

Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo

Depression and quality of life in rheumatoid arthritis individuals and stable health individuals: a comparative study

Depresión y calidad de vida en individuos con artritis reumatoidea e individuos con salud estable: un estudio comparativo

Anna Paula Ribeiro Campos¹, Cinthia Maria Silva¹, Shamyry Sulyvam de Castro¹, Cristiane Vitaliano Graminha¹

RESUMO | O objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de depressão e alterações da qualidade de vida (QV) em indivíduos com artrite reumatoide (AR). Participaram da pesquisa 60 indivíduos, divididos em 2 grupos com 30 cada, sendo o Grupo Teste composto por indivíduos com AR e o Grupo Controle composto por indivíduos com saúde estável. A QV foi avaliada pelo *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey* (SF-36) e a depressão, pela Escala de Depressão de Beck (BDS). Para estabelecer comparações entre os grupos quanto aos escores de cada domínio do SF-36, utilizamos o teste de Mann-Whitney e, para os dados do “estado de saúde em geral” do SF-36, o teste do χ^2 . Para comparar os grupos quanto ao escore total de depressão e quanto aos escores de cada categoria de depressão, empregamos respectivamente os testes Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) e χ^2 . Para as variáveis “estado de saúde” em geral do SF-36 e classificação da depressão, calculou-se a *Odds Ratio* bruta e ajustada por meio de modelagem de regressão logística. O nível de significância foi estabelecido em 5%. Os resultados mostraram que houve diferenças entre os grupos nos oito domínios do SF-36, indicando que indivíduos com AR apresentam menores índices de QV e autoavaliação em saúde (ORajustada=14,38) e que 63,33% dos participantes com AR apresentam algum grau de depressão. Concluímos que a AR causa um impacto negativo na QV e que a depressão poder ser considerada um sintoma

associado à diminuição da capacidade funcional decorrente da doença.

Descritores | Artrite Reumatoide; Depressão; Qualidade de Vida.

ABSTRACT | The objective of this study was to verify the depression occurrence and changes in quality of life (QoL) in individuals with rheumatoid arthritis (RA). Sixty individuals took part of the study, who were divided into 2 groups with 30 participants each. The Test Group had RA patients, and the Control Group had stable health individuals. QoL was assessed by the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36) and depression was evaluated by means of the Beck Depression Scale (BDS). In order to make comparisons between the groups regarding the scores of each SF-36 domain, we used the Mann-Whitney test and for the “general health” data of the SF-36, the χ^2 test was applied. In order to compare the groups regarding the total score of depression and scores of each category of depression, the Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) and χ^2 tests were used, respectively. For the general “health state” variables of the SF-36 and classification of depression, we calculated the crude and adjusted Odds Ratio through logistic regression modeling. The significance level was set at 5%. The results showed that there were differences among the groups for the eight SF-36 domains,

Estudo desenvolvido no Departamento de Fisioterapia Aplicada do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.

¹UFTM - Uberaba (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Vitaliano Graminha - Departamento de Fisioterapia Aplicada - Rua Capitão Domingos, 309 - CEP: 38025-010 - Uberaba (MG), Brasil - E-mail: crisgraminha@yahoo.com.br

Apresentação: jul. 2013 - Aceito para publicação: nov. 2013 - Fonte de financiamento: nenhuma - Conflito de interesses: nada a declarar - Apresentação em evento científico: XIX Jornada de Iniciação Científica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2011) e XIX Congresso Brasileiro de Fisioterapia (2011) - Parecer de aprovação no Comitê de Ética nº 1.635.

indicating that individuals with RA present lower rate of QoL and self-evaluation in health (adjusted OR=14.38) and that 63.33% of the participants with RA present some degree of depression. We concluded that RA causes a negative impact in the QoL and the depression can be considered a symptom associated to the decrease of the functional capacity due to the disease.

Keywords | Arthritis, Rheumatoid; Depression; Quality of Life.

RESUMEN | El objetivo de este estudio fue verificar la ocurrencia de depresión y alteraciones de la calidad de vida (CV) en individuos con artritis reumatoidea (AR). Participaron de la investigación 60 individuos, divididos en 2 grupos de 30, siendo el Grupo Test compuesto por individuos con AR y el Grupo Control compuesto por individuos con salud estable. La CV fue evaluada por el *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey* (SF-36) y la depresión, por la Escala de Depresión de Beck (BDS). Para establecer comparaciones entre los grupos en cuanto a los escores

de cada dominio del SF-36, utilizamos el test de Mann-Whitney u, para los datos del "estado de salud en general" del SF-36, el test del χ^2 . Para comparar los grupos en cuanto al escore total de depresión y en cuanto a los escores de cada categoría de depresión, empleamos respectivamente los tests Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) y χ^2 . Para las variables "estado de salud" en general del SF-36 y clasificación de la depresión, se calculó la *Odds Ratio* bruta y ajustada por medio de modelado de regresión logística. El nivel de significancia fue establecido en 5%. Los resultados mostraron que hubo diferencias entre los grupos en los ocho dominios del SF-36, indicando que individuos con AR presentan menores índices de CV y autoevaluación en salud (OR ajustada=14,38) y que 63,33% de los participantes con AR presentan algún grado de depresión. Concluimos que la AR causa un impacto negativo en la CV y que la depresión puede ser considerada un síntoma asociado a la disminución de la capacidad funcional resultante de la enfermedad.

Palabras clave | Artritis Reumatoide; Depresión; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica e autoimune, que pode resultar em incapacidade funcional significativa^{1,2} e sintomas de depressão³⁻⁵. Essas alterações podem interferir de forma negativa no desempenho das atividades de vida diária e do trabalho, com consequente impacto na qualidade de vida (QV)⁶.

Estudos que avaliaram o impacto da AR na QV demonstraram que esses pacientes apresentam índices de QV significativamente inferiores quando comparados com a população geral^{7,8} e escores de capacidade funcional inferiores quando comparados com outras doenças crônicas^{6,9,10}. Outros estudos também mostraram que as alterações na QV podem ser percebidas mesmo nos estágios mais precoces da evolução da doença^{7,11}.

Dentre os fatores que podem interferir diretamente na diminuição da QV dos pacientes com AR, merece atenção especial a depressão^{3-5,12}. Sharpe *et al.*³ demonstraram uma estreita relação entre a depressão e os estágios iniciais de incapacidade física em pacientes com AR e também que esses pacientes tornaram-se mais depressivos com a evolução da doença. Costa *et al.*¹³ e Mella *et al.*¹⁴ encontraram que a prevalência dos sintomas depressivos em pacientes com AR é de 33,7 e 53,2%, respectivamente. A literatura aponta ainda que a depressão é mais comum em pacientes com AR do que em indivíduos saudáveis¹⁵.

Embora a literatura aponte que a AR provoque um impacto negativo na QV⁷ e que a depressão seja um sintoma muito comum entre esses pacientes^{13,14}, os

resultados do estudo da QV e da depressão e suas relações em pacientes com AR no ambiente de prática clínica podem fornecer subsídios que permitam abordagens de tratamento mais abrangentes e efetivas aos pacientes, uma vez que esses resultados ofereceriam bases mais sólidas para um processo de intervenção interdisciplinar. Os aspectos envolvidos na QV e na ocorrência de depressão poderiam então ser também alvo da atuação clínica dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratamento do paciente com AR.

Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de depressão e alterações da QV em indivíduos com AR.

METODOLOGIA

Participantes

Participaram do estudo 60 indivíduos, divididos em 2 grupos com 30 participantes cada: Grupo Teste (GT), com indivíduos com diagnóstico de AR segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia¹⁶ e Grupo Controle (GC), com indivíduos sem o diagnóstico da doença, patologias nos sistemas musculoesqueléticos e neurológicos ou queixas incapacitantes nesses sistemas.

Os participantes do GT originaram-se do Setor de Reumatologia do Ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), onde estavam sob acompanhamento médico e tratamento

medicamentoso individualizado. Os indivíduos do GC foram selecionados por conveniência de forma que ficassem pareados com os participantes do GT em relação às variáveis: idade, sexo, raça e grau de instrução. Todos os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 25 anos, nível cognitivo adequado para entender os procedimentos e orientações dadas e terem assinado, após a leitura do termo de esclarecimento, o termo de consentimento livre para a participação no estudo.

A caracterização dos grupos, segundo as variáveis de pareamento, está apresentada na Tabela 1. Para verificar se houve diferenças entre os grupos, utilizamos o teste *t* de Student para a variável idade, e o teste do χ^2 para as variáveis sexo, raça e grau de instrução. Os resultados evidenciaram que não houve diferenças entre os grupos, mostrando que eram homogêneos em relação a essas variáveis ($p > 0,05$).

Quanto ao tempo de evolução da AR nos participantes do GT, a média foi de 108,76 meses, com mínimo de 9 e máximo de 480 meses, sendo que 5 dos 30 indivíduos não souberam responder.

Quanto aos medicamentos utilizados para o tratamento da AR pelos indivíduos do GT no momento da coleta de dados, 20 (66,66%) utilizavam a combinação de metotrexato, hidroxicloroquina e prednisona; 5 (16,66%) utilizavam metotrexato e prednisona; 2 (6,66%), somente hidroxicloroquina; 1 (3,33%) utilizava metotrexato, hidroxicloroquina, cloroquina e prednisona; 1 (3,33%), metotrexato, hidroxicloroquina,

leflunomida e prednisona; e 1 (3,33%), a combinação de metotrexato, leflunomida e prednisona.

Instrumentos de avaliação

Para avaliação da QV, utilizamos o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), versão validada para o português por Ciconelli *et al.*¹⁷. Trata-se de questionário genérico que engloba oito aspectos: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens), além de uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e de um ano atrás. Cada componente varia de 0 a 100, sendo 0 o pior e 100 o melhor escore.

Para avaliar a depressão, aplicamos a Escala de Depressão de Beck (BDS), traduzida e validada para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade¹⁸. É composta por 21 itens, sendo possível, em cada um deles, uma resposta cujo escore varia de zero a três (ausente, leve, moderada e grave), permitindo quantificar a intensidade do sintoma. O escore varia de 0 a 63, sendo que quanto maior o escore, maior o nível de depressão.

Os dados referentes a idade, sexo, raça e grau de instrução foram coletados e anotados na ficha de triagem inicial. Para os participantes do GT, também foram anotados nessa ficha o tempo de evolução da doença e os dados extraídos dos prontuários referentes aos medicamentos utilizados.

Procedimento de coleta de dados

Após a leitura do termo de esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre para participação no estudo, todos os participantes passaram pela entrevista de triagem inicial e preencheram os instrumentos de avaliação SF-36 e BDS. Esses procedimentos levaram em média 30 minutos e foram realizados na forma de leitura conjunta, sempre pelo mesmo examinador. A coleta de dados junto aos participantes do GT foi realizada nas dependências do Ambulatório Maria da Glória da UFTM após a consulta médica, e o horário e local para a coleta de dados junto ao GC foram agendados conforme preferência dos participantes.

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo sobre avaliação de dor, depressão, capacidade funcional e QV em doenças reumáticas, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (nº 1.635).

Tabela 1. Caracterização do Grupo Teste e do Grupo Controle segundo as variáveis de pareamento

Variáveis de pareamento	GT	GC
	Média (min./max.)	Média (min./max.)
Idade	55,7 (34/78)	51,8 (35/75)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	25 (83,33)	26 (86,67)
Masculino	5 (16,67)	4 (13,33)
Raça		
Branco	21 (70,00)	23 (76,67)
Não branco	9 (30,00)	7 (23,33)
Escolaridade (anos)		
0 a menos que 1	3 (10,00)	0 (0,00)
1 a 3	5 (16,67)	3 (10,00)
4 a 7	12 (40,00)	7 (23,33)
8 a 10	10 (33,33)	18 (60,00)
15 ou mais	0 (0,00)	2 (6,67)

GT: Grupo Teste; GC: Grupo Controle; min.: mínimo; max.: máximo

Procedimento de análise de dados

Para compararmos o GT e GC quanto aos escores de cada domínio do SF-36, utilizamos o teste de Mann-Whitney e, para os dados do “estado de saúde em geral” do SF-36, o teste do χ^2 . Quanto ao escore total de depressão e aos escores de cada categoria específica de depressão, empregamos respectivamente os testes Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) e do χ^2 . Todos os testes respeitaram a normalidade indicada pelo teste de Shapiro-Wilk.

As variáveis “estado de saúde em geral” do SF-36 e “classificação da depressão”, ambas ordinais com mais de duas categorias, foram transformadas em “variáveis dummy”, e as *Odds Ratio* (OR) bruta e ajustada foram calculadas por meio de modelagem de regressão logística. Primeiramente, processamos modelos bivariados com cada uma das variáveis estudadas, e as com significância de até 20% foram selecionadas para os modelos multivariados. Em seguida, o modelo de regressão logística completo foi rodado com a técnica “*stepwise backward selection*”. Criamos dois modelos: um para a variável “estado de saúde em geral” e outro para “classificação da depressão”. Verificamos que a variável referente à “classificação de depressão” interagiu com o “estado de saúde em geral” e que a capacidade funcional, medida pelo SF-36,

interagiu com a depressão. Assim, para efeitos de ajustes, a “classificação da depressão” foi mantida no modelo “estado de saúde em geral” e a “capacidade funcional” do SF-36, mantida no modelo de “classificação da depressão”. O nível de significância para manutenção das variáveis de ajuste foi de 20% ($p > 5\%$). Para os testes estatísticos, foi estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$), e todas as análises foram realizadas com o programa Stata 9.2®.

RESULTADOS

Resultados referentes à qualidade de vida

Os resultados mostraram que houve diferenças entre os grupos em todos os domínios do SF-36 (Tabela 2), indicando que indivíduos com AR apresentam índices de QV inferiores.

Quanto ao “estado de saúde em geral”, também avaliado pelo SF-36, que investiga o quanto o indivíduo se sente melhor ou pior hoje em comparação com um ano atrás, observamos que 30% dos participantes do GT consideraram sua saúde “um pouco pior agora” e 10%, “muito pior agora”, contra apenas 3,33% dos participantes do GC. Feita a análise de regressão logística para o cálculo da OR bruta, verificamos que houve diferença na categoria “um pouco pior agora”. Após o ajuste dessa categoria pela variável de confundimento depressão, houve diminuição da OR, porém com manutenção da significância, indicando que os pacientes do GT avaliaram seu estado atual de saúde em geral como “um pouco pior agora” em função da AR e não da depressão (Tabela 3).

Resultados referentes à depressão

Observamos na Tabela 4 que 63,33% dos participantes do GT apresentaram algum grau de depressão (leve, moderada ou severa), contra apenas 13,34% do GC.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão do Grupo Teste e do Grupo Controle relativos aos escores de cada domínio do SF-36

Domínios	GT	GC	Valor p
	Média±DP	Média±DP	
Capacidade funcional	43,33±28,02	88,00±15,51	<0,0001
Aspectos físicos	35,00±39,72	87,50±23,44	<0,0001
Dor	40,80±24,71	78,00±21,24	<0,0001
Estado geral de saúde	47,80±23,09	80,86±15,41	<0,0001
Vitalidade	50,67±26,25	72,33±20,95	<0,002
Aspectos sociais	59,58±28,37	79,53±27,16	<0,006
Aspectos emocionais	41,11±43,49	78,88±33,31	<0,002
Saúde mental	55,60±25,28	72,60±17,96	<0,005

GT: Grupo Teste; GC: Grupo Controle; DP: desvio-padrão

Tabela 3. Frequências e porcentagens de participantes do Grupo Teste e do Grupo Controle em função das categorias do “estado de saúde em geral” do SF-36 (valores da *Odds Ratio* bruta e ajustada)

Estado geral de saúde	GT	GC	Valor p	OR	Valor p	OR	Valor p
	n (%)	n (%)		Bruta		Ajustada*	
Muito melhor agora	5 (16,67)	11 (36,67)	<0,007	0,90	>0,05	0,87	>0,05
Um pouco melhor agora	6 (20,00)	4 (13,33)		2,99	>0,05	2,54	>0,05
Mesmo de um ano atrás	7 (23,33)	14 (46,67)		1,00	-	1,00	-
Um pouco pior agora	9 (30,00)	1 (3,33)		18,00	<0,02	14,38	<0,03
Muito pior agora	3 (10,00)	0 (0,00)		-	-	-	-

*Ajustado pela Escala de Depressão de Beck
GT: Grupo Teste; GC: Grupo Controle; OR: *Odds Ratio*

Os resultados evidenciaram que houve diferenças entre os grupos ($p < 0,05$), confirmadas pelo cálculo da OR bruta na categoria “depressão leve”. Entretanto, após ajuste dessa categoria pela variável de confusão capacidade funcional do SF-36, houve perda da significância estatística, indicando que o domínio “capacidade funcional” pode exercer influência sobre a categoria “depressão leve” tanto quanto a AR.

Quando comparamos os escores totais, observamos que os indivíduos com AR apresentam maiores índices de depressão ($p < 0,05$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que houve diferenças nos oito domínios do SF-36, indicando que os indivíduos com AR apresentaram diminuição da QV. West e Jonsson relataram escores inferiores para os oito domínios do SF-36 em pacientes com AR nos estágios iniciais da doença⁷. Vale ressaltar, no entanto, que no presente trabalho, embora todas as dimensões de saúde tenham sido comprometidas de acordo com os escores do SF-36, a “capacidade funcional”, os “aspectos físicos”, a “dor” e o “estado geral de saúde” foram os domínios mais afetados no GT, o que pode sugerir que essas variáveis sejam as mais relevantes dentre as que contribuem para a diminuição da QV. Salaffi *et al.*⁹ mostraram que, embora todos os domínios do SF-36 tenham sido significativamente afetados em pacientes com doença reumática inflamatória, os indivíduos com AR apresentaram os piores escores em relação ao domínio “aspecto físico”. Owayolu *et al.*¹⁰ demonstraram também que os escores para o “aspecto físico” do SF-36 foram piores para os pacientes com AR. Já outros estudos apontaram a “capacidade funcional”⁶ e a “dor”^{19,20} como sendo os domínios mais afetados na QV desses pacientes.

O estudo de Mota *et al.*¹¹ mostrou valores reduzidos nos escores dos domínios do SF-36 em pacientes com AR nos estágios iniciais da doença. No entanto, diferentemente dos resultados aqui apresentados, além do domínio “limitação por aspectos físicos”, a “limitação por aspectos emocionais” foi um dos mais comprometidos. Corbacho e Dapuzo²¹ também relataram valores reduzidos nos escores na dimensão do bem-estar tanto físico quanto emocional em pacientes com AR.

A literatura aponta a depressão como um sintoma importante na AR que pode ter impacto negativo na QV³⁻⁵. A etiologia da depressão em pacientes com AR pode estar relacionada a diversos fatores, tais como dor, diminuição da capacidade funcional, duração e atividade da doença²². Embora os achados dos estudos de Costa *et al.*¹³ e HO *et al.*¹² demonstrem uma associação entre o índice de atividade da doença (DAS 28) e depressão, os estudos de Kojima *et al.*⁵ e Melikoglu e Melikoglu²³ não encontraram associação entre esses fatores, sugerindo que a ocorrência de depressão em pacientes com AR pode estar associada a outras variáveis, tais como incapacidade física e funcional. Já o estudo de Mella *et al.*¹⁴ demonstra que a prevalência de sintomas depressivos na AR pode estar relacionada ao caráter inflamatório da doença, caracterizado pelo aumento de citocinas, levando à alterações neuroquímicas, neuroendócrinas e comportamentais, que podem estar associadas com a depressão.

Os resultados do presente estudo mostram que 63,33% dos pacientes do GT apresentam algum grau de depressão (leve, moderada ou severa), contra apenas 13,34% do GC. Vale ressaltar que a prevalência de

Tabela 5. Médias e desvios-padrão do Grupo Teste e do Grupo Controle relativos aos escores totais da Escala de Depressão de Beck

	GT	GC	Valor p
	Média±DP	Média±DP	
BDS	18,7±13,58	8,66±6,74	<0,003

GT: Grupo Teste; GC: Grupo Controle; p: significância estatística; DP: desvio-padrão; BDS: Escala de Depressão de Beck

Tabela 4. Frequências e porcentagens de participantes do Grupo Teste e do Grupo Controle em função do grau de depressão

Categorias	GT	GC	Valor p	OR	Valor p	OR	Valor p
	n (%)	n (%)		Bruta		Ajustada*	
Sem depressão	11 (36,67)	26 (86,67)	<0,002	1,00		1,00	
Depressão leve	10 (33,33)	2 (6,67)		11,81	<0,005	6,27	>0,05
Depressão moderada	4 (13,33)	2 (6,67)		4,72	>0,05	0,14	>0,05
Depressão severa	5 (16,67)	0 (0,00)		-	-	-	
Com algum grau de depressão	19 (63,33)	4 (13,34)					

*Ajustado por capacidade funcional (SF-36)

GT: Grupo Teste; GC: Grupo Controle; OR: Odds Ratio; BDS: Escala de Depressão de Beck

depressão na amostra de indivíduos com AR aqui estudada foi mais elevada do que a encontrada nos estudos de Costa *et al.*¹³, Mella *et al.*¹⁴ e HO *et al.*¹², sendo de 33,7, 53,2 e 26%, respectivamente.

Os dados do presente estudo demonstram ainda que houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, confirmado pelo cálculo da OR bruta na categoria “depressão leve”. Entretanto, após ajuste dessa categoria pela variável de confundimento “capacidade funcional” do SF-36, houve perda da significância estatística, sugerindo que o domínio “capacidade funcional” pode exercer influência sobre a categoria “depressão leve”, tanto quanto a AR. Há indicadores na literatura confirmando essa relação entre capacidade funcional e depressão em indivíduos com AR. Katz e Yelin²⁴, por exemplo, demonstraram um aumento nos índices de depressão concomitantemente com a diminuição da capacidade funcional, e Sharpe *et al.*³ observaram não só uma estreita relação entre a depressão e os estágios iniciais de incapacidade física, mas também que pacientes com AR tornaram-se mais depressivos com a evolução da doença.

Quanto ao “estado de saúde em geral”, avaliado pelo SF-36, que investiga o quanto o indivíduo se sente melhor ou pior hoje em comparação com um ano atrás, os resultados demonstraram que houve diferenças entre os grupos. Observamos que 30% dos participantes do GT consideraram sua saúde “um pouco pior agora” e 10%, “muito pior agora”, contra apenas 3,33% dos participantes do GC. A análise de regressão logística mostrou diferença na categoria “um pouco pior agora” e, mesmo após o ajuste dessa categoria pela variável de confundimento “depressão”, avaliada pela BDS, houve manutenção da significância. Esses resultados indicam que os pacientes com AR avaliaram seu estado atual de saúde em geral como “um pouco pior agora” em função da doença em si e não da depressão, mesmo tendo sido encontrada uma prevalência significativamente maior de depressão entre esses pacientes.

Os resultados do presente estudo apontam indícios da existência de relação entre AR, depressão e QV e que a capacidade funcional é uma variável relevante que interfere na QV em indivíduos com AR. Os achados aqui apresentados sugerem a possibilidade de se introduzir sistematicamente a avaliação da QV e dos sintomas depressivos na rotina de avaliação clínica de pacientes com AR, juntamente com a avaliação tradicional. Desse modo, diferentes formas de intervenções elaboradas por equipes interdisciplinares podem atuar diretamente nos fatores que levam a prejuízos da QV, tais como dor, depressão e incapacidade funcional.

Cabe ressaltar ainda que a realização de estudos multicêntricos, em regiões com diferentes perfis socio-demográficos e com a mesma abordagem desta pesquisa, poderia confirmar ou complementar os resultados aqui encontrados, considerando-se que a regionalização pode ser compreendida como uma das limitações do estudo. Além disso, a realização de estudos de coorte poderiam confirmar com mais propriedade o vínculo causal entre os fatores de exposição e os desfechos aqui estudados. Ressalta-se também que pesquisas como a qual apresentamos são de baixa frequência na literatura científica, embora sejam de grande utilidade acadêmica e clínica, sendo esse o seu principal ponto forte.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, concluímos que AR causa um impacto negativo em todos os domínios da QV, a depressão pode ser considerada um sintoma associado e o estado geral de saúde sofre interferência negativa.

REFERÊNCIAS

1. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford)*. 2000;39(Suppl 2):3-12.
2. Plasqui G. The role of physical activity in rheumatoid arthritis. *Physiol Behav*. 2008;94(2):270-5.
3. Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res*. 2001;51(6):713-9.
4. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40(12):1327-30.
5. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, *et al.* Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 2009;67(5):425-31.
6. Chorus AMJ, Miedema HS, Boonen A, Van Der Linden S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(12):1178-84.
7. West E, Jonsson SW. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36. *Clin Rheumatol*. 2005;24(2):117-22.
8. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Aggarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol*. 2007;17(4):290-5.
9. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:25.

10. Ovayolu N, Ovayolu O, Karadag G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol*. 2011;30(5):655-64.
11. Mota LMH, Laurindo IMM, Neto LLS. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol*. 2010;50(3):249-61.
12. Ho RCM, Fu EHY, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A. Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2011;14(1):37-47.
13. Costa AFC, Brasil MAA, Papi JA, Azevedo MNL. Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(1):7-11.
14. Mella LFB, Bertolo MB, Dalgarrondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):257-63.
15. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*. 2002;64(1):52-60.
16. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, *et al*. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988;31(3):315-24.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
18. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
19. Garip Y, Eser F, Bodur H. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatol Int*. 2011;31(6):769-72.
20. Heiberg T, Kvien TK. Preferences for improved health examined in 1,024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis Rheum*. 2002;47(4):391-7.
21. Corbacho MI, Dapueito JJ. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2010;50(1):31-43.
22. Covic T, Tyson G, Spender D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res*. 2006;60(5):469-76.
23. Melikoglu MA, Melikoglu M. The relationship between disease activity and depression in patients with Behcet disease and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2010;30(7):941-6.
24. Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993;20(5):790-6.