apresentavam menor limitação física, melhor estado geral de saúde, menos problemas emocionais e maior bem-estar social. No entanto, registaram também uma saúde mental mais comprometida. Não foram identificadas diferenças significativas relativamente à perceção de dor corporal, limitação física provocada pela doença ou vitalidade. (76).

A presença de sintomatologia psicopatológica é comum em doentes com AR, embora os fatores que influenciam o ajustamento à doença não sejam totalmente lineares. No caso da depressão, esta pode agravar o curso da doença, ao mesmo tempo que a própria doença contribui para o desenvolvimento do quadro depressivo (77). Estudos prospetivos têm demonstrado que a incapacidade constitui um preditor fortemente associado ao humor depressivo em pessoas com diferentes doenças crónicas, incluindo a AR (38). Desta forma, a diminuição da QV resultante dos sintomas físicos pode favorecer o desenvolvimento de depressão, a qual, por sua vez, tem impacto negativo na perceção da dor, fadiga e qualidade de vida (77).

Diversos estudos indicam que doentes com artrite reumatóide e depressão apresentam piores resultados na resposta ao tratamento, com níveis mais elevados de dor e progressão da doença (77). Uma das explicações propostas é que, durante a avaliação clínica, os sintomas depressivos podem passar despercebidos por se confundirem com manifestações sintomáticas da própria AR, como fadiga, perturbações do sono e alterações do apetite (77).

A relação entre variáveis psicológicas e fadiga em doentes com artrite reumatóide tem sido amplamente descrita. Um estudo demonstrou que níveis mais elevados de depressão, ansiedade e pior saúde mental estão associados a maior intensidade de fadiga (78). Outro estudo, realizado com 282 doentes, analisou a interação entre emprego, saúde mental, saúde física e fadiga, concluindo que estar laboralmente ativo está relacionado com níveis mais baixos de fadiga, efeito mediado pela saúde mental, enquanto a saúde física não

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

apresentou influência significativa (79). Adicionalmente, foi sugerido que a atividade laboral pode associar-se a menor sensação de desamparo e a maior aceitação da dor, reforçando a importância dos benefícios psicológicos do emprego na percepção da fadiga (79).

A atividade da doença e os dados radiográficos assumem um papel determinante como preditores da função física em doentes com AR. A presença de comorbilidades pode igualmente influenciar a percepção que o doente tem da sua condição. Além disso, verificou-se que o nível de educação constitui um fator associado ao comportamento mental em doentes com patologias reumáticas (8).

Em Portugal, também têm sido estudadas as perturbações psicológicas associadas à AR. Num estudo realizado com 80 doentes, observou-se que 37,5% apresentavam ansiedade moderada ou elevada e 25% ansiedade ligeira. No mesmo trabalho, verificou-se ainda que 35% dos participantes tinham níveis elevados de depressão e 33,8% níveis ligeiros, enquanto em relação ao stress, 45% apresentavam valores elevados, 42,5% moderados e 12,5% ligeiros (80). Noutro estudo, conduzido com 42 doentes com AR, a taxa de depressão teve o resultado de 23,8% e uma prevalência de ansiedade de 16,7% (81).

Um estudo observacional em Portugal, baseado que utilizou o questionário EQ-5D, demonstrou que os doentes com AR e menor atividade da doença apresentavam resultados mais favoráveis nos PRO, incluindo quando comparados os doentes em remissão com aqueles em atividade reduzida (82). Os doentes que não se encontravam em remissão clínica apresentaram uma qualidade de vida relacionada com a saúde inferior à da população portuguesa em geral, com exceção da componente emocional, onde não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, nos doentes em remissão, a qualidade de vida foi semelhante à da população portuguesa. O estudo evidenciou ainda uma fraca correlação entre PRO e dados clínicos/laboratoriais, sendo que o nível de educação surgiu como um possível fator protetor (82).

Uma meta-análise de 31 estudos sobre a qualidade de vida em doentes com artrite reumatóide evidenciou que esta patologia tem um impacto negativo superior ao observado noutras doenças físicas (78). Os resultados mostraram que as pontuações no

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

domínio físico foram mais baixas do que no domínio mental, sugerindo um maior comprometimento da componente física. Verificou-se ainda que a idade avançada se associava a piores resultados na função física, mas a melhores pontuações de saúde mental. De igual modo, observou-se uma associação positiva entre a duração da doença e a componente mental, indicando que os doentes com evolução mais prolongada da AR poderiam apresentar maior aceitação da sua condição em comparação com aqueles com diagnóstico recente (78).

Quando avaliamos a forma como a AR afeta o quotidiano de um doente significa que estamos a avaliar a sua capacidade funcional (83).

A progressão da doença está frequentemente associada a uma perda gradual da mobilidade, o que compromete não só os movimentos, mas também a aparência física, a capacidade de realizar as atividades de vida diária e a QV. Dificuldades funcionais como, levantar e transportar objetos, ou realizar tarefas que envolvam movimentos de compressão, ou repetitivos são frequentemente relatadas pelos doentes. Ações simples, como abotoar um botão da camisa ou puxar um fecho surgem como queixas recorrentes (13).

Atualmente, quem vive com AR, tem soluções que melhoram significativamente o seu quotidiano. A partir das atuais estratégias de tratamento, o controlo da dor é maior, o que se traduz na redução do seu impacto na QV das pessoas afetadas (83).

A manutenção de uma dieta e um peso corporal saudáveis, a prática de exercício físico e a diminuição ou cessação do consumo de tabaco são medidas que comprovaram a sua eficácia quando aplicadas em doentes com AR e que conseqüentemente melhoram a QV (84).

Torna-se, assim, essencial realizar o diagnóstico de forma precoce e definir estratégias terapêuticas adaptadas à situação clínica de cada doente. Paralelamente, é fundamental assegurar cuidados que considerem as necessidades e preferências individuais, promovendo uma abordagem centrada no doente e orientada para a otimização dos resultados (74).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Contudo, há evidência de que, na prática clínica, podem surgir discrepâncias entre os resultados valorizados pelos doentes e aqueles considerados prioritários pelos médicos. Tal facto reforça a necessidade de implementar instrumentos simples e eficazes que promovam a participação ativa do doente e permitam refletir, de forma fidedigna, a sua perceção da doença, num formato igualmente reconhecido e valorizado pelos profissionais de saúde (74,85).

Em síntese, a avaliação da QV em doentes com AR deve integrar não apenas medidas objetivas e resultados clínicos, mas também os resultados reportados pelos próprios doentes, de forma a captar de modo abrangente o impacto real da patologia. Neste contexto, os doentes tendem a associar a sua condição ao impacto que esta exerce na sua QV, valorizando que a abordagem médica vá além da análise dos sintomas e dos efeitos das terapêuticas instituídas. Atribuem igualmente importância ao reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das repercussões sociais, emocionais e físicas da doença, numa perspetiva holística da sua situação (86).

3. Metodologia

3.1. Tipo de Estudo

O estudo é exploratório transversal e descritivo-correlacional. É exploratório porque procura aprofundar o conhecimento sobre a relação entre a adesão e satisfação com o tratamento, a terapêutica farmacológica, a intensidade da doença, a dor e qualidade de vida em doentes com AR, um tema ainda pouco estudado no contexto regional. É transversal, dado que os dados foram recolhidos num único momento, fornecendo o estado clínico e perceções dos participantes. Por fim, assume um carácter descritivo-correlacional, uma vez que descreve as características da população em estudo e analisa possíveis associações entre variáveis de interesse.

3.2. População e Amostra

A população é constituída por doentes com AR que são acompanhados nas consultas de Reumatologia Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. (ULSNe), de Bragança e de Mirandela. A população é de 270 doentes com diagnóstico prévio de AR. O cálculo amostral foi realizado através da ferramenta *OpenEpi – Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*, versão 3.01, considerando uma população total de 270 indivíduos, com um nível de confiança de 95%, um erro amostral de 5%, uma proporção esperada de 50% e um efeito de desenho igual a 1. De modo a garantir que a amostra fosse representativa da população, o tamanho mínimo da amostra deveria ter sido de 159 participantes, contudo, de acordo com a disponibilidade nas consultas e o tempo estabelecido para a recolha de dados do presente trabalho, a amostra final foi de 61 doentes (22,6% da população) (87).

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão: doentes diagnosticados com AR; em regime terapêutico medicamentoso e com idade igual ou superior a 18 anos que são acompanhados nas consultas de Reumatologia da ULSNe. E como critérios de exclusão: doentes com AR referenciados com declínio da capacidade cognitiva; doentes residentes em lares ou com apoio de cuidadores externos em que a gestão da medicação é realizada

por profissionais de saúde ou outros profissionais, pelo que a sua inclusão poderia comprometer os resultados.

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de questionários validados e também pela aplicação de um questionário para recolha de dados sociodemográficos e terapêuticos (Anexo I). No questionário sociodemográfico foi incluída uma questão de resposta aberta, em que se pedia ao doente que definisse, numa palavra ou expressão, o que representava para si a AR.

Para medir a adesão à terapêutica medicamentosa, aplicou-se a escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Anexo II). Esta escala foi adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima e tem o objetivo de avaliar da adesão do indivíduo ao regime terapêutico medicamentoso (60). Este instrumento caracteriza-se por sete questões, com seis possibilidades de respostas do tipo Likert: sempre (1); quase sempre (2); com frequência (3); por vezes (4); raramente (5); nunca (6). O nível de adesão foi determinado com base na média das respostas, sendo considerados aderentes os doentes com pontuação média ≥ 5 (60). Para a obtenção de resultados realiza-se o somatório dos valores de cada item e a respetiva divisão pelo número de itens e obtemos o nível de adesão aos tratamentos, no qual, os valores mais elevados corresponderão a um maior nível de adesão. Adicionalmente, é calculada a mediana da amostra (valor central das pontuações médias individuais), com o objetivo de verificar a tendência central da adesão (60). A utilização desta escala adaptada à prática clínica pode beneficiar a identificação precoce de doentes que não aderem ao tratamento medicamentoso, uma vez que é de fácil aplicação e compreensão, fornecendo dados fidedignos sobre o uso da medicação. Esta ferramenta pode ter um impacto direto na QV dos doentes, dado que a não adesão ao tratamento farmacológico está frequentemente associada ao agravamento do estado de saúde e ao aumento do número de hospitalizações (88). Esta escala apresenta boa consistência interna ($\alpha = 0,62$) semelhante a outros estudos referentes a doenças crónicas validados para português onde as escalas foram aplicadas e validadas, assegurando assim coerência metodológica (60,89).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Na medição da satisfação com o tratamento utilizou-se a escala *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* - TSQM (versão 1.4) (Anexo III), validada para português que está dividido em quatro escalas onde se mede a eficácia, os efeitos adversos, a conveniência e a satisfação global (90). A escala da eficácia, corresponde às perguntas 1, 2 e 3, onde se pretende avaliar a perceção do doente relativamente aos benefícios do tratamento. Já a escala dos efeitos adversos, incluem as perguntas 4-8 e analisam a frequência e impacto dos efeitos secundários associados à terapêutica. A escala da conveniência, integra as perguntas 9-11, onde se avalia a facilidade de utilização do tratamento, nomeadamente no que diz respeito à posologia, via de administração e adaptação à rotina diária. Por fim, escala da satisfação global, correspondente às últimas questões (12 -14) e reflete a apreciação global do doente sobre a terapêutica e tenta perceber se quer mantê-la ou repeti-la (91). Tal como na escala MAT, este instrumento apresenta perguntas com possibilidades de respostas do tipo Likert (14 perguntas divididas pelas quatro partes), com respostas de 5 ou 7 pontos e uma pergunta dicotómica (91). A pontuação é calculada individualmente para cada parte e pode variar de 0 a 100 e com base numa equação recomendada pelos autores do instrumento e detalhada noutro estudo (34,35,36,37). Quanto maior é a pontuação, maior é a satisfação do doente com o tratamento medicamentoso (91). Com estes dados permitem aos profissionais de saúde compreender melhor as necessidades e preocupações dos doentes, promovendo uma abordagem mais centrada no doente (93). Observou-se muito boa consistência interna no total das 4 partes do questionário ($\alpha = 0,90$) e em cada escala individualmente também: escala da eficácia ($\alpha = 0,90$), escala dos efeitos adversos ($\alpha = 0,86$), escala da conveniência ($\alpha = 0,76$) e escala da satisfação global ($\alpha = 0,92$). Outros estudos referentes a doenças crónicas, validados para português onde as escalas foram aplicadas e validadas também verificam o mesmo (36,39,40).

O perfil farmacoterapêutico de cada doente foi recolhido do processo de cada doente associado à consulta de reumatologia da ULSNe, que inclui o registo dos medicamentos tomados, dosagens e posologia diária, assim como outras informações adicionais a ter em conta aquando da toma. As informações adicionais foram obtidas com recurso ao Sifarma - novo módulo de atendimento. O índice de complexidade da farmacoterapia (ICFT) foi utilizado para medir a complexidade associada ao tratamento farmacológico de cada

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

doente. É a versão adaptada, traduzida e validada do *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI) (Anexo IV) (66,95). Este questionário analisa elementos relacionados com características do tratamento e divide-se em três partes (A, B, C). A parte A é sobre todas as formas farmacêuticas tomadas pelo doente; a parte B é sobre a posologia diária de cada medicamento e a C é sobre os horários e sobre informações adicionais, como dissolver comprimidos ou se devem ser tomados após as refeições. No final é feito o somatório da pontuação de cada parte de cada medicamento do tratamento farmacológico de cada doente e obtemos o ICFT (66,95). Não existe um limite para o número de medicamentos que podem ser tomados pelos doentes e por isso, quanto mais alta a pontuação no ICFT, maior será também a complexidade terapêutica (96). No entanto existem valores de referência que nos indicam se a complexidade é baixa (10-22,5), média (22,6-27), alta (27,1-36), ou muito alta (>36,1) (95).

Na avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a versão portuguesa do EQ-5D-3L desenvolvido pelo grupo EuroQol (Anexo V) (97). É de fácil aplicação, com perguntas diretas acerca do dia-a-dia das pessoas inquiridas, permitindo perceber e avaliar aspetos relacionados com o quotidiano. Este inquérito mede a qualidade de vida relacionada com a saúde e divide-se em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/ mal-estar e ansiedade/depressão). Cada dimensão tem três opções de resposta que estão associadas a níveis de gravidade crescente: nível 1 (sem problemas); nível 2 (alguns problemas) e nível 3 (problemas extremos) (97,98). No fim do questionário existe uma escala visual analógica, que consiste numa linha graduada de 0 a 100, na qual cada utente indica a sua perceção global do estado de saúde no dia do questionário. O valor 0 corresponde ao pior estado de saúde imaginável, enquanto o valor 100 representa exatamente o oposto, ou seja, o melhor estado de saúde possível (97,98). Cada país tem um cálculo adaptado deste índice e é feito com base nos coeficientes descritivos e numa regressão do modelo desenvolvido a partir do sistema de valores da população portuguesa e de uma amostra significativa da população portuguesa por idade e sexo (99,100). A consistência interna é boa ($\alpha = 0,62$) comparando com outros estudos (6,7,8).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

O *Disease Activity Score 28 Joints* (DAS28) foi o índice utilizado para classificar a atividade da doença nos doentes com AR. Este índice é calculado tendo em consideração: 28 articulações edemaciadas e dolorosas; a velocidade de hemossedimentação ou os valores da proteína C reativa e a perceção do doente sobre a sua condição (46,47,48). Para a classificação, foi escolhido o DAS28 PCR, que utiliza a proteína C reativa como marcador inflamatório por ter mais sensibilidade (105). Desta forma é possível categorizar o doente em fases de atividade diferentes: remissão (<2,6), atividade leve (>2,6 a 3,2), moderada (>3,2 a 5,1) e alta (>5,1) (47,48). Dada a complexidade do cálculo do índice, os respetivos valores foram fornecidos pela equipa médica, com base na análise dos registos clínicos dos doentes. Para efeitos do presente estudo, os resultados foram considerados já calculados, de acordo com a documentação oficial.

A escala visual analógica (EVA) mede intensidade da dor e fatores como a fadiga, ansiedade e bem-estar geral. Encontra-se validada para Portugal e é recomendada pela Direção Geral de Saúde (13). Nesta escala, o registo da intensidade da dor é feito no momento de avaliação da mesma e é referida pelo doente. Os dados registados são convertidos numa escala numérica que consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento e que numa das extremidades tem assinalada a classificação sem dor e na outra a classificação de dor máxima. A escala é caracterizada por uma régua dividida em partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0-10 e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica (13,106). A intensidade da dor foi também recolhida e registada pelas médicas.

3.4. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas

A recolha de dados decorreu, entre 26 de março de 2025 e 21 de maio de 2025 presencialmente nas consultas de Reumatologia da ULSNe em Bragança e, no caso dos doentes acompanhados na ULSNe de Mirandela, através de contacto telefónico. Para facilitar a abordagem, o primeiro contacto foi efetuado pela equipa médica da especialidade de Reumatologia e, posteriormente, eram realizados os inquéritos. Antes do preenchimento, os participantes recebiam uma explicação detalhada sobre os objetivos e procedimentos do estudo e apenas após essa informação lhes era disponibilizado o consentimento informado (fornecido pela ULSNe, Anexo VIII), entregue em conjunto

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

com os questionários em papel. Todos os documentos foram preenchidos com um investigador presente para esclarecimento de dúvidas, tendo o tempo médio de resposta sido de aproximadamente 15 minutos. Todos os dados recolhidos foram devidamente anonimizados e codificados para análise estatística.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ULSNe (*Parecer nº 9/2025*) (Anexo VII). Foram atendidos os princípios éticos para a investigação definidos na Declaração de Helsínquia e suas adendas (107). Foi preservado o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Todos os participantes foram informados sobre a natureza e objetivos do estudo, sendo destacados a voluntariedade e anonimato da participação. O consentimento informado foi submetido antes do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

3.5. Análise Estatística dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software IBM de tratamento de dados, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 30.0.0. Foi realizada análise descritiva com cálculo das frequências absolutas e relativas, assim como medidas de tendência central, de dispersão e de distribuição, quando aplicável. Atendendo à natureza das variáveis em estudo e à presença de distribuições assimétricas, optou-se pela utilização de testes não paramétricos nas análises inferenciais. Assim, para avaliar as associações entre as variáveis foi aplicado o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ), adequado para dados ordinais ou não normalmente distribuídos. As análises foram realizadas com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram consideradas estatisticamente significativas as correlações com $p < 0,05$ e altamente significativas as correlações com $p < 0,01$. Optou-se pela utilização de métodos não paramétricos porque algumas variáveis apresentaram distribuição não normal, e devido à natureza ordinal da escala MAT, o que inviabiliza a utilização de testes paramétricos como o coeficiente de *Pearson* (108).

4. Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes do estudo, abrangendo variáveis como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, tempo desde o diagnóstico de artrite reumatóide, tempo de seguimento em consultas de Reumatologia e consumo de tabaco. Esta descrição permite traçar o perfil geral da amostra, fornecendo informações relevantes sobre o contexto demográfico e clínico dos participantes. Foram calculadas diferentes medidas de estatística descritiva, os resultados podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e clínicos

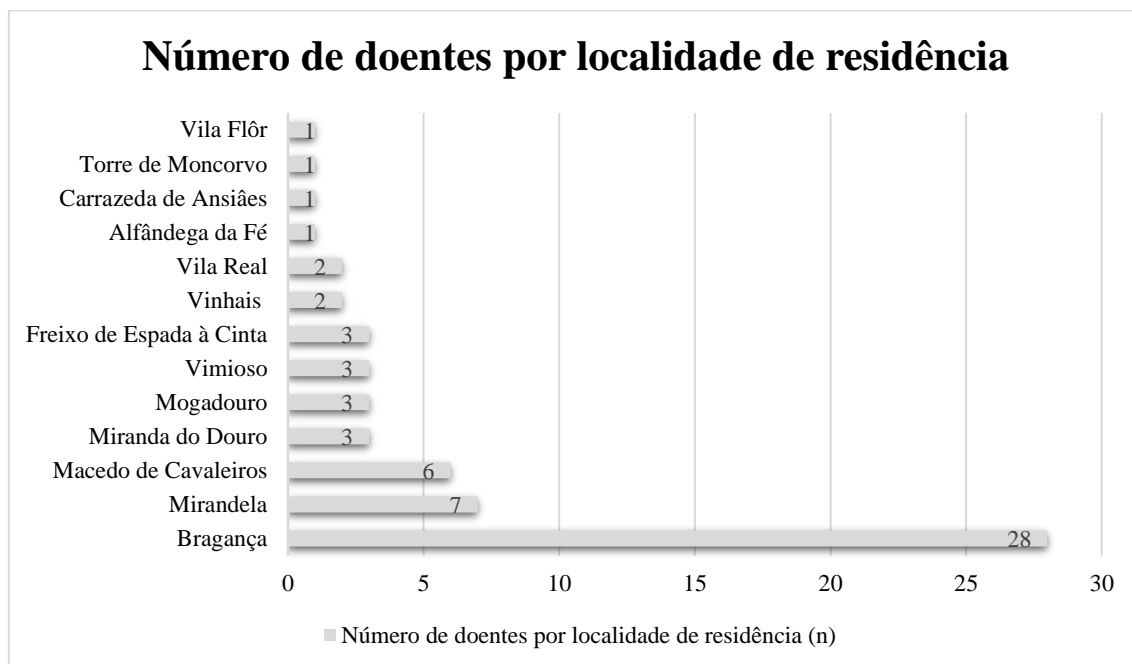
Caraterização sociodemográfica e clínica	n	%	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sexo						
Feminino	52	85,2				
Masculino	9	14,8				
Idade			65,3	12,3	27	87
Estado Civil						
Casado	41	67,2				
Viúvo	13	21,3				
Solteiro	3	4,9				
União de Facto	1	1,6				
Divorciado	3	4,9				
Habilitações Literárias						
1ºCiclo (4ª Classe)	24	39,3				
2ºCiclo (6º ano)	4	6,6				
3ºCiclo (9º ano)	9	14,8				
Ensino Secundário	10	16,4				
Ensino Superior	14	23				
Ocupação						
Reformado	34	55,7				
Empregado	24	39,3				
Desempregado	3	4,9				
Diagnóstico de AR			10,4	8,8	1	36
Consulta na especialidade de Reumatologia (em anos)	na de		8,5	8,5	1	36
Consumo de tabaco						
Não fumador	44	77,1				
Fumador	8	13,1				
Já foi fumador	9	14,8				

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Dos doentes com AR que integram o presente estudo, a maioria do é do sexo feminino (85,2%, n=52), têm idades compreendidas entre os 27 e os 87 anos e a média de idades é de 65 anos, com um desvio padrão de 12,3 anos. Grande parte dos inquiridos é casado (67,2%, n=41) e também podemos observar que muitos doentes são viúvos (21,3%, n=13). Relativamente às habilitações literárias, mais de um terço da amostra (39,3%, n=24) tem o 1º Ciclo (4ª classe), logo a seguir destacamos os doentes com o ensino superior (23%, n=14) e os doentes que completaram o ensino secundário (16,4%, n=10). No que respeita à situação profissional, mais de metade encontra-se reformada (55,7%, n=34), enquanto 39,3% (n=24) continuam empregados e 4,9% (n=3) estão desempregados. O diagnóstico da doença foi feito em média há pelos menos 10 anos com um desvio padrão de 8,8 anos, onde o mínimo é 1 ano, mas o máximo apresenta doentes com um diagnóstico antigo de 36 anos. O seguimento em consultas de especialidade de Reumatologia é em média há cerca de 8 anos e meio, ou seja, com uma diferença de cerca de 1 ano e meio após o diagnóstico. Quase um terço dos inquiridos respondeu que é ou já foi fumador (27%, n=17) enquanto a maioria respondeu que nunca fumou (77,1%, n=44).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos participantes por localidade de residência, permitindo observar a origem geográfica dos doentes. Esta informação complementa a caracterização sociodemográfica descrita na Tabela 1.

Gráfico 1: Número de doentes por localidade de residência



No que diz respeito à localidade de residência (ver Gráfico 1), a maioria dos doentes é residente em Bragança (n=28), destacando-se face às restantes localidades. Seguem-se Mirandela com 7 doentes e Macedo de Cavaleiros com 6 doentes. Em Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso e Freixo de Espada à Cinta registaram-se 3 doentes em cada localidade, enquanto em Vinhais e Vila Real o número foi de 2 doentes. Por fim, em Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Torre de Moncorvo e Vila Flor registou-se 1 doente em cada uma.

As Tabela 2 e 3 reúnem os resultados obtidos através da aplicação da escala MAT, que avalia a quantos doentes aderiram ao tratamento e a sua conduta face ao regime terapêutico prescrito. São apresentadas as frequências e percentagens correspondentes às respostas dadas a cada item, permitindo identificar possíveis padrões de esquecimento, interrupção ou alteração do tratamento.

Tabela 2: Classificação da adesão aos tratamentos (escala MAT)

Adesão	n	%
Aderente	58	95,1
Não Aderente	3	4,9

Tabela 3: Adesão aos tratamentos (escala MAT)

Perguntas	Opções de resposta % (n)				
	Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
Esquecimento da toma dos medicamentos		4,9 (3)	13,1 (8)	23 (14)	59 (36)
Descuidado com as horas da toma dos medicamentos		3,3 (2)	11,5 (7)	16,4 (10)	68,9 (42)
Deixar de tomar os medicamentos por se sentir melhor			4,9 (3)		95,1 (58)
Deixar de tomar os medicamentos por se sentir pior	1,6 (1)	3,3 (2)	3,3 (2)	1,6 (1)	90,2 (55)
Aumento a dosagem recomendada após se sentir pior			9,8 (6)	3,3 (2)	86,9 (53)
Interromper o tratamento por deixar acabar os medicamentos			6,6 (4)	8,2 (5)	85,2 (52)
Deixar de tomar os medicamentos sem indicação do médico			3,3 (2)		96,7 (59)

Na tabela 2, com base na pontuação média da escala MAT (pontuação ≥ 5 considerada indicativa de adesão), observou-se que a maioria dos participantes foi classificada como aderente (95,1%, n = 58), enquanto apenas 4,9% (n = 3) foram considerados não

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

aderentes. Na tabela 3, podemos observar que a maioria dos participantes nunca se esquece de tomar a medicação (59%, n=36) e nunca se descuida nas horas da toma (68,9%, n=42). No entanto, 23% (n=14) afirmaram raramente se esquecer-se da medicação e 16,4% (n=10) relataram que raramente se descuidam no horário da toma. No que respeita à interrupção da terapêutica por se sentirem melhor, a grande maioria (95,1%, n=58) referiu nunca o fazer, enquanto 4,9% (n=3) admitiram já ter deixado de tomar a medicação nessas circunstâncias. Relativamente a interromper o tratamento por iniciativa própria, após se sentirem pior, 90,2% (n=55) nunca o fizeram, sendo que percentagens mais baixas (3,3%, n=2) indicaram tê-lo feito por vezes ou com frequência. Verificou-se que 86,9% (n=53) dos participantes nunca tomaram mais comprimidos por sua iniciativa após se sentirem pior, enquanto 9,8% (N=6) admitiram já o ter feito por vezes. Relativamente à interrupção da terapêutica por falta de medicação, 85,2% (n=52) dos doentes nunca interromperam, contrastando com 6,6% (n=4) que referiram fazê-lo por vezes e 8,2% (n=5) raramente. Por fim, na questão sobre deixar de tomar a medicação por outra razão que não fosse indicação médica, quase todos os participantes (96,7%, n=59) responderam nunca ter adotado esse comportamento, sendo este resultado revelador de uma elevada adesão à terapêutica.

A Tabela 4 apresenta os resultados do questionário TSQM. Os dados estão organizados por escalas (eficácia, efeitos adversos, conveniência e satisfação global) e incluem as principais percentagens de resposta para cada item, refletindo a perceção dos participantes quanto ao efeito, facilidade de utilização e impacto geral do tratamento.

Tabela 4: Satisfação com a terapêutica (TSQM)

Escala	Perguntas (p)	Principais resultados (%) / (n)
Eficácia (p: 1-3)	Eficácia (p:1)	<ul style="list-style-type: none"> • 44,3% Satisfeito/a (n=27) • 27,9% Muito satisfeito/a (n=17) • 11,5% Extremamente satisfeito/a (n=7)
	Alívio dos sintomas (p: 2)	<ul style="list-style-type: none"> • 36,1% Satisfeito/a (n=22) • 27,9% Muito satisfeito/a (n=17) • 14,8% Extremamente satisfeito/a (n=9)
	Tempo que demora até ao efeito (p: 3)	<ul style="list-style-type: none"> • 52,5% Satisfeito/a (n=32) • 16,4% Mais ou menos satisfeito/a (n=10) • 14,8% Muito satisfeito/a (n=9)
Efeitos Adversos (p: 4-8) Observação: Apenas respondem às p: 5-8 se responderem que sim na p: 4)	Efeitos adversos (p:4)	<ul style="list-style-type: none"> • 82% não reportaram efeitos secundários (n=50) • 18% reportam efeitos secundários (n=11)
	Incómodo dos efeitos (p: 5)	<ul style="list-style-type: none"> • 36,4% Extremamente incómodo (n=4)
	Interferências dos efeitos no quotidiano (p:6)	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% MUITÍSSIMO (n=5)
	Interferências dos Efeitos adversos na capacidade mental (p: 7)	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% MUITÍSSIMO (n=5)
	Interferências dos efeitos adversos na satisfação (p:8)	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% Nada (n=5)
Conveniência (p: 9-11)	Facilidade na administração (p:9)	<ul style="list-style-type: none"> • 70,5% Fácil (n=43) • 9,8% Mais ou menos fácil (n=6) • 8,2% Extremamente fácil (n=5)
	Facilidade no horário (p:10)	<ul style="list-style-type: none"> • 77% Fácil (n=47) • 8,2% Extremamente fácil (n=5) • 6,6% Muito fácil (n=4)
	Conveniência das instruções (p:11)	<ul style="list-style-type: none"> • 72,1% Conveniente (n=44) • 14,8% Extremamente conveniente (n=9) • 11,5% Muito conveniente (n=7)
Satisfação Global (p:12-14)	Confiança no tratamento (p:12)	<ul style="list-style-type: none"> • 73,8% Muito confiante (n=45) • 9,8% Extremamente confiante (n=6)
	Pontos positivos vs. pontos negativos (p:13)	<ul style="list-style-type: none"> • 78,7% Muito convencido/a (n=48) • 8,2% Extremamente convencido/a (n=5)
	Satisfação geral (p:14)	<ul style="list-style-type: none"> • 37,7% Satisfeito/a (n=23) • 36,1% Muito satisfeito/a (n=22) • 13,1% Extremamente satisfeito/a (n=8)

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

De acordo com os resultados por escala, na eficácia (perguntas 1 a 3), verificou-se que em todas as perguntas os doentes estão satisfeitos com a terapêutica. Na pergunta 1, 44,3% (n=27) dos participantes estão satisfeitos, 27,9% (n=17) estão muito satisfeitos e 11,5% (n=7) estão extremamente satisfeitos, enquanto apenas 1,6% (n=1) está extremamente insatisfeito. Na pergunta 2, o resultado mantém-se, com 36,1% (n=22) satisfeitos, 27,9% (n=17) muito satisfeitos e 14,8% (n=9) extremamente satisfeitos. Na pergunta 3, mais de metade dos inquiridos (52,5%, n=32) relatou estar satisfeito, 16,4% mais ou menos satisfeito (n=10) e 14,8% (n=29) muito satisfeito, registando-se valores residuais de insatisfação.

Nos efeitos adversos (perguntas 4 a 8), a grande maioria (82%, n=50) relatou não ter experienciado efeitos secundários relacionados com a terapêutica. Entre os 18% (n=11) que reportaram efeitos adversos, 36,4% (n=4) responderam na pergunta 5 que consideraram estes efeitos extremamente incómodos, na pergunta 6, 45,5% (n=5) que os efeitos adversos afetam muitíssimo a sua saúde física e a sua vida no dia-a-dia. No que diz respeito à capacidade mental relacionada com os efeitos adversos, a pergunta 7 teve um resultado igual à pergunta 6, 45,5% (n=5) e na pergunta 8, o resultado foi exatamente o oposto dos anteriores, porque apesar da insatisfação, os doentes acham que os efeitos adversos não afetam em nada (45,5%, n=5) a satisfação geral com o medicamento.

Na conveniência (perguntas 9 a 11), os resultados apontam para uma perceção muito favorável da facilidade de utilização da terapêutica. Na pergunta 9, 70,5% (n=43) consideram o tratamento como fácil, 9,8% (n=6) mais ou menos fácil e 8,2% (n=5) extremamente fácil. Na pergunta 10, 77% (n=47) dos participantes referiram que era fácil, e 8,2% (n=5) extremamente fácil e 6,6% (n=4) muito fácil. No item 11, 72,1% (n=44) consideraram o tratamento conveniente, 14,8% (n=9) extremamente conveniente e 11,5% (n=7) muito conveniente.

Por fim, a satisfação global (pergunta 12 a 14), os resultados positivos mantêm-se. Na pergunta 12, 73,8% (n=45) dos participantes estão muito confiantes com o tratamento e 9,8% (n=6) estão extremamente confiantes. Também na pergunta 13, 78,7% (n=48) reportaram estar muito convencidos que os pontos positivos do tratamento superam os negativos e 8,2% (n=5) estão extremamente convencidos do mesmo. Na pergunta 14,

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

37,7% (n=23) estão satisfeitos com os medicamentos no geral, 36,1% (n=22) muito satisfeitos e 13,1% (n=8) extremamente satisfeitos, contrastando com percentagens muito baixas de insatisfação.

Na Tabela 5 encontram-se descritos os elementos que compõem o ICFT, incluindo os medicamentos utilizados, as formas farmacêuticas, a frequência de dosagem e as instruções adicionais associadas ao regime terapêutico. Esta caracterização permite compreender o nível de complexidade da terapêutica.

Tabela 5: Índice de Complexidade da farmacoterapia (ICFT)

		n	%
Medicamentos	Ácido Fólico	46	10,4
	Metotrexato (comprimidos e subcutâneo)	46	10,4
	Prednisolona	20	4,5
	Calcifediol	12	2,7
	Omeprazol	10	2,3
Forma Farmacêutica	Comprimido	315	71,1
	Cápsula	43	9,7
	Solução injetável em caneta pré-cheia	40	9
	Gomas	12	2,7
	Comprimidos sublinguais	6	1,4
Frequência de dosagem	1 x dia	225	50,8
	1 x semana	43	9,7
	S/N (SOS)	37	8,4
	2 comprimidos 1 x semana	27	6,1
	1 x mês	18	4,1
Instruções adicionais	Tomar/usar conforme indicado	192	43,3
	Relação com o alimento (tomar durante ou logo após a refeição)	67	15,1
	Tomar/usar em horário específico (1 em jejum)	67	15,1
	Relação com o alimento (não tomar com alimentos)	23	5,2
	Partir o comprimido	22	5

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Considerando os dados obtidos a partir da análise da terapêutica medicamentosa através da aplicação do instrumento ICFT, onde foram analisados todos os perfis farmacoterapêuticos dos doentes individualmente, podemos afirmar que cada inquirido, em média, toma 7 medicamentos diferentes por dia sendo que o mínimo foi de 1 e o máximo de substâncias ativas diferentes diárias foi de 12. Relativamente aos medicamentos mais utilizados pelos participantes (ver Tabela 4), o ácido fólico foi referido por 10,4% (n=46), seguido do metotrexato (comprimidos e subcutâneo) em 10,4% (n=46). A prednisolona foi reportada por 4,5% (n=20), o calcifediol por 2,7% (n=12) e o omeprazol por 2,3% (n=10). Quanto à forma farmacêutica, verificou-se que a maioria correspondeu a comprimidos (71,1%, n=315), seguidos de cápsulas (9%, n=40), soluções injetáveis em caneta pré-cheia (9%, n=40), gomas (2,7%, n=12) e comprimidos sublinguais (5%, n=22). Relativamente à frequência de dosagem, o esquema mais comum foi 1 vez por dia (50,8%, n=225). Seguiram-se a toma 1 vez por semana (9,7%, n=43), uso SOS (8,1%, n=37), toma de 2 comprimidos 1 vez por semana (6,1%, n=27) e 1 vez por (2,7%, n=11). No que respeita às instruções adicionais, observou-se que 43,3% (n=192) dos medicamentos apresentavam indicação de “tomar/usar conforme indicado”. Em seguida, 15,1% (n=67) referiam a necessidade de relação com a refeição (tomar durante ou logo após a refeição) e igualmente 15,1% (n=67) deveriam ser administrados em horário específico (exemplo: em jejum). Outros 5,2% (n=23) exigiam relação com o alimento (não tomar com alimentos) e 5% (n=22) indicavam a necessidade de partir o comprimido.

A Tabela 6 sintetiza os principais grupos farmacoterapêuticos prescritos, expressos em percentagem de utilização. Esta distribuição permite identificar os fármacos mais frequentemente utilizados na terapêutica destes doentes.

Tabela 6: Grupos farmacoterapêuticos mais utilizados pelos doentes com AR

Grupo farmacoterapêutico	Percentagem (%)
DMARDs	16,7
Anti-anémicos	10,6
Medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio	9,7
Anti-hipertensores	9,3
Antidislipidémicos	7,9
Inibidores da bomba de protões	6,3
Glucocorticóides	5,6
AINEs	4,3
Antidepressivos	4,3
Analgésicos e narcóticos	2,7
Analgésicos e antipiréticos	2,0
Relaxantes musculares	1,1

Os grupos farmacoterapêuticos mais tomados (ver Tabela 6), relacionados diretamente com o tratamento da AR, são os DMARDs (16,7%) como por exemplo o Metotrexato (10,4%) e o Denosumab (1,1%). Em seguida, surgiram os Anti-Anémicos (10,6%) como o Ácido Fólico (10,4%). O terceiro grupo com mais destaque foram os Medicamentos que atuam diretamente no osso e no metabolismo do cálcio (9,7%), neste grupo foram incluídos os Bifosfonatos, o Cálcio e a Vitamina D (Colecalciferol, Calcifediol). Os glucocorticóides apresentam uma percentagem elevada (5.6%), dos quais a prednisolona é a mais tomada (4,5%). É importante ressaltar que a toma de medicamentos para o tratamento da dor associada à AR também tem um peso significativo. Estas classes de medicamentos para a dor totalizam uma percentagem de 10,1% dividida entre AINEs (4,3%), Analgésicos e Estupefacientes (2,7%), Analgésicos e Antipiréticos (2%) e relaxantes musculares (1,1%). Grande parte dos doentes são polimedicados (85%) e apresentam outras patologias como hipertensão (9,3%), dislipidemias (7,9%) e depressão (4,3%). De entre os outros grupos farmacoterapêuticos também analisados podemos destacar os Anti-hipertensores (9,3%), os Antidislipidémicos (7,9%), os inibidores da bomba de protões (6,3%) e os Antidepressivos (4,3%).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

A Tabela 7 mostra os resultados obtidos através do questionário EQ-5D-3L, distribuídos pelas cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Os valores apresentados expressam a frequência e percentagem de respostas em cada categoria, permitindo caracterizar as principais limitações percebidas pelos participantes nas diferentes áreas do bem-estar físico e psicológico.

Tabela 7: Qualidade de vida em doentes com AR (EQ-5D-3L)

Dimensão	n	%
Mobilidade		
Não tenho problemas em andar	37	60,7
Tenho alguns problemas em andar	24	39,3
Cuidados Pessoais		
Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	46	75,4
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me	15	24,6
Atividades Habituais		
Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	33	54,1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	27	44,3
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	1	1,6
Dor/Mal-Estar		
Não tenho dores ou mal-estar	12	19,7
Tenho dores ou mal-estar moderados	33	54,1
Tenho dores ou mal-estar extremos	16	26,2
Ansiedade/Depressão		
Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	28	45,9
Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	20	32,8
Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	13	21,3

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Como referido anteriormente, na descrição dos instrumentos de recolha de dados, o questionário EQ-5D-3L que avalia a QV encontra-se dividido em cinco dimensões. Em cada uma destas dimensões foram obtidas respostas variadas por parte dos doentes (de acordo com as opções disponíveis), que se encontram na Tabela 6. Na dimensão Mobilidade, a maioria dos participantes referiu não ter problemas em andar (60,7%, n=37), enquanto 39,3% (n=24) indicaram ter alguns problemas nesta capacidade. Na dimensão Cuidados Pessoais, 75,4% (n=46) dos doentes não apresentaram dificuldades nos seus cuidados pessoais, ao passo que 24,6% (n=15) relataram ter alguns problemas em lavar-se ou vestir-se. Relativamente à dimensão Atividades Habituais, 54,1% (n=33) dos inquiridos afirmaram não ter problemas em desempenhar as suas atividades do dia a dia, enquanto 44,3% (n=27) referiram alguns problemas. Apenas 1,6% (n=1) indicou ser incapaz de realizar as atividades habituais. Na dimensão Dor/Mal-estar, a maioria (54,1%, n=33) assinalou ter dores ou mal-estar de intensidade moderada, 26,2% (n=16) referiram dores ou mal-estar extremos e 19,7% (n=12) não reportaram problemas nesta dimensão. Por fim, na dimensão Ansiedade/Depressão, 45,9% (n=28) dos participantes indicaram não se sentir ansiosos ou deprimidos, 32,8% (n=20) afirmaram sentir-se moderadamente ansiosos ou deprimidos e 21,3% (n=13) referiram níveis extremos de ansiedade ou depressão. Por fim, nos resultados referentes à escala visual analógica do EQ-5D-3L, a classificação média por parte das doentes relativamente ao seu estado de saúde no dia do inquérito foi de 59,2 com valores mínimos de 10 e máximos de 100. Relativamente à atividade da doença, avaliada através do DAS28 PCR, observou-se uma média de 2,52 (DP = 1,16), valor que se enquadra nos critérios clínicos de referência e podemos considerar que a atividade é moderada. No que se refere à intensidade da dor, medida pela Escala Visual Analógica (EVA), a média obtida foi de 3,54 (DP = 2,58), o que corresponde a níveis de dor ligeira a moderada. Embora este valor não represente dor severa, indica que a presença de dor é ainda uma realidade constante no quotidiano destes doentes.

Na Tabela 8 encontra-se a estatística descritiva das variáveis em estudo, nomeadamente, variáveis que medem a adesão à terapêutica (MAT), a satisfação com tratamento (TSQM), a complexidade da farmacoterapia (ICFT), a qualidade de vida (EQ-5D-3L), a intensidade da dor (EVA) e a atividade da doença (DAS28 PCR).

Tabela 8: Estatística Descritiva das variáveis em estudo

Variável (Instrumento)	Média (M)	Mediana	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Adesão aos Tratamentos (MAT)		6		4	6
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Eficácia)	66,8		18,7	0	100
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Efeitos Adversos)	87		29,6	0	100
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Conveniência)	68,8		13	27,8	100
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Global)	55		16,4	0	77,8
Complexidade da farmacoterapia (ICFT)	29,3		10,4	4	48
Qualidade de Vida (EQ-5D-3L)	0,6		0,3	0	1
Atividade da Doença (DAS28 PCR)	2,52		1,16	0,96	6,1
Intensidade da dor (EVA)	3,54		2,58	0	10

A análise estatística descritiva das variáveis em estudo (Tabela 8) permite referir que na adesão à terapêutica, a escala MAT evidenciou uma mediana de 6, sugerindo uma boa adesão à terapêutica farmacológica entre a maioria dos participantes. No que respeita à satisfação com o tratamento, avaliada pelo TSQM, observou-se uma média global elevada nas subescalas: eficácia: 66,6 (DP=18,7); efeitos adversos: 87 (DP=29,6); conveniência: 68,8 (DP = 13) e satisfação global: 55 (DP = 16,4). Estes resultados revelam uma perceção global positiva quanto à eficácia, conveniência e tolerabilidade do tratamento, com

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

pontuações particularmente elevadas na subescala dos efeitos adversos, o que sugere boa tolerância ao tratamento utilizado. A complexidade da farmacoterapia, avaliada pelo ICFT, apresentou uma média de 29,3 (DP = 10,4), valor que traduz esquemas terapêuticos com alguma complexidade, potencialmente influenciadores da adesão ao tratamento. A qualidade de vida, medida pelo EQ-5D-3L, apresentou uma média de 0,6 (DP = 0,3), refletindo um estado de saúde global moderado entre os participantes. A atividade da doença, medida pelo DAS28 PCR, apresentou uma média de 2,52 (DP = 1,16), valor que, de acordo com os critérios clínicos, corresponde a uma atividade moderada da doença. Por fim, a intensidade da dor, medida pela escala EVA, apresentou uma média de 3,54 (DP = 2,58), indicando níveis de dor ligeira a moderada, mas ainda assim relevantes no quotidiano dos doentes com AR.

A Tabela 9 apresenta os coeficientes de correlação de *Spearman* (ρ) entre as principais variáveis em estudo, permitindo identificar correlações entre a adesão ao tratamento, a satisfação com a terapêutica, a complexidade da farmacoterapia, a qualidade de vida, a atividade da doença e a intensidade da dor. Foi utilizado o coeficiente de *Spearman* por se tratar de um teste não paramétrico, adequado para a análise de variáveis ordinais ou com distribuição não normal (a escala MAT). Este coeficiente assume valores entre -1 e +1, onde valores positivos indicam correlação direta (quando uma variável aumenta, a outra tende a aumentar) e valores negativos indicam correlação inversa (quando uma variável aumenta, a outra tende a diminuir). A interpretação da força da correlação foi realizada segundo critérios frequentemente utilizados na área da saúde: fraca para $\rho < 0,30$; moderada para $0,30 \leq \rho \leq 0,60$ e forte para $\rho > 0,60$. Foram consideradas estatisticamente significativas as correlações com $p < 0,05$ e altamente significativas as correlações com $p < 0,01$ (109).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Tabela 9: Coeficientes de correlação de Spearman (ρ) das variáveis em estudo

Variável (Instrumento)	Adesão aos Tratamentos (MAT)	Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Eficácia)	Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Efeitos Adversos)	Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Conveniência)	Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Global)	Complexidade da farmacoterapia (ICFT)	Qualidade de Vida (EQ-5D-3L)	Atividade da Doença (DAS28 PCR)	Intensidade da dor (EVA)
Adesão aos Tratamentos (MAT)	1								
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Eficácia)	,113 (,385)	1							
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Efeitos Adversos)	,334** (,009)	,159 (,221)	1						
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Conveniência)	,292* (,022)	,451** ($<,001$)	,028 (,829)	1					
Satisfação com o tratamento (TSQM: Escala Global)	,219 (,090)	,749** ($<,001$)	,089 (,497)	,550** ($<,001$)	1				
Complexidade da farmacoterapia (ICFT)	,220 (,089)	-,184 (,155)	,125 (,336)	-,040 (,761)	,036	1			
Qualidade de Vida (EQ-5D-3L)	-,086 (,509)	,380** (,003)	-,025 (,851)	,220	,203 (,117)	-,416** ($<,001$)	1		
Atividade da Doença (DAS28 PCR)	,267* (,038)	-,314* (,014)	,072 (,583)	-,274*	-,374** (,003)	,246 (,056)	-,478** ($<,001$)	1	
Intensidade da dor (EVA)	,331** (,009)	-,132 (,311)	,195 (,0133)	-,103	-,108 (,406)	,106 (,415)	-,379** (,003)	,591** ($<,001$)	1

ρ = coeficiente de correlação de Spearman / $p < 0,05$; $p < 0,01$

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Relativamente à adesão ao tratamento (MAT), observaram-se correlações positivas moderadas com as escalas dos efeitos adversos ($\rho = 0,334$; $p = 0,009$) e da conveniência ($\rho = 0,292$; $p = 0,022$) do TSQM, sugerindo que maior adesão está associada a maior satisfação com o tratamento. Verificou-se ainda uma correlação positiva moderada entre a adesão (MAT) e a intensidade da dor (EVA) ($\rho = 0,331$; $p = 0,009$), e uma correlação positiva fraca com a atividade da doença (DAS28 PCR) ($\rho = 0,267$; $p = 0,038$), o que pode indicar que doentes mais conscientes da sua doença tendem a aderir melhor ao tratamento. Na satisfação com o tratamento (TSQM), observou-se uma correlação positiva moderada entre a escala da eficácia e a qualidade de vida (EQ-5D) ($\rho = 0,380$; $p = 0,003$), sugerindo que maior perceção de eficácia terapêutica se associa a melhor qualidade de vida. Verificaram-se ainda correlações fortes e positivas entre as escalas do TSQM, nomeadamente entre eficácia e satisfação global ($\rho = 0,749$; $p < 0,001$), e correlações moderadas entre conveniência e satisfação global ($\rho = 0,550$; $p < 0,001$), evidenciando consistência interna e perceções coerentes da satisfação com o tratamento. A complexidade da farmacoterapia (ICFT) apresentou correlação negativa moderada com a qualidade de vida (EQ-5D-3L) ($\rho = -0,416$; $p = 0,001$), indicando que regimes terapêuticos mais complexos estão associados a pior perceção de bem-estar. No que concerne à qualidade de vida (EQ-5D-3L), verificaram-se correlações negativas moderadas com a intensidade da dor (EVA) ($\rho = -0,379$; $p = 0,003$) e com a atividade da doença (DAS28 PCR) ($\rho = -0,478$; $p < 0,001$), reforçando que níveis mais elevados de dor e maior atividade da doença se associam a pior qualidade de vida. Por sua vez, a atividade da doença (DAS28 PCR) apresentou correlação positiva forte com a intensidade da dor (EVA) ($\rho = 0,591$; $p < 0,001$), indicando que doentes com maior atividade da doença tendem a experienciar níveis de dor mais elevados.

5. Discussão

De acordo com os dados recolhidos, a maioria dos inquiridos é do sexo feminino com uma média de idades de 65 anos, o que se encontra em consonância com a literatura, que descreve uma maior prevalência de AR nas mulheres (2 a 4 vezes mais do que nos homens) especialmente a partir da meia-idade (5,14,49). Esta predominância feminina poderá estar relacionada com fatores hormonais e genéticos (29).

Relativamente às habilitações literárias, mais de um terço da amostra tinha apenas o 1.º Ciclo, seguindo-se doentes com ensino superior de escolaridade. Estes resultados vão de encontro com outros estudos, que referem uma maior prevalência de AR entre indivíduos com baixos níveis de escolaridade, podendo esta variável influenciar também o acesso à informação e aos cuidados de saúde (110). No entanto, o facto de a segunda maior percentagem corresponder a doentes com o ensino superior, diz-nos que a literacia está a aumentar e conseqüentemente a capacidade dos doentes para entender a doença, o seu tratamento e a gestão da terapêutica (61). Este dado é particularmente relevante, uma vez que doentes com maior nível de instrução tendem a procurar estilos de vida mais saudáveis e estratégias complementares, incluindo terapias alternativas, prática de exercício físico e maior preocupação com a alimentação. Este aspeto pode influenciar não apenas a adesão à terapêutica farmacológica, mas também as expectativas em relação ao tratamento, reforçando a importância de uma abordagem multidimensional e centrada no doente para o futuro acompanhamento destes doentes (61).

A maior percentagem de participantes do estudo, está reformada, porque têm 65 ou mais anos e que pelo seu estado patológico e evolutivo da doença podem ter benefício no acesso à reforma antecipada em comparação com a restante população. Este valor tem impacto na capacidade funcional e também ocupacional da doença, indo de encontro a outros estudos indicam que a AR está frequentemente associada à incapacidade laboral, contribuindo para uma taxa elevada de reformas antecipadas (9,111).

A especialidade de Reumatologia na ULSNe, é relativamente recente (cerca de 6 anos) no entanto, verificou-se que o diagnóstico da doença foi feito anteriormente, em média, há cerca de 10 anos, e o acompanhamento em consultas de Reumatologia há cerca de 8

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

anos e meio. Esta duração é comparável à de estudos noutros países que apontam médias entre 8 e 10 anos desde o diagnóstico, refletindo a cronicidade da doença e a necessidade de acompanhamento contínuo (112).

O consumo de tabaco pode interagir com a predisposição genética e desencadear AR seropositiva (28). Aproximadamente um terço dos inquiridos referiu ser ou ter sido fumador, corroborando outros estudos que identificam o tabagismo como um fator de risco relevante para o desenvolvimento e agravamento da AR (28,113).

Estes resultados evidenciam que a dor é um fator central na perspetiva dos doentes quando falam da sua doença, por isso é frequentemente associada a um grande impacto emocional, funcional, e social (49).

Os resultados obtidos evidenciam um padrão de polimedicação elevado entre os doentes com AR, superior ao descrito noutros estudos, o que poderá refletir a complexidade terapêutica desta patologia e a quantidade elevada de comorbilidades frequentemente associadas (95,114). Importa salientar que, neste estudo, cerca de 60% dos doentes se encontravam sob utilização concomitante de cinco ou mais medicamentos, critério habitualmente utilizado para a definição de polimedicação em publicações científicas e em recomendações nacionais (115,116). Este cenário, para além de traduzir a dificuldade em alcançar o controlo adequado da doença apenas com monoterapia, levanta preocupações adicionais relacionadas com o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e desafios acrescidos na adesão terapêutica. (115,116).

Na literatura, os dados relativos aos grupos terapêuticos com maior toma para o tratamento da AR, destacam os DMARDs, principalmente o metotrexato como o mais prescrito (114). Os glucocorticóides também são frequentemente utilizados devido ao seu efeito anti-inflamatório, embora apresentem efeitos adversos a longo prazo. A utilização de fármacos analgésicos e AINEs, por grande parte dos inquiridos (9%), reforça a necessidade de controlo sintomático contínuo e mesmo assim os doentes reportam dor como a problemática principal quando falam no que a doença significa para si (49,114).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Muitos dos inquiridos (14%) tomam medicamentos para outras patologias, principalmente para doenças cardiovasculares, doenças do trato gastrointestinal e doenças do sistema nervoso. Este facto vai de encontro com os dados encontrados que permitem fazer a associação entre a AR e a presença de sintomatologia depressiva e aumento do risco cardiovascular comprometendo a patologia e a QV (49,117).

Para além da avaliação quantitativa, incluiu-se uma questão de resposta aberta em que os participantes foram convidados a descrever, numa palavra ou expressão, o que a artrite reumatóide representa para si. As respostas mais frequentes dos 61 inquiridos que responderam a esta questão, relacionaram-se com a palavra dor (dor, dores e muitas dores), mencionada em 29,5% do total. Seguiram-se as palavras incapacitante (13,1%) e limitante e horrível, ambas com 4,9%. Estes resultados estão ilustrados na Figura 1, sob a forma de nuvem de palavras, que sintetiza de forma visual a perceção dos doentes relativamente à doença.



Figura 1: Nuvem de palavras com as perceções dos doentes com AR em resposta aberta sobre o significado da doença.

Fonte: Construído pelo autor.

Os resultados da escala MAT sugerem uma elevada adesão à terapêutica farmacológica entre os doentes com AR acompanhados nas consultas de Reumatologia da ULSNe, visto que a pontuação média da maioria dos participantes foi classificada como aderente (95,1%). Também a mediana revelou um bom nível de adesão terapêutica, consistente com a literatura (60,89) . Este resultado sugere que, apesar da perceção negativa relativamente aos efeitos adversos, os doentes mantêm elevada adesão ao regime

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

prescrito, possivelmente pela valorização da eficácia do tratamento e pela necessidade de controlo da doença, aspetos que se sobrepõem ao impacto dos efeitos adversos. (60,89).

Todas as escalas do TSQM apresentaram valores superiores a 50, indicando um nível de satisfação global positivo com o tratamento, contudo, estes valores foram ligeiramente inferiores aos reportados noutras investigações. É importante destacar a escala dos efeitos adversos, cuja média foi significativamente superior, sugerindo perceção negativa dos doentes quanto à tolerabilidade do tratamento (92,94).

O valor médio do ICFT apresentado na Tabela 7 (M=29,3), é considerado alto de acordo com os valores de referência e foi semelhante ao reportado em estudos prévios com populações com doenças crónicas, refletindo um regime terapêutico relativamente complexo. Este resultado é consistente com o facto de muitos dos doentes apresentarem comorbilidades associadas, o que contribui para a maior complexidade da farmacoterapia. (95,96).

A média do EQ-5D-3L observada neste estudo (ver Tabela 7) revela uma qualidade de vida moderadamente comprometida (M=0,6) sendo ligeiramente inferior à reportada em estudos com populações similares, o que sugere maior impacto da doença nos doentes avaliados (103,118). Este valor reforça a importância da monitorização contínua do bem-estar global dos doentes com AR.

Os valores relativos à média do DAS28 PCR encontra-se dentro dos valores indicativos de remissão clínica (<2,6), o que permite inferir que uma proporção significativa (61%) dos participantes se encontra com a doença controlada, em consonância com os critérios definidos pela EULAR e pelo ACR (22,46,47).

No que respeita à dor, o valor médio da escala EVA indica baixa intensidade de dor na maioria dos participantes. Este valor é comparável ao reportado em estudos recentes; no entanto, investigações mais atuais identificam níveis de dor ligeiramente superiores, o que pode refletir diferentes perfis de amostra ou fases da doença (13,106).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Após a análise descritiva das variáveis em estudo, procurou-se compreender de que forma estas se relacionam entre si. Para tal, foram formuladas e testadas três hipóteses principais, com base nos objetivos definidos e na evidência existente na literatura.

Uma das questões principais desta investigação centrou-se no impacto da complexidade da terapêutica na adesão ao tratamento. Com base na literatura, foi formulada a hipótese 1 (H1): Existe associação entre a adesão à terapêutica medicamentosa (MAT) e a complexidade da farmacoterapia (ICFT) em doentes com artrite reumatóide.

A análise revelou uma correlação positiva fraca entre a MAT e o ICFT ($\rho = 0,220$; $p = 0,089$), não estatisticamente significativa ($p > 0,05$), indicando a ausência de associação relevante entre estas variáveis na amostra estudada. Embora a hipótese tivesse sido formulada com base em evidência prévia que sugere associação entre maior complexidade terapêutica e menor adesão, os dados deste estudo não confirmaram essa relação. Isto é consistente com outros estudos cujos resultados também não confirmam correlação e sugerem que outro tipo de fatores clínicos podem exercer influência mais determinante do que a complexidade do regime terapêutico (119,120). Sugerem que os doentes polimedicados e com um tratamento farmacológico mais complexo, ao possuírem uma saúde mais frágil, tem maior cuidado com a sua terapêutica (119,121). Para além deste fator outros estudos também concluíram que os doentes crónicos que aceitaram a doença tendem a ter melhor adesão ao tratamento (106).

Outra problemática que se identificou no decorrer deste estudo foi de que forma a atividade da doença e a intensidade da dor poderiam impactar a qualidade de vida dos inquiridos e, de acordo com vários estudos, foi feito o cálculo de uma variável múltipla onde se testou a hipótese 2 (H2): Existe associação negativa entre o nível de atividade da doença (DAS28 PCR), a intensidade da dor (EVA) e a qualidade de vida (EQ-5D-3L).

Os resultados evidenciaram correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas entre o EQ-5D-3L e as variáveis DAS28 PCR ($\rho = -0,478$; $p < 0,001$) e EVA ($\rho = -0,379$; $p = 0,003$), demonstrando que maior atividade da doença e níveis mais elevados de dor estão associados a pior perceção de qualidade de vida. Tal como a nossa hipótese demonstrou correlações negativas significativas, outros estudos referiram

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

também que os doentes com AR apresentam problemas físicos e emocionais associados à dor e que tem impacto significativo na qualidade de vida. (122,123). Colocando os dados numa perspetiva diferente, mas que apoia esta significância, foi visto noutra estudo, que os valores de EQ-5D-3L melhoraram significativamente, em todos os domínios, quando os doentes referiram diminuição de dor no quotidiano (124). Quando o diagnóstico de AR é detetado numa fase inicial em que os parâmetros inflamatórios são baixos e com baixa atividade de doença, pode resultar em melhoria significativa do prognóstico da AR porque reflete-se em quadros de dor mais baixos e melhoramento do estado de saúde (9,13). Uma das características avaliadas na atividade da doença é a inflamação articular. Esta inflamação conjuntamente com a deformidade articular afetam a dependência funcional na AR o que tem impacto direto no dia-a-dia e na qualidade de vida (13). Um estudo multicêntrico também concluiu que a atividade da doença é dos fatores impactantes e negativos na qualidade de vida, quanto maior a atividade menor a qualidade de vida (106). Recentemente foi comparada a qualidade de vida com a atividade da doença e concluiu-se que a baixa atividade da doença e a remissão estão associadas a melhorias na QV (18). A aceitação da dor e da doença é muito importante pois desta forma é mais fácil lidar com ela no dia-a-dia e deixar de a tornar um ponto central quando se fala de qualidade de vida associada à AR (106).

A terceira hipótese que foi correlacionada foi (H3): Existe associação positiva entre a satisfação com o tratamento (TSQM) e a adesão à terapêutica medicamentosa (MAT) em doentes com artrite reumatóide.

Esta hipótese procurou compreender se a satisfação com o tratamento influencia a adesão terapêutica. A análise de correlação de *Spearman* evidenciou associações positivas moderadas e estatisticamente significativas entre a adesão (MAT) e as escalas dos efeitos adversos ($p = 0,334$; $p = 0,009$) e da conveniência ($p = 0,292$; $p = 0,022$) do TSQM, sugerindo que maior satisfação com a tolerabilidade e facilidade de utilização do tratamento se relaciona com melhor adesão à terapêutica.

As correlações com as subescalas Eficácia ($p = 0,113$; $p = 0,393$) e Satisfação Global ($p = 0,219$; $p = 0,094$) foram fracas e não significativas ($p > 0,05$), indicando que estes domínios têm menor impacto na adesão, segundo os dados da amostra. A perceção e a

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

satisfação com o tratamento são fatores determinantes na vida dos doentes com AR porque tem influência tanto na terapia como na adesão ao próprio tratamento (125). Estudos sobre a satisfação com tratamento em AR obtiveram os mesmos resultados, onde mais de metade dos inquiridos respondeu estar satisfeito com o tratamento o que promoveu maior adesão no enquanto uma pequena percentagem não estava alinhada com este resultado manifestando insatisfação. Esta pequena amostra de pessoas insatisfeitas era composta por doentes mais jovens que normalmente tem mais dificuldade em adesão à terapêutica (126). Para promover a adesão e conseqüentemente a satisfação, era importante realizar avaliações com frequência sobre a satisfação e qualidade de vida durante o acompanhamento clínico (125).

Por fim, a Hipótese 4 (H4): Existe associação positiva entre a satisfação com o tratamento (TSQM) e a qualidade de vida (EQ-5D-3L) em doentes com artrite reumatóide.

Nesta hipótese procurou-se correlação entre a eficácia do tratamento (TSQM) e a qualidade de vida (EQ-5D-3L). A análise de correlação de *Spearman* revelou uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre a satisfação com o tratamento (TSQM), particularmente a escala da eficácia, e a qualidade de vida (EQ-5D-3L) ($p = 0,380$; $p = 0,003$). Este resultado sugere que maior perceção de eficácia terapêutica e maior satisfação com o tratamento associam-se a melhor qualidade de vida nos doentes com AR. Estudos recentes que destacam a importância da satisfação com a terapêutica como fator determinante na perceção da saúde e bem-estar (127). Num estudo transversal observaram que níveis mais elevados de satisfação com o tratamento se associaram a melhor QV em doentes com AR, reforçando que a satisfação é um indicador relevante de outcomes clínicos e psicossociais (127). Mais recentemente, sublinharam que a satisfação com a medicação é um aspeto ainda pouco valorizado na prática clínica, mas com impacto direto na adesão e na qualidade de vida dos doentes com AR (128). O estudo que validou a versão 1.4 do TSQM, confirmou a sua relação positiva com medidas de qualidade de vida, o que sustenta a utilização deste instrumento como indicador complementar de bem-estar percebido (91).

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Os doentes com AR poderiam beneficiar de programas de reabilitação e adaptação à doença com avaliações regulares da evolução da doença e da capacidade em realizar as atividades diárias. Formação em autogestão da doença e a realização de formação para a saúde, são formas de melhorar a qualidade de vida, promovendo a autonomia na realização de atividades do dia-a-dia, diminuindo a frequência e intensidade da dor (129).

6. Conclusão

O perfil dos doentes inquiridos neste estudo caracteriza-se maioritariamente por mulheres (85%), com idade média de 65 anos (DP = 12,3), baixa escolaridade predominante (mais de um terço com o 1.º ciclo) e um subgrupo de 23% com ensino superior. A maioria encontra-se reformada e apresenta um tempo médio de diagnóstico de cerca de 10 anos.

A análise permitiu verificar que a adesão terapêutica (MAT) revelou-se elevada (M = 5,6) e a satisfação com o tratamento (TSQM) apresentou valores moderados a elevados, com melhores resultados nas dimensões de eficácia e conveniência. A complexidade terapêutica (ICFT) foi moderada (M = 26,4), e a qualidade de vida (EQ-5D-3L) apresentou um valor médio de 0,6, refletindo um estado de saúde moderado. A atividade da doença (DAS28 PCR) situou-se, em média, num estado de remissão clínica e a dor (EVA) foi, em média, 2,8, indicando níveis de dor ligeira a moderada.

As correlações de *Spearman* demonstraram: associações negativas moderadas e significativas entre a qualidade de vida e a dor ($\rho = -0,379$; $p = 0,003$), bem como entre a qualidade de vida e a atividade da doença ($\rho = -0,478$; $p < 0,001$), indicando que maior dor e maior atividade da doença se associam a pior qualidade de vida. Associação negativa moderada entre a complexidade terapêutica e a qualidade de vida ($\rho = -0,416$; $p = 0,001$). Associações positivas moderadas entre a adesão terapêutica e a escala dos efeitos adversos ($\rho = 0,334$; $p = 0,009$) e a escala da conveniência ($\rho = 0,292$; $p = 0,022$) do TSQM. E uma correlação positiva moderada entre a satisfação (TSQM) e a qualidade de vida ($\rho = 0,380$; $p = 0,003$).

Entre as limitações do estudo, destaca-se o tamanho reduzido da amostra ($n = 61$) e a dificuldade de compreensão de alguns itens por parte dos doentes mais idosos, o que poderá ter influenciado algumas respostas. Adicionalmente, a escassez de estudos prévios que analisem simultaneamente estas variáveis em contexto nacional dificultou comparações mais amplas. Apesar dessas limitações, este estudo permitiu obter dados relevantes sobre os doentes com AR do nordeste transmontano.

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Os resultados reforçam a importância de monitorizar a satisfação terapêutica, promover estratégias de adesão e otimizar o controlo da dor, com vista à melhoria global da qualidade de vida destes doentes. A gestão da dor revelou-se um fator central no controlo da doença e na perceção da eficácia do tratamento, destacando a necessidade de abordagens multidisciplinares que incluam educação terapêutica, apoio psicológico e monitorização da satisfação ao longo do tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Wan C, Huang Y, Wang Q, Wang P, Xi X. Health utility of patients with established rheumatoid arthritis and its influencing factors: a multi-center study in China. *Sci Rep*. 2024 Dec 1;14(1).
2. Mochizuki T, Yano K, Ikari K, Okazaki K. Effects of Locomotion Training on Bone Mineral Density in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Prog Rehabil Med* [Internet]. 2024 Jun 18;9(0):1. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/prm/9/0/9_20240022/_article
3. Figueiredo E, Martins R. Rheumatoid arthritis: Implications on the functional capacities of people. *Servir*. 2016;59(3):26–33.
4. Wang Y, Wang J, Ma M, Gao R, Wu Y, Zhang C, et al. Hyaluronic-Acid-Nanomedicine Hydrogel for Enhanced Treatment of Rheumatoid Arthritis by Mediating Macrophage–Synovial Fibroblast Cross-Talk. *Biomater Res* [Internet]. 2024 Jan 18;28. Available from: <https://spj.science.org/doi/10.34133/bmr.0046>
5. Gioia C, Lucchino B, Tarsitano MG, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary habits and nutrition in rheumatoid arthritis: Can diet influence disease development and clinical manifestations? Vol. 12, *Nutrients*. MDPI AG; 2020.
6. Chen S, Pu W, Guo S, Jin L, He D, Wang J. Genome-wide DNA methylation profiles reveal common epigenetic patterns of interferon-related genes in multiple autoimmune diseases. *Front Genet*. 2019;10(APR).
7. Valesini G, Gerardi MC, Iannuccelli C, Pacucci VA, Pendolino M, Shoenfeld Y. Citrullination and autoimmunity. Vol. 14, *Autoimmunity Reviews*. Elsevier; 2015. p. 490–7.
8. Jorge PFFJ. Qualidade de vida relacionada com a saúde numa coorte de doentes com artrite inicial. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2022.
9. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. SPR, Sociedade Portuguesa de Reumatologia. 2019. Doenças: Artrite Reumatóide.
10. World Health Organization. Rheumatoid arthritis [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

11. Daniela Veiga Alves S. Ajustamento Psicológico e Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2018.
12. Lapčević M, Vuković M, Gvozdenović BS, Mijoljević V, Marjanović S. Influência de fatores socioeconômicos e de tratamento sobre a fadiga, ansiedade e depressão autorrelatadas em pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2017 Nov 1;57(6):545–56.
13. Seixas D, Farinha F, da Fonte MP, Laranjeira M, Rua M. Pain and wrist joint in rheumatoid arthritis: The impact on functional capacity. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2022 Dec 1;6(1).
14. Bustamante MF, Agustín-Perez M, Cedola F, Coras R, Narasimhan R, Golshan S, et al. Design of an anti-inflammatory diet (ITIS diet) for patients with rheumatoid arthritis. *Contemp Clin Trials Commun*. 2020 Mar 1;17.
15. Rondanelli M, Perdoni F, Peroni G, Caporali R, Gasparri C, Riva A, et al. Ideal food pyramid for patients with rheumatoid arthritis: A narrative review. Vol. 40, *Clinical Nutrition*. Churchill Livingstone; 2021. p. 661–89.
16. Cerasola D, Argano C, Chiovaro V, Trivic T, Scepanovic T, Drid P, et al. Physical Exercise and Occupational Therapy at Home to Improve the Quality of Life in Subjects Affected by Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Switzerland)*. 2023 Aug 1;11(15).
17. Monteiro AACP. Artrite Reumatoide: Impacto da terapêutica com agentes biológicos nos parâmetros clínicos e laboratoriais. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2013.
18. Nikiphorou E, Norton SJ, Carpenter L, Walsh DA, Creamer P, Dixey J, et al. Remission vs low disease activity: Function, quality of life and structural outcomes in the Early Rheumatoid Arthritis Study and Network. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2020 Jun 1;59(6):1272–80.
19. Castillo-Hernandez J, Maldonado-Cervantes MI, Reyes JP, Patiño-Marin N, Maldonado-Cervantes E, Solorzano-Rodriguez C, et al. Obesity is the main determinant of insulin resistance more than the circulating pro-inflammatory cytokines levels in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*. 2017 Jul;57(4):320–9.

20. Ruscitti P, Ursini F, Cipriani P, Ciccia F, Liakouli V, Carubbi F, et al. Prevalence of type 2 diabetes and impaired fasting glucose in patients affected by rheumatoid arthritis. *Medicine (United States)*. 2017 Aug 1;96(34).
21. Diamanti AP, Panebianco C, Salerno G, Di Rosa R, Salemi S, Sorgi ML, et al. Impact of mediterranean diet on disease activity and gut microbiota composition of rheumatoid arthritis patients. *Microorganisms*. 2020 Dec 1;8(12):1–14.
22. Horta-Baas G, Romero-Figueroa MDS, Montiel-Jarquín AJ, Pizano-Zárate ML, García-Mena J, Ramírez-Durán N. Intestinal Dysbiosis and Rheumatoid Arthritis: A Link between Gut Microbiota and the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Vol. 2017, *Journal of Immunology Research*. Hindawi Limited; 2017.
23. Lee N, Kim WU. Microbiota in T-cell homeostasis and inflammatory diseases. Vol. 49, *Experimental and Molecular Medicine*. Nature Publishing Group; 2017.
24. Malmström V, Catrina AI, Klareskog L. The immunopathogenesis of seropositive rheumatoid arthritis: From triggering to targeting. Vol. 17, *Nature Reviews Immunology*. Nature Publishing Group; 2017. p. 60–75.
25. Castro-Santos P, Díaz-Peña R. Genética da artrite reumatoide: é necessário um novo impulso em populações latino-americanas. *Rev Bras Reumatol*. 2016 Mar;56(2):171–7.
26. Furukawa H, Oka S, Shimada K, Hashimoto A, Tohma S. Human leukocyte antigen polymorphisms and personalized medicine for rheumatoid arthritis. Vol. 60, *Journal of Human Genetics*. Nature Publishing Group; 2015. p. 691–6.
27. Frisell T, Saevarsdottir S, Askling J. Family history of rheumatoid arthritis: an old concept with new developments. *Nat Rev Rheumatol*. 2016 Apr 21;335–43.
28. Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017;31(1):3–18.
29. Bengtsson C, Malspeis S, Orellana C, Sparks JA, Costenbader KH, Karlson EW. Association Between Menopausal Factors and the Risk of Seronegative and Seropositive Rheumatoid Arthritis: Results from the Nurses' Health Studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Nov 1;69(11):1676–84.
30. Guiomar Lopes ABL. *Imunoterapia e artrite reumatoide*. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2019.

31. Sundström B, Johansson I, Rantapää-Dahlqvist S. Interaction between dietary sodium and smoking increases the risk for rheumatoid arthritis: Results from a nested case-control study. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2015 Mar 1;54(3):487–93.
32. di Giuseppe D, Crippa A, Orsini N, Wolk A. Fish consumption and risk of rheumatoid arthritis: A dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1).
33. He J, Wang Y, Feng M, Zhang X, Jin YB, Li X, et al. Dietary intake and risk of rheumatoid arthritis—a cross section multicenter study. *Clin Rheumatol*. 2016 Dec 1;35(12):2901–8.
34. De Jong HJI, Klungel OH, Van Dijk L, Vandebriel RJ, Leufkens HGM, Van Der Laan JW, et al. Use of statins is associated with an increased risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis [Internet]*. 2012 May [cited 2025 Sep 2];71(5):648–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21979000/>
35. Athanassiou P, Athanassiou L, Kostoglou-Athanassiou I. Nutritional Pearls: Diet and Rheumatoid Arthritis. Vol. 31, *Mediterranean Journal of Rheumatology*. Greek Rheumatology Society and Professional Association of Rheumatologists; 2020. p. 319–24.
36. Croia C, Bursi R, Suter D, Petrelli F, Alunno A, Puxeddu I. One year in review 2019: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Apr 30; 37:347–57.
37. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Vol. 388, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 2023–38.
38. Batista JVA. Adaptação à doença crónica: O caso das doenças auto-imunes. [Porto]: Universidade do Porto; 2016.
39. Organização Mundial de Saúde. Banco de dados de mortalidade da OMS. 2019 [cited 2025 Jun 2]. p. 1 Rheumatoid arthritis. Available from: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/rheumatoid-arthritis>
40. Institute for Health Metrics and Evolution. Homepage | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.healthdata.org/>

41. Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.pt). Relatório de Execução (Resumo). 2021 Dec.
42. Dura M, Żuchowski P, Gorgolewski P, Waszczak-Jeka M, Jeka S. The changing role of ultrasonography examination in patients with rheumatoid arthritis in light of recent studies. Vol. 58, *Reumatologia*. Termedia Publishing House Ltd.; 2020. p. 155–61.
43. Dias Machado ÂD. Correlação entre as avaliações clínica e ecográfica em termos de contagem articular em doentes com Artrite Reumatóide. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2015.
44. Cheung PP, Gossec L, Mak A, March L. Reliability of joint count assessment in rheumatoid arthritis: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2014;43(6):721–9.
45. Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa. Artrite Reumatóide epidemiologia. 2014.
46. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010 Sep;69(9):1580–8.
47. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2022 Nov 10;82(1):3–18.
48. Altawil R, Saevarsdottir S, Wedrén S, Alfredsson L, Klareskog L, Lampa J. Remaining Pain in Early Rheumatoid Arthritis Patients Treated with Methotrexate. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Aug 1;68(8):1061–8.
49. Taylor PC, Moore A, Vasilescu R, Alvir J, Tarallo M. A structured literature review of the burden of illness and unmet needs in patients with rheumatoid arthritis: a current perspective. Vol. 36, *Rheumatology International*. Springer Verlag; 2016. p. 685–95.
50. Li N, Betts KA, Messali AJ, Skup M, Garg V. Real-world Effectiveness of Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs for the Treatment of

- Rheumatoid Arthritis After Etanercept Discontinuation in the United Kingdom, France, and Germany. *Clin Ther.* 2017 Aug 1;39(8):1618–27.
51. Aletaha D, Smolen J. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: A review. *JAMA.* 2018;320(13):1360–72.
 52. Bm F, Guimarães F, De A, Neto A, Tavares-Costa J, Ar R, et al. CLINICAL PRACTICE Portuguese recommendations for the use of biological and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis-2020 update [Internet]. 2020. Available from: www.arprheumatology.com•
 53. Tanaka Y. Recent progress in treatments of rheumatoid arthritis: an overview of developments in biologics and small molecules, and remaining unmet needs. *Rheumatology (United Kingdom).* 2021 Nov 1;60:VI12–20.
 54. Vermeer E, Hebing RCF, van de Meeberg MM, Lin M, de Meij TGJ, Struys EA, et al. Oral Versus Subcutaneous Methotrexate in Immune-Mediated Inflammatory Disorders: An Update of the Current Literature. Vol. 25, *Current Rheumatology Reports.* Springer; 2023. p. 276–84.
 55. Abbasi M, Mousavi MJ, Jamalzahi S, Alimohammadi R, Bezvan MH, Mohammadi H, et al. Strategies toward rheumatoid arthritis therapy; the old and the new. Vol. 234, *Journal of Cellular Physiology.* Wiley-Liss Inc.; 2019. p. 10018–31.
 56. Diário da República. Portaria n.º99/2022. Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, 36 Portugal: Diário da República; Feb 21, 2022 p. 2.
 57. Romão VC, Fonseca JE. Major Challenges in Rheumatology: Will We Ever Treat Smarter, Instead of Just Harder? *Front Med (Lausanne).* 2019 Jun 26;6.
 58. Barroso da Silva SAA. Terapias biológicas e a artrite reumatóide. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2023.
 59. Xie X, Li F, Chen JW, Wang J. Risk of tuberculosis infection in anti-TNF- α biological therapy: From bench to bedside. Vol. 47, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection.* Elsevier Ltd; 2014. p. 268–74.
 60. Ferreira AM, Magalhães CP. Medication adherence in chronic kidney disease patients in haemodialysis programme. *Revista de Enfermagem Referencia.* 2023 Dec 1;6(2).

61. Ladeiro F, Cláudia Magalhães A, Costa D, Vidal-Castro J, Pereira De Campos MF. Medida de Adesão Terapêutica nos Idosos: Um Estudo em Três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (Measurement of Therapeutic Adherence in the Elderly: A Study in Three Primary Health Care Centres Autor Correspondente/Corresponding Author). 2019 Apr.
62. Carolina A, Liberato S, Cunha R, Rodrigues M, Moreira São-João T, Maria N, et al. Artigo Original Satisfaction with medication in coronary disease treatment: psychometrics of the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication. 2016 [cited 2025 Feb 10]; Available from: www.eerp.usp.br/rlaehttp://dx.www.eerp.usp.br/rlae
63. Tsige AW, Endalifer BL, Habteweld HA, Wondmkun YT, Ayele SG, Kefale B. Treatment satisfaction and medication adherence and predictors among patients with heart failure in Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Front Pharmacol*. 2024;15.
64. Tollisen A, Flatø B, Selvaag AM, Aasland A, Ingebrigtsen T, Sagen J, et al. Treatment Satisfaction with and Adherence to Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Adult Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021 Feb 1;73(2):221–31.
65. AlOmari F, Hamid ABA. Strategies to improve patient loyalty and medication adherence in Syrian healthcare setting: The mediating role of patient satisfaction. *PLoS One*. 2022 Nov 1;17(11 November).
66. Melchiors AC, Correr CJ, Fernández-Llimos F. Translation and Validation into Portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index. *Arq Brasileiro de Cardiologia*. 2007; 89:191–6.
67. Kassaw AT, Sendekie AK, Minyihun A, Gebresillassie BM. Medication regimen complexity and its impact on medication adherence in patients with multimorbidity at a comprehensive specialized hospital in Ethiopia. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11.
68. Wakai E, Ikemura K, Kato C, Okuda M. Effect of number of medications and complexity of regimens on medication adherence and blood pressure management in hospitalized patients with hypertension. *PLoS One*. 2021 Jun 1;16(6 June).

69. Al Haqimy Mohammad Yunus MA, Akkawi ME, Fata Nahas AR. Investigating the association between medication regimen complexity, medication adherence and treatment satisfaction among Malaysian older adult patients: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2024 Dec 1;24(1).
70. De Azevedo Avelar M. Comparação entre a avaliação clínica e ecográfica em doentes com Artrite Reumatóide sob terapêutica com anti-TNF- α : Revisão de literatura. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2022.
71. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
72. Afonso AML. Resultados Reportados pelos Doentes em Reumatologia: A perspetiva do doente. Universidade da Beira Interior; 2020.
73. Lyman S, Hidaka C. Patient-Reported Outcome Measures-What Data Do We Really Need? *Journal of Arthroplasty.* 2016 Jun 1;31(6):1144–7.
74. Redondo M, Leon L, Povedano FJ, Abasolo L, Perez-Nieto MA, López-Muñoz F. A bibliometric study of the scientific publications on patient-reported outcomes in rheumatology. *Semin Arthritis Rheum.* 2017 Jun 1;46(6):828–33.
75. Malm K, Bergman S, Andersson MLE, Bremander A, Larsson I. Quality of life in patients with established rheumatoid arthritis: A phenomenographic study. *SAGE Open Med.* 2017 Jun 5;5.
76. Sizova L. Comparison of the Quality of life in Patients with Early and Established Rheumatoid Arthritis [Internet]. 2020. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-121938/v1>
77. Iaquinta M, McCrone S. An Integrative Review of Correlates and Predictors of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. Vol. 29, *Archives of Psychiatric Nursing.* W.B. Saunders; 2015. p. 265–78.
78. Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review. Vol. 39, *Clinical Psychology Review.* Elsevier Inc.; 2015. p. 16–29.
79. Żołnierczyk-Zreda D, Jędryka-Góral A, Bugajska J, Bedyńska S, Brzosko M, Pazdur J. The relationship between work, mental health, physical health, and

- fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *J Health Psychol.* 2020 Apr 1;25(5):665–73.
80. Cunha M, Ribeiro A, André S. Anxiety, Depression and Stress in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Procedia Soc Behav Sci.* 2016 Feb; 217:337–43.
 81. Gonçalves Alves I. Perceção de doença e ajustamento psicológico nas doenças difusas do tecido conjuntivo. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2015.
 82. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis – Cross-sectional study. *Reumatol Clin.* 2018 Nov 1;14(6):360–6.
 83. Duarte CIA, Simões SCO. Actividade de doença e qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide. *Revista Referência.* 2010 Mar 9; II Série-nº12:35.
 84. Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2017;31(1):3–18.
 85. Ishaque S, Karnon J, Chen G, Nair R, Salter AB. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the use of patient-reported outcome measures (PROMs). Vol. 28, *Quality of Life Research.* Springer International Publishing; 2019. p. 567–92.
 86. Dures E, Hewlett S, Ambler N, Jenkins R, Clarke J, Gooberman-Hill R. A qualitative study of patients’ perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016 Mar 15;17(1).
 87. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version 3.01 [Internet] [Internet]. 2013 [cited 2025 Sep 27]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
 88. Borba L de O, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Kalinke LP, Mantovani M de F, Maftum MA. Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71:2243–50.
 89. Silveira L. Análise de duas medidas indiretas de adesão ao tratamento em pacientes com mieloma múltiplo em uso de imunomoduladores. Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.

90. Oliveira G. Avaliação da satisfação das pacientes com diagnóstico de Leiomiomatose uterina tratadas com acetato de Gossirelina. [Curitiba]: Universidade Federal do Paraná; 2019.
91. Liberato ACS, Rodrigues RCM, São-João TM, Alexandre NMC, Gallani MCBJ. Satisfaction with medication in coronary disease treatment: Psychometrics of the treatment satisfaction questionnaire for medication. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Jun 7;24.
92. Bhowate S. Use of and satisfaction with complementary and alternative medicine in four chronic diseases: A cross-sectional study from India [Internet]. Article in *The National Medical Journal of India*. 2013. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/257460601>
93. Kim SK, Lee SH, Sun J, Lee SH, Jeon JY, Yoo HJ, et al. Comparisons of treatment satisfaction and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with tofacitinib and adalimumab. *Arthritis Res Ther*. 2023 Dec 1;25(1).
94. Shilbayeh SAR, Alyahya SA, Alshammari NH, Almutairi WA, Shaheen E. Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication: Validation of the Translated Arabic Version among Patients Undergoing Warfarin Therapy in Saudi Arabia. *Value Health Reg Issues*. 2018 Sep 1; 16:14–21.
95. Galato D, Simões IG, Soares LS da S. Avaliação do Índice de Complexidade da Farmacoterapia em Pacientes de um Ambulatório de Transplante Renal. *Brazilian Journal of Transplantation*. 2022 Jun 23;25(2).
96. Borges F. Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica. Universidade da Beira Interior; 2011.
97. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D [Internet]. 2013. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
98. Daniel F, Monteiro R, Antunes S, Fernandes R, Ferreira PL. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*. 2018;36(2):59–65.
99. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of Life Research*. 2014 Mar;23(2):425–30.

100. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Quality of Life Research*. 2014 Mar;23(2):413–23.
101. Dritsaki M, Petrou S, Williams M, Lamb SE. An empirical evaluation of the SF-12, SF-6D, EQ-5D and Michigan Hand Outcome Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis of the hand. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Jan 24;15(1).
102. Tsang HHL, Cheung JPY, Wong CKH, Cheung PWH, Lau CS, Chung HY. Psychometric validation of the EuroQoL 5-dimension (EQ-5D) questionnaire in patients with spondyloarthritis. *Arthritis Res Ther*. 2019 Jan 30;21(1).
103. Benjamin Seng JJ, Kwan YH, Fong W, Phang JK, Lui NL, Thumboo J, et al. Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. *Eur J Rheumatol* [Internet]. 2020 May 20;7(2):71–8. Available from: <https://eurjrheumatol.org/en/validity-and-reliability-of-eq-5d-5l-among-patients-with-axial-spondyloarthritis-in-singapore-133317>
104. National Rheumatoid Arthritis Society (NRAS). The DAS28 score | NRAS | Disease Activity Score [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://nras.org.uk/resource/the-das28-score/>
105. Medeiros MM das C, de Oliveira BMGB, de Cerqueira JVM, de Souza Quixadá RT, de Oliveira ÍMAX. Correlation of rheumatoid arthritis activity indexes (Disease Activity Score 28 measured with ESR and CRP, Simplified Disease Activity Index and Clinical Disease Activity Index) and agreement of disease activity states with various cut-off points in a Northeastern Brazilian population. *Rev Bras Reumatol*. 2015;55(6):477–84.
106. Doğan DA, Pehlivan S, Pehlivan Y. The Relationship Between Pain Acceptance and Acceptance of Illness in Individuals with Rheumatoid Arthritis. *European Journal of Rheumatology Original Article* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 20];11(4):399–404. Available from: www.eurjrheumatol.org.
107. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2025 Sep 15];310(20):2191–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
108. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Vol. 6.^a edição. 2014.

109. Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research [Internet]. Vol. 24, Malawi Medical Journal. 2012. Available from: www.mmj.medcol.mw
110. Lacaille D, Avina-Zubieta JA, Sayre EC, Abrahamowicz M. Improvement in 5-year mortality in incident rheumatoid arthritis compared with the general population-closing the mortality gap. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun 1;76(6):1057–63.
111. Kim H, Sung YK. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Korea. Vol. 28, *Journal of Rheumatic Diseases*. Korean College of Rheumatology; 2021. p. 60–7.
112. Choi SR, Cho SK, Sung YK. Application of disease activity index in rheumatoid arthritis management in Korea. *Journal of Rheumatic Diseases*. 2024 Oct 1;
113. Wrangel O, Graff P, Bryngelsson IL, Fornander L, Wiebert P, Vihlborg P. Silica Dust Exposure Increases Risk for Rheumatoid Arthritis a Swedish National Registry Case–Control Study. *J Occup Environ Med*. 2021 Nov 1;63(11):951–5.
114. Sah SK, Ramaswamy S, Ramesh M. “Assessment of potential drug-drug interactions and their associated risk factor in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study.” *Clin Epidemiol Glob Health*. 2023 Sep 1;23.
115. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. Vol. 17, *BMC Geriatrics*. BioMed Central Ltd.; 2017.
116. Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos. Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos Orientações para a Revisão da Medicação. 2021 Apr.
117. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2013 Dec;52(12):2136–48.
118. Boubouchairopoulou N, Flouri I, Drosos AA, Boki K, Settas L, Zisopoulos D, et al. Treatment with the first TNF inhibitor in rheumatoid arthritis patients in the Hellenic Registry of Biologic Therapies improves quality of life especially in young patients with better baseline functional status. Vol. 34, *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2016.
119. Lobo MFG. Polifarmácia no idoso -Consequências, Desafios e Estratégias de Abordagem. Universidade do Porto; 2019.

120. Amorim JCC. Índice de Complexidade da Farmacoterapia numa Amostra de Diabéticos tipo 2 do Concelho de Coimbra. Universidade de Coimbra; 2016.
121. Fávero ZMIJEVSKI A, Sayuri MAKIYAMA J, André LAURANI L, Larocca SKARE T. A Polifarmácia e a sua Influência na Adesão ao Tratamento da Artrite Reumatóide. 2020; 78:60–4.
122. Roma I, de Almeida ML, da Silva Mansano N, Viani GA, de Assis MR, Barbosa PMK. Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54(4):279–86.
123. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis – A preliminary study. *Acta Clin Croat.* 2019;58(1):157–66.
124. Junior HA de O. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com Doenças Reumáticas tratados com Agentes Biológicos - Uma Coorte Prospectiva. [Belo Horizonte]: Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
125. Argenton LB, Zacharczuk AZ, Menz MC. Qualidade de Vida dos Pacientes com Artrite Reumatóide (AR): Uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Contemporânea [Internet].* 2025 Mar 11;5(3): e7664. Available from: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/7664>
126. Alves Pereira I, Maldonado Cocco J, Feijó Azevedo V, Guerra G, Bautista-Molano W, Casasola JC, et al. Levels of satisfaction with rheumatoid arthritis treatment and associated alignment between physicians and patients across Latin America. *Clin Rheumatol.* 2020 Jun 1;39(6):1813–22.
127. Abu Hamdeh H, Al-Jabi SW, Koni A, Zyoud SH. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Palestinians with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *BMC Rheumatol.* 2022 Dec 1;6(1).
128. Miladi S, Belhadj W, Boussaa H, Yasmine M, Leith Z, Abdelghani K Ben, et al. Patient satisfaction with medication in rheumatoid arthritis: an unmet need. *Reumatologia.* 2023;61(1):38–44.
129. Drake af Hagelsrum K, Larsson I, Bremander A, Einarsson JT, Lindqvist E, Mogard E. Lifestyle discussions facilitate self-management in RA: a qualitative study of patients' perceptions. *BMC Rheumatol.* 2024 Dec 1;8(1).

ANEXOS

Anexo I: Instrumento de Recolha de dados Sociodemográficos e Terapêuticos

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Instrumento de Recolha de dados sociodemográficos e terapêuticos

Este é um questionário que tem como objetivo a recolha de dados para o desenvolvimento de um Projeto Final do Mestrado CAS - intervenção Comunitária, submetido ao Tema:

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Nº de inquérito: __

I. Variáveis sociodemográficas:

1. Sexo: F__ M__

2. Idade: __

3. Estado Civil:

Solteiro __ Casado __ Divorciado __

Viúvo __ União de Facto __ Outro __

4. Habilitações Literárias:

1º Ciclo (4ª classe) __ 2º Ciclo (6º ano) __ 3º Ciclo (9º ano) __

Ensino Secundário __ Curso Profissional __ (se sim, qual?) _____

Ensino Superior __ (se sim, qual o grau?) _____

5. Ocupação:

Empregado __ Desempregado __ Reformado __

6. Profissão: _____

Avaliação da Terapêutica Farmacológica e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide

Instrumento de Recolha de dados sociodemográficos e terapêuticos

7. Localidade de Residência:

Alfândega da Fé ___ Bragança ___ Carrazeda de Ansiães ___
Freixo de Espada à Cinta ___ Macedo de Cavaleiros ___ Miranda Do Douro ___
Mirandela ___ Mogadouro ___ Torre de Moncorvo ___
Vila Flôr ___ Vinhais ___ Vimioso ___
Outra _____

8. Há quantos anos foi diagnosticada a Artrite Reumatóide? ___

9. Há quantos anos é seguido na especialidade de Reumatologia? ___

10. É ou já foi fumador?___

Se pudesse caracterizar esta doença numa frase ou numa palavra, o que diria?

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo II: Escala MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

Escala MAT

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Delgado e Lima (2001)

**Anexo III: Questionário TSQM (versão 1.4) Treatment Satisfaction
Questionnaire for Medication (version 1.4) – Versão Portuguesa**

TSQM (version 1.4)

Questionário sobre Satisfação com o Medicamento (versão portuguesa do TSQM)

Instruções: Por favor, pense um pouco sobre o seu nível de satisfação ou insatisfação com o medicamento que está tomando neste estudo clínico. Estamos interessados na sua avaliação da eficácia, dos efeitos colaterais e da conveniência do medicamento durante as últimas duas ou três semanas ou desde a última vez que você usou o medicamento. Para cada pergunta, marque a resposta que melhor corresponde à sua experiência. Marque somente uma resposta.

1. Até que ponto está satisfeito/a ou insatisfeito/a com a eficácia do medicamento usado para evitar ou tratar a sua doença?

- 1 Extremamente insatisfeito/a
- 2 Muito insatisfeito/a
- 3 Insatisfeito/a
- 4 Mais ou menos satisfeito/a
- 5 Satisfeito/a
- 6 Muito satisfeito/a
- 7 Extremamente satisfeito/a

2. Até que ponto está satisfeito/a ou insatisfeito/a com a maneira como o medicamento alivia os seus sintomas?

- 1 Extremamente insatisfeito/a
- 2 Muito insatisfeito/a
- 3 Insatisfeito/a
- 4 Mais ou menos satisfeito/a
- 5 Satisfeito/a
- 6 Muito satisfeito/a
- 7 Extremamente satisfeito/a

3. Até que ponto está satisfeito/a ou insatisfeito/a com o tempo que o medicamento demora para começar a fazer efeito?

- 1 Extremamente insatisfeito/a
- 2 Muito insatisfeito/a
- 3 Insatisfeito/a
- 4 Mais ou menos satisfeito/a
- 5 Satisfeito/a
- 6 Muito satisfeito/a

7 Extremamente satisfeito/a

4. Sente algum efeito secundário (colateral) causado por este medicamento?

1 Sim

0 Não (Neste caso, passe para a Pergunta 9.)

5. Até que ponto são incômodos os efeitos secundários do medicamento que está tomando para tratar a sua doença?

1 Extremamente incômodos

2 Muito incômodos

3 Mais ou menos incômodos

4 Um pouco incômodos

5 Não são incômodos

6. Até que ponto os efeitos secundários interferem com a sua saúde física e a sua capacidade de viver uma vida normal (isto é, força, nível de energia, etc.)?

1 Muitíssimo

2 Muito

3 Mais ou menos

4 Muito pouco

5 Nada

7. Até que ponto os efeitos secundários interferem com as suas funções mentais (por exemplo, capacidade de pensar com clareza, permanecer acordado, etc.)?

1 Muitíssimo

2 Muito

3 Mais ou menos

4 Muito pouco

5 Nada

8. Até que ponto os efeitos secundários do medicamento têm afetado a sua satisfação geral com o medicamento?

1 Muitíssimo

2 Muito

3 Mais ou menos

4 Muito pouco

5 Nada

9. Qual é o grau de facilidade ou dificuldade de utilizar o medicamento na sua forma atual?

- ₁ Extremamente difícil
- ₂ Muito difícil
- ₃ Difícil
- ₄ Mais ou menos fácil
- ₅ Fácil
- ₆ Muito fácil
- ₇ Extremamente fácil

10. Qual é o grau de facilidade ou dificuldade de planejar cada uso do medicamento?

- ₁ Extremamente difícil
- ₂ Muito difícil
- ₃ Difícil
- ₄ Mais ou menos fácil
- ₅ Fácil
- ₆ Muito fácil
- ₇ Extremamente fácil

11. Até que ponto é conveniente ou inconveniente tomar o medicamento segundo as instruções?

- ₁ Extremamente inconveniente
- ₂ Muito inconveniente
- ₃ Inconveniente
- ₄ Mais ou menos conveniente
- ₅ Conveniente
- ₆ Muito conveniente
- ₇ Extremamente conveniente

12. De modo geral, até que ponto está confiante de que tomar este medicamento é bom para você?

- ₁ Nada confiante
- ₂ Um pouco confiante
- ₃ Mais ou menos confiante
- ₄ Muito confiante
- ₅ Extremamente confiante

13. Até que ponto está convencido/a de que os pontos positivos do seu medicamento compensam os pontos negativos?

- 1 Nada convencido/a
- 2 Um pouco convencido/a
- 3 Mais ou menos convencido/a
- 4 Muito convencido/a
- 5 Extremamente convencido/a

14. Levando tudo em conta, até que ponto se sente satisfeito/a ou insatisfeito/a com este medicamento?

- 1 Extremamente insatisfeito/a
- 2 Muito insatisfeito/a
- 3 Insatisfeito/a
- 4 Mais ou menos satisfeito/a
- 5 Satisfeito/a
- 6 Muito satisfeito/a
- 7 Extremamente satisfeito/a

Anexo IV: Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), versão adaptada, traduzida e validada do Medication Regimen Complexity Index (MRCI)

Instrumento utilizado como base para os cálculos da complexidade da farmacoterapia neste estudo.

Apêndice 1 - Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

Paciente:

Data:

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados quando necessário):

Instruções:

1. O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (no momento da dispensação ou da alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita com base no julgamento clínico de quem está preenchendo.
2. Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.
3. Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma dosagem) estiver presente na farmacoterapia mais de uma vez em diferentes concentrações (por exemplo, Marevan 5 mg, 3 mg e 1 mg), deverá ser considerada uma só medicação.
4. Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/freqüência (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia, terá pontos para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia' e 'dose variável', mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
5. Em alguns casos a freqüência de dose precisa ser calculada (por exemplo, Ranitidina 1 manhã e 1 noite = 2x dia).
6. Em determinadas instruções, como 'usar conforme indicado', o regime não receberá a pontuação sobre a freqüência de dose (por exemplo, Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).
7. Caso exista mais de uma instrução de freqüência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de freqüência de dose (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x por dia e quando necessário deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
8. Situações em que duas ou mais medicações são mutuamente exclusivas precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a freqüência de dose recomendada e como 'S/N' (por exemplo, Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes por dia obterá pontuação das formas de dosagem tanto para 'inaladores de dose medida' como para 'nebulizador', e precisa ser pontuada duas vezes para '2x dia S/N').
9. Casos em que não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (por exemplo, 'seis vezes por dia' pode ser considerado como '4/4 h')

Obs.: S/N = se necessário.

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem	Peso	
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Cargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastos	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1

Artigo Original

Ouvindo, olhos e Nariz	Gotas/cremes/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/cremes/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
	Total seção A	

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia S/N			0,5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1,5	
4x dia			4	
4x dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	

4/4 h	6,5
4/4 h S/N	3,5
2/2 h	12,5
2/2 h S/N	6,5
S/N	0,5
Dias alternados ou menor frequência	2
Oxigênio S/N	1
Oxigênio < 5 h	2
Oxigênio > 15 h	3
Total seção B	

C) Marque [✓] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número de medicações
	Partir ou triturar o comprimido		1	
	Dissolver o comprimido/pó		1	
	Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)		1	
	Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)		1	
	Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)		1	
	Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)		1	
	Tomar com líquido específico		1	
	Tomar/usar conforme indicado		2	
	Reduzir ou aumentar a dose progressivamente		2	
	Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)		2	
	Total seção C			
Total da complexidade da farmacoterapia = _____				

Referências

- Muir AJ, Sanders LL, Wilkinson WE, Schmader K. Reducing medication regimen complexity: a controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2001;16(2):77-82.
- Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 1999;36(2):153-62.
- Trotta MP, Ammassari A, Melzi S, Zaccarelli M, Ladisa N, Sighinolfi L, et al. Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;31 (Suppl 3):S128-S131.
- Levy G. Medication non-compliance: when hard science meets soft science. *International Congress Series.* 2001;1220:125-33.
- Dilorio C, Yeager K, Shafer PO, Letz R, Henry T, Schomer DL, et al. The epilepsy medication and treatment complexity index: reliability and validity testing. *J Neurosci Nurs.* 2003;35(3):155-62.
- Stone VE, Hogan JW, Schuman P, Rompalo AM, Howard AA, Korkontzelou C, et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;28(2):124-31.

Anexo V: Questionário EQ-5D-3L – Avaliação da Qualidade de Vida



Questionário de saúde

Versão Portuguesa para Portugal
(Portuguese version for Portugal)

Sob cada título, assinale o quadrado que melhor descreve como a sua saúde está HOJE.

MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho de estar na cama

CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ATIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

DOR / MAL-ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

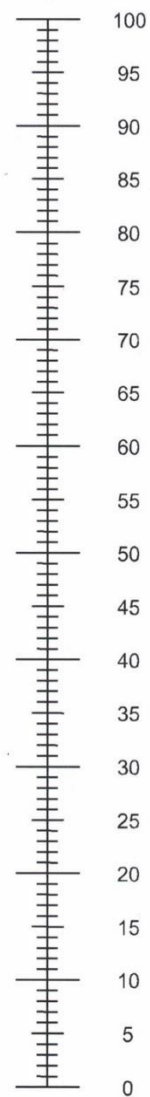
ANSIEDADE / DEPRESSÃO

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

- Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.
- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Assinale com um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala na caixa abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde
que possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Anexo VI: Parecer do Responsável do Serviço de Reumatologia

Parecer

Renata Aguiar, médica, portadora da cédula profissional nº 49820 da Ordem dos Médicos, reumatologista na ULSNe, é de parecer que o projeto de estudo **“Avaliação da Terapêutica Farmacológica, Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Doentes com Artrite Reumatóide”** integrado no programa de Mestrado de **“Ciências Aplicadas à saúde – Intervenção Comunitária”** apresentado pela aluna **Cátia Sofia Francisco Patrocínio Esteves** constitui uma pesquisa pertinente em termos de medicina de evidência. Assim, após a devida apreciação pela Comissão de Ética, autorizar-se-á a realização do estudo exploratório transversal e descritivo-correlacional na **Consulta de Reumatologia da ULSNe – Bragança** pretendida pela autora.

Declaro que me responsabilizo pela recolha de dados, relativos aos **doentes acompanhados naquela unidade, no primeiro semestre de 2025, bem como pela anonimização dos mesmos** em cumprimento das normas éticas aplicáveis.

Bragança, 17/02/2025



(Maria Renata Neto Pereira Aguiar)

Reumatologia - ULSNe

Anexo VII: Parecer da Comissão de Ética

Parecer da Comissão de Ética

Título de investigação:

Avaliação da terapêutica farmacológica e qualidade de vida em doentes com artrite reumatoide

A CE deliberou emitir parecer **favorável** ao presente estudo.
Aprovado em reunião do dia 19 de fevereiro de 2025 por unanimidade.

Membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes na reunião.

Maria de Jesus Machado Lopes
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Maria Judite Ramos Marques
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Maria Assunção Moura Esteves (secretariado)

Reunião de 16.02.2025

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Presidente da Comissão de Ética

(Maria de Jesus Machado Lopes)

Unidade Local Saúde Nordeste
COMISSÃO DE ÉTICA

Anexo VIII: Modelo do Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Designação do Estudo:

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

O Investigador responsável

Nome: _____ Assinatura: _____

Identificação do participante:

Nome _____

BI/CC n.º _____

Participante/Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: __/__/__

(assinatura)

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC n.º _____ Grau de parentesco _____

Data: __/__/__

(assinatura)

APÊNDICES

Apêndice I: Resultados completos da satisfação com a terapêutica (TSQM)

Resultados completos da satisfação com a terapêutica (TSQM)

Escala	Perguntas (p)	Resultados (%) / (n)
Eficácia (p: 1-3)	Eficácia (p:1)	<ul style="list-style-type: none"> • 44,3% Satisfeito/a (n=27) • 27,9% Muito satisfeito/a (n=17) • 11,5% Extremamente satisfeito/a (n=7) • 8,2% Mais ou menos satisfeito/a (n=5) • 4,9% Insatisfeito/a (n=3) • 3,2% Extremamente insatisfeito/a (n=2)
	Alívio dos sintomas (p: 2)	<ul style="list-style-type: none"> • 36,1% Satisfeito/a (n=22) • 27,9% Muito satisfeito/a (n=17) • 14,8% Extremamente satisfeito/a (n=9) • 11,5% Mais ou menos satisfeito/a (n=7) • 6,6% Insatisfeito/a (n=4) • 1,6% Muito insatisfeito/a (n=1) • 1,6% Extremamente insatisfeito/a (n=1)
	Tempo que demora até ao efeito (p: 3)	<ul style="list-style-type: none"> • 52,5% Satisfeito/a (n=32) • 16,4% Mais ou menos satisfeito/a (n=10) • 14,8% Muito satisfeito/a (n=9) • 6,6% Insatisfeito/a (n=4) • 4,9% Extremamente insatisfeito/a (n=3) • 3,3% Muito insatisfeito/a (n=2) • 1,6% Extremamente satisfeito/a (n=1)
	Efeitos adversos (p:4)	<ul style="list-style-type: none"> • 82% não reportaram efeitos secundários (n=50) • 18% reportam efeitos secundários (n=11)

<p>Efeitos Adversos (p: 4-8)</p> <p>Observação: Apenas respondem às p: 5-8 se responderem que sim na p: 4)</p>	<p>Incômodo dos efeitos (p: 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 36,4% Extremamente incômodo (n=4) • 27,3% Muito incômodos (n=3) • 18,2% Mais ou menos incômodos (n=2) • 18,2% Não são incômodos (n=2)
	<p>Interferências dos efeitos no cotidiano (p:6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% MUITÍSSIMO (n=5) • 27,3% Mais ou menos (n=3) • 27,3% Nada (n=3)
	<p>Interferências dos Efeitos adversos na capacidade mental (p: 7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% MUITÍSSIMO (n=5) • 18,2% Muito (n=2) • 27,3% Nada (n=3) • 9,1% Mais ou menos (n=1)
	<p>Interferências dos efeitos adversos na satisfação (p:8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 45,5% Nada (n=5) • 4,9% MUITÍSSIMO (n=3) • 4,9% Mais ou menos (n=3)
<p>Conveniência (p: 9-11)</p>	<p>Facilidade na administração (p:9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 70,5% Fácil (n=43) • 9,8% Mais ou menos fácil (n=6) • 8,2% Extremamente fácil (n=5) • 6,6% Muito fácil (n=4) • 3,3% Extremamente difícil (n=2) • 1,6% Difícil (n=1)
	<p>Facilidade no horário (p:10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 77% Fácil (n=47) • 8,2% Extremamente fácil (n=5) • 6,6% Muito fácil (n=4) • 4,9% Mais ou menos fácil (n=3) • 1,6% Extremamente difícil (n=1) • 1,6% Muito difícil (n=1)
	<p>Conveniência das instruções (p:11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 72,1% Conveniente (n=44) • 14,8% Extremamente conveniente (n=9) • 11,5% Muito conveniente (n=7) • 1,6% Muito inconveniente (n=1)

Satisfação Global (p:12-14)	Confiança no tratamento (p:12)	<ul style="list-style-type: none"> • 73,8% Muito confiante (n=45) • 9,8% Extremamente confiante (n=6) • 6,6% Mais ou menos confiante (n=4) • 6,6% Nada confiante (n=4) • 3,3% Um pouco confiante (n=2)
	Pontos positivos vs. pontos negativos (p:13)	<ul style="list-style-type: none"> • 78,7% Muito convencido/a (n=48) • 8,2% Extremamente convencido/a (n=5) • 6,6% Mais ou menos convencido/a (n=4) • 6,6% Nada convencido/a (n=4)
	Satisfação geral (p:14)	<ul style="list-style-type: none"> • 37,7% Satisfeito/a (n=23) • 36,1% Muito satisfeito/a (n=22) • 13,1% Extremamente satisfeito/a (n=8) • 4,9% Mais ou menos satisfeito/a (n=3) • 4,9% Extremamente insatisfeito/a (n=3) • 3,3% Insatisfeito/a (n=2)