

Perfil dos usuários com doenças reumáticas e fatores associados à qualidade de vida no sistema único de saúde, Brasil

Profile of users with rheumatic diseases and factors associated with the quality of life in the National Health System, Brazil

Carolina Zampirolli Dias¹, Jéssica Barreto Ribeiro dos-Santos¹, Alessandra Maciel Almeida¹, Juliana Alvares², Augusto Afonso Guerra-Junior³, Francisco de Assis Acurcio³

RESUMO

Introdução: Doenças reumáticas (DR) compreendem algumas das doenças mais antigas e incapacitantes da prática clínica, acarretando um considerável impacto na vida dos acometidos. **Objetivos:** Traçar o perfil dos usuários do SUS com DR e identificar os fatores associados à qualidade de vida (QV) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. **Métodos:** Por meio da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), os usuários do SUS com DR foram identificados. Realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas. QV foi avaliada pelo EuroQol 5 dimensions (Eq-5D), sendo os fatores associados à ela identificados por regressão linear multivariada. **Resultados:** Dentre os entrevistados, 1632 (19,1%) tinham DR, sendo a maior parte mulheres (81,6%), com mais de 40 anos (90,9%), casados ou em união estável (63,1%), pertencentes à classe econômica C (55,6%) e sem plano de saúde (87,7%). Além disso, 60% apresentavam três doenças crônicas, 92,2% utilizavam medicamentos, 49,5% avaliavam seu estado de saúde como nem ruim e nem bom. O escore médio de QV foi 0,660. Os fatores associados à pior QV foram ter idade entre 40 e 59 anos, residir na região Sul, relatar AVC e/ou depressão, estar em uso de cinco medicamentos ou mais, realizar dieta para perder peso e declarar estado de saúde ruim ou muito ruim. **Conclusão:** Compreender a perspectiva do usuário com DR ajuda o profissional de saúde a atingir o paciente de forma eficiente nas suas orientações, na forma de abordagem e nas ações educativas.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Doenças Reumáticas. Atenção Primária à Saúde.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

² Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Farmácia Social - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Farmácia Social - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Instituição:

Hospital Infantil João Paulo II.
Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Talitha Michel Sanchez Candiani
E-mail: talitha@ig.com.br

Recebido em: 07/10/2014.

Aprovado em: 26/01/2016.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatic diseases (RD) comprise one of the oldest and most disabling diseases in clinical practice, with a considerable impact on the lives of those affected. **Objectives:** To outline the profile of SUS users with DR and to identify associated factors with quality of life (QoL) in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Methods:** Through the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM), SUSs users with RD were identified. A descriptive analysis of sociodemographic and clinical variables was performed. QoL was evaluated by EuroQol 5 dimensions (Eq-5D), and factors associated with it were identified by multivariate linear regression. **Results:** Among interviewees, 1632 (19.1%) had RD, with the majority of women (81.6%), over 40 years old (90.9%), married or in a stable union (63.1%), belonging to economy class C (55.6%) and without health insurance (87.7%). In addition, 60% had three chronic diseases, 92.2% used medicines, 49.5% evaluated their health status as neither bad nor good. The mean QoL score was 0.660. Factors associated with worse QoL were between 40 and 59 years of age, living in the southern region, reporting stroke and/or depression, being in use of five medications or more, performing a diet to lose weight and declaring poor or very poor health. **Conclusion:** Understanding the perspective of the user with RD helps the health professional to reach the patient in an efficient way in his orientations, in the form of approach and in the educational actions.

Keywords: Quality of Life. Rheumatic Diseases. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas compreendem um grupo de comorbidades mais antigas e incapacitantes na prática clínica, incluindo mais de 100 condições diferentes, tais como artrite reumatoide (AR), osteoartrite, lúpus eritematoso (LES), escleroderma, gota, fibromialgia, entre outros.^{1,2}

Em um estudo realizado em Montes Claros, MG, a prevalência encontrada para as doenças reumáticas foi de 57,5% para osteoartrite, 34,7% para fibromialgia, 6,4% para AR e 1,4% para LES.¹ Outros estudos também verificaram essas afecções como as principais doenças reumáticas, além das espondiloartropatias.³⁻⁵

As doenças reumáticas acarretam um considerável impacto em termos físicos, psicológicos e sociais para os pacientes, além de econômico ao governo e sociedade.⁶ Na atenção primária à saúde, elas são consideradas um grande desafio para o médico da família, visto que os sintomas são diversos e afetam pessoas de todas as faixas etárias.^{2,7}

Uma vez que as doenças reumáticas podem ser diversas, o tratamento é variado. Pode-se empregar desde anti-inflamatórios até medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD).⁸ Intervenções não farmacológicas também são importantes para o tratamento, visando, juntamente

com a farmacoterapia, reduzir os sintomas e propiciar uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.^{9,10}

Devido à importância dessas doenças no cenário do Sistema Público de Saúde, a influência na qualidade de vida dos acometidos e o cuidado necessário, esse estudo objetivou traçar um perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças reumáticas e identificar quais são os fatores associados à qualidade de vida (QV) dessas pessoas.

MÉTODOS

Esse estudo transversal faz parte da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM).

A PNAUM é composta pelo Componente Inquérito e pelo Componente Serviço, sendo este o objeto deste estudo. Nesse componente, foram realizadas no Brasil, no período de outubro de 2014 a maio de 2015, entrevistas presenciais com usuários, dispensadores e prescritores da rede básica do SUS. Também foi realizada observação *in loco* mediante aplicação de roteiros de observação direta.

Planejou-se uma amostra complexa envolvendo várias populações, sendo estratificada por regiões. Considerando-se as populações de estudo, calculou-se o tamanho da amostra

de municípios e serviços básicos de saúde para as cinco regiões do Brasil. A metodologia completa da PNAUM Serviços e o processo amostral estão descritos detalhadamente em Álvares et al.¹¹

A partir dos usuários da rede básica do SUS entrevistados na PNAUM, foram identificados os pacientes que relataram ter doenças reumáticas por meio da pergunta: “Alguma vez na vida algum médico disse que você tem ou teve artrite, artrose ou reumatismo?”. Essa pergunta foi utilizada como proxy de doenças reumáticas.

A análise descritiva do perfil dos usuários com doença reumática (DR) foi realizada por distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas, número de doenças crônicas, medicamentos mais utilizados e hábitos. Os medicamentos foram classificados segundo o Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC). Para a variável qualidade de vida, foi realizada a média e o desvio padrão dos escores obtidos pelo EuroQol-5-dimensions (Eq-5D), que é uma medida simples e genérica do estado de saúde que avalia cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão, além de uma escala visual analógica do estado de saúde.¹²

Os fatores associados à QV foram analisados. Foi realizada análise bivariada, para comparação das médias, utilizando-se o teste T. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ para associação com a variável dependente na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada, utilizando-se o modelo de regressão linear. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis associadas com valor de $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o plano de análises de amostras complexas, no software SPSS[®] versão 22.

A PNAUM foi submetida ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o CAAE 18947013.6.0000.0008 e aprovada mediante o parecer nº 398.131/2013, para execução em âmbito nacional.

RESULTADOS

Foram entrevistados 8803 usuários nas UBS das cinco regiões do Brasil, 8528 responderam à questão sobre já terem sido diagnosticados com artrite, artrose ou reumatismo. Destes, 1632 (19,1%) afirmaram que algum médico ou profissional de saúde já disseram que ele tinha ou tem artrite, artrose ou reumatismo.

A maior parte dos usuários era pertencente às regiões Sul e Sudeste do país (33,7% e 30,9%, respectivamente), 81,6% eram mulheres, 63,1% casados ou em união estável e 45,9% tinham entre 40 e 59 anos. Em relação à renda, 55,6% declararam ser da classe C e a maioria declarou não ter plano de saúde.

Com relação aos hábitos dos usuários, 84,1% nunca consumiu bebida alcoólica, 28,9% praticou algum tipo de exercício físico nos últimos três meses, 13,2% fumava e 24,4% fez algum tipo de dieta para perder peso.

Em relação às doenças associadas, 60,0% tinha três doenças crônicas, ou seja, apresentava duas outras doenças além de algum tipo de doença reumática. Apenas 7,9% declarou ter apenas artrite, artrose ou reumatismo. Hipertensão foi declarada a comorbidade mais frequente nos usuários com doenças reumáticas (62,1%), seguida de dislipidemia, com frequência de 41,1%; depressão, com 33,0%; diabetes mellitus, com 24,4%; e doenças do coração, com 17,8%.

Nos últimos 30 dias, 92,2% dos portadores de artrite, artrose ou reumatismo afirmaram ter usado algum medicamento, sendo que 19,6% utilizou um, 23,4% dois, 16,9% três, 13,7% quatro e 18,6% afirmou fazer uso de cinco ou mais medicamentos. Além disso, 56,8% afirmou ter tido acesso total aos medicamentos quando precisaram.

Quando se avalia os medicamentos mais utilizados pelos usuários com doenças reumáticas, agrupando-os no ATC 3, as classes terapêuticas mais frequentes foram outros analgésicos e antipiréticos (7,3%); medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas (6,5%); anti-inflamatórios não esteroidais e antirreumáticos (5,6%); medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (5,3%) e agentes modificadores de lipídeos simples (5,3%). Dentro dessas classes terapêuticas, observou-se que losartana e omeprazol foram os mais frequentes (5,0%).

Dos principais medicamentos recomendados para o tratamento de artrite, artrose ou reumatismo, 20,8% utilizou analgésicos, incluindo AAS, dipirona, paracetamol e combinações. Mais de 15% declararam fazer uso de AINEs, como celecoxibe, diclofenaco, ibuprofeno, nimesulida, entre outros. No caso dos anti-inflamatórios esteroidais (AIE), 3,6% afirmou utilizar essa classe de medicamentos, sendo prednisona e prednisona os mais frequentes.

Cerca de 1,0% fez uso de MMCDs sintéticos – cloroquina, leflunomida e metotrexato. Quase 2,0% fez uso de opioides, podendo a aplicação ser para o alívio da dor sentida. Alguns usuários (0,9%) afirmaram usar medicamentos para artrite artrose ou reumatismo, no entanto não souberam dizer qual.

Na autoavaliação do estado de saúde, 49,5% dos entrevistados o consideraram nem ruim e nem bom. Avaliando a QV pelo EQ-5D, o escore médio de QV obtido foi de 0,661 (IC 95% 0,640 – 0,681). Uma pior QV foi relatada para os usuários entre 40 e 59 anos, residentes na região Sul, que apresentaram AVC e têm ou tiveram depressão, uso de cinco medicamentos ou mais, realização de dieta para perder peso e estado de saúde ruim ou muito ruim ($p < 0,05$) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

As doenças reumáticas resultam em um considerável impacto em termos físicos, psicológicos e sociais para as pessoas acometidas. Com o presente estudo, foi possível identificar o perfil dos portadores com doenças reumáticas e os fatores associados à QV.

O estudo identificou 19,1% da população entrevistada como portador de doenças reumáticas. Lawrence et al.¹³ estimaram que 15,0% da população norte-americana tinha alguma forma de artrite em 1995, e que a estimativa para 2020 seriam de 18,2%, estando de acordo com a prevalência encontrada neste estudo. No entanto, Senna et al.¹ identificaram uma menor frequência de indivíduos (7,2%), incluindo AR, osteoartrite, fibromialgia e LES.

O estudo de Senna et al.¹ pode ter encontrado essa menor frequência de doenças reumáticas devido ao fato de ter sido utilizado como instrumento um questionário específico para avaliação destas doenças. Além disso, os pacientes também foram analisados por médicos reumatologistas após as entrevistas. Esse rigor na identificação de pacientes com doenças reumáticas pode ter interferido na menor prevalência encontrada, ao passo que neste estudo considerou-se apenas

Tabela 1. Tabela de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D.

Características	Índice Médio EQ-5D	Coefficiente (IC 95%)	valor p
Faixa etária			
18 a 39 anos	0,719	-	-
40 a 59 anos	0,645	-0,029 (-0,057; 0,000)	0,049
60 anos ou mais	0,666	-0,004 (-0,039; 0,030)	0,801
Região			
Norte	0,719	-	-
Centro-Oeste	0,649	-0,054 (-0,094; -0,014)	0,008
Nordeste	0,651	-0,055 (-0,106; -0,05)	0,030
Sul	0,625	-0,047 (-0,083; -0,010)	0,012
Sudeste	0,701	-0,017 (-0,051; 0,018)	0,345
AVC			
Não	0,670	-	-
Sim	0,491	-0,093 (-0,149; -0,037)	0,001
Depressão			
Não	0,697	-	-
Sim	0,586	-0,046 (-0,072; -0,020)	0,001
Número de medicamentos que toma			
0	0,754	-	-
1	0,709	-0,029 (-0,076; 0,019)	0,237
2	0,701	-0,039 (-0,089; 0,12)	0,134
3	0,640	-0,061 (-0,117; -0,005)	0,033
4	0,657	-0,055 (-0,113; 0,003)	0,065
5 ou mais	0,540	-0,142 (-0,207; -0,076)	0,000
Faz dieta para perder peso			
Não	0,671	-	-
Sim	0,628	0,029 (-0,055; -0,003)	0,028
Estado de Saúde			
Muito boa/Boa	0,759	-	-
Nem ruim/Nem boa	0,643	-0,095 (-0,128; -0,062)	0,000
Ruim/Muito ruim	0,502	-0,213 (-0,257; -0,169)	0,000

AVC=acidente vascular cerebral

o que o indivíduo afirmou, sem qualquer análise para confirmar seu diagnóstico.

Mulheres compreenderam 81,6% da amostra, cerca de 50,0% dos indivíduos tinham ensino fundamental incompleto, 63,2% era casado ou estava em união estável. A maioria dos usuários tinha mais de 40 anos de idade e um pouco mais da metade declarou não ser da cor branca. Os resultados foram similares aos encontrados por Senna et al.,¹ que avaliaram a prevalência das doenças reumáticas no município de Montes Claros, no estado de Minas Gerais, e encontraram predomínio de mulheres, idade média de 37 anos e mais de 60,0% declararam ser não brancos.

Oliveira¹⁴ analisou os fatores associados à QV em pacientes com doenças reumáticas tratados pelo SUS com MMCD biológicos e também encontrou a maior parte da sua amostra composta de mulheres, a idade média foi de 49,84 anos e, diferentemente do observado neste estudo, a maior parte da amostra era composta por brancos. Outra pesquisa, realizada com dados do Estudo Epidemiológico Português de doenças reumáticas, avaliou a QV de pacientes com doenças

reumáticas autorrelatadas e encontrou a maior parte da população sendo do sexo feminino (70,9%), entre 36 e 65 anos (51,2%) e casados (63,8%). Além disso, 82,2% da amostra tinha nove anos ou menos de escolaridade, o que equivale a ter ensino médio incompleto, ensino fundamental completo ou incompleto.¹⁵

Quanto à classe social, 55,6% declararam ser da classe C, 31,8% das classes D e E, e apenas 12,6% das classes A e B. O estudo de Senna et al.,¹ realizado em Montes Claros, determinou a classe econômica de acordo com dados do IBGE, conforme realizado por este estudo. Nesse, encontrou-se um resultado diferente, em que a maior parte dos indivíduos era pertencente à classe D (38,5%), sendo a classe C a segunda mais frequente (29,7%). No entanto, a abordagem deste estudo foi nos serviços, enquanto o estudo de Senna et al.¹ abordou os indivíduos em seus domicílios.

Mais de 80% dos indivíduos entrevistados declararam não ter plano de saúde, enquanto apenas 12,3% afirmaram possuir algum plano de saúde. Ribeiro et al.¹⁶ analisaram as diferenças regionais e o perfil sociodemográfico dos usuários

e não usuários do SUS por meio de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e identificaram que 7,3% das pessoas que utilizaram os serviços de saúde do SUS tinham plano de saúde, diferentemente do encontrado por este estudo. No entanto, esse resultado evidencia o fato de que quase 90% dos usuários dos serviços de atenção primária, que buscam consultas médicas no SUS, não possuem plano de saúde.

Em relação às doenças crônicas, neste estudo, 60,0% dos indivíduos declararam ter três comorbidades. O estudo de Ribeiro & Battistella¹⁷ reportou a ocorrência de múltiplas doenças crônicas em indivíduos com doenças reumáticas, demonstrando uma média de quatro doenças por paciente com fibromialgia. Outro estudo, que analisou a QV para indivíduos com condições crônicas nos Estados Unidos, encontrou uma média de 2,6 doenças crônicas por pessoa, sendo umas das mais frequentes osteoartrite e artrite degenerativa (15,0%).¹⁸

Hipertensão foi declarada a comorbidade mais frequente nos usuários com artrite, artrose ou reumatismo (62,1%), seguido por dislipidemia (41,1%), depressão (33,0%) e diabetes mellitus (24,4%). Estes resultados vão ao encontro com os observados por Leite et al.,¹⁹ que avaliaram a frequência de comorbidades em pacientes com osteoartrite. Neste estudo, hipertensão arterial ocorreu em 75,8% dos casos e dislipidemia, em 52,6%. Ribeiro & Battistella¹⁷ também afirmaram que depressão é uma das doenças associadas mais encontradas em pacientes com fibromialgia.

A respeito do uso de medicamentos, mais de 90,0% da amostra utilizou algum medicamento nos últimos 30 dias. Não foram encontrados estudos que avaliassem o uso de medicamentos nos últimos 30 dias. Entretanto, um estudo demonstrou que 79,0% dos pacientes com distúrbios do sistema musculoesquelético, a maioria diagnosticados com osteoartrose, fizeram uso de medicação durante o tratamento em uma clínica de ortopedia e traumatologia da Universidade Paulista (UNIP), valor semelhante ao resultado encontrado neste estudo.²⁰

Quanto à quantidade de medicamentos utilizados, 19,6% utilizou um, 23,4% dois, 16,9% três, 13,7% quatro, enquanto 18,6% afirmou fazer uso de cinco ou mais medicamentos. Carvalho et al.²¹ avaliaram o uso de medicamentos e seus fatores associados por idosos no município de São Paulo e encontraram 50,1% dos indivíduos com doenças reumáticas em uso de um a quatro medicamentos e 49,9% de cinco ou mais. Esse resultado difere deste estudo, provavelmente porque considera uma população de idosos. Não foram encontrados estudos que avaliassem o uso de medicamentos em populações com doenças reumáticas que não fossem de grupos específicos.

Os medicamentos para artrite, artrose ou reumatismo mais utilizados foram os analgésicos e AINEs, que possuem como estratégia terapêutica básica retardar ou inibir o processo responsável pela lesão, no sentido de aliviar a dor e reduzir o edema presente.²² Carneiro²³ também encontrou os AINES como os medicamentos mais utilizados no tratamento de espondiloartropatias. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de AR também preconiza o uso de AINES para controle sintomático da AR.

Além desses, AIEs, que têm indicação parecida com os AINEs na AR, e MMCD sintéticos, que são eficazes na estabilização da função articular, como metotrexato e sulfasalazina, foram usados por aproximadamente 1,0% da

população.^{24,25} MMCD sintéticos são usados no tratamento de AR, espondiloartropatias, entre outras doenças reumáticas. Medicamentos biológicos não foram citados por nenhum dos pacientes entrevistados. O estudo de Li et al.²⁶ sugere que as características da população estudada, como o poder aquisitivo, podem influenciar na utilização de medicamentos biológicos. Isso se confirma quando se observa a classe econômica predominante nesse estudo, que é a classe C. Além disso, o fato de quase não se observar indivíduos utilizando MMCD sintéticos ou biológicos pode estar relacionado a essa pesquisa ter sido realizada na atenção primária do SUS. Provavelmente, pessoas em estados mais avançados da doença estejam procurando atendimento em médicos especialistas para tratamento da doença reumática.

Os medicamentos mais utilizados foram losartana, omeprazol, sinvastatina, metformina e hidroclorotiazida, que são indicados para as doenças mais prevalentes nos indivíduos desse estudo - hipertensão e diabetes. Um estudo realizado em São Paulo teve 67,8% dos idosos com hipertensão e 23,6% diabéticos e apresentou como medicamentos mais utilizados AAS, hidroclorotiazida, enalapril, captopril, sinvastatina e metformina, resultados semelhantes aos medicamentos mais utilizados pelos indivíduos deste estudo.²¹

O omeprazol tem indicação para tratamento de úlcera péptica, que é um efeito adverso muito comum em pacientes que fazem uso de AINEs não seletivos da COX - como o AAS - que têm ação irritante sobre a mucosa gástrica.²² O AAS foi utilizado por 2,1% dos indivíduos desse estudo, o que pode justificar o uso elevado de omeprazol.

Quanto aos hábitos dos usuários, a maioria não fumava, aproximadamente 30,0% dos indivíduos praticaram algum tipo de exercício físico nos últimos três meses e 24,4% fez algum tipo de dieta para perder peso. Estudos mostraram que o tabagismo é um fator de risco para as doenças reumáticas, apesar de o mecanismo ainda ser controverso.^{27,28}

Em relação à prática de exercícios físicos, sabe-se que essa é benéfica para os pacientes com doenças reumáticas por melhorar a função muscular e o condicionamento, sendo importante na melhora desses indivíduos.²⁸ Quanto à dieta para perder peso, estudos afirmam que a perda de peso é um fator coadjuvante na reabilitação de doenças reumáticas, afirmando uma forte associação entre um alto índice de massa corporal e a progressão das doenças articulares.²⁹⁻³²

Em relação ao estado de saúde, metade da população considerou sua saúde nem ruim e nem boa. Bomfim & Camargos³³, com dados da Pesquisa de Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG), encontraram que 54,9% da população acima de 60 anos com artrite ou reumatismo considera sua saúde como regular. Outro estudo identificou a prevalência e a intensidade de dor crônica entre idosos e analisou associações com a autopercepção do estado de saúde, sendo que 26,6% da amostra afirmaram ter doença articular e 61,1% da amostra total declarou sua saúde como regular.³⁴ Esses resultados estão de acordo com os resultados encontrados por este estudo.

Na avaliação da QV pelo EQ-5D, obteve-se um escore médio de 0,660, numa escala em que um representa o melhor estado de saúde. Este valor está próximo aos escores encontrados para doenças reumáticas na literatura.^{10,15,35} Alonso et al.³⁶ analisaram o impacto de várias doenças crônicas sobre as populações de oito países usando um questionário de QV. Nesse estudo, encontraram que artrite - não

especificam qual o tipo – é a doença crônica que tem maior impacto na QV da população.

Os fatores associados à pior QV foram usuários entre 40 e 59 anos, residentes na região Sul, que apresentaram AVC e têm ou tiveram depressão, uso de cinco medicamentos ou mais, realização de dieta para perder peso e estado de saúde ruim ou muito ruim. Não foram encontrados estudos que confirmassem a pior qualidade de vida encontrada em residentes da região Sul. No entanto, um estudo feito com dados provenientes da PNAD-2003 observou que uma maior prevalência de doenças crônicas foi encontrada na região Sul, o que pode contribuir para essa pior QV encontrada.³⁷

xAnyfanti et al.⁴ identificaram os preditores da QV em uma grande amostra de pacientes com DR. No seu modelo de regressão linear múltipla encontraram como fatores preditores da QV apenas ansiedade, dor, incapacidade física e duração da doença. Neste estudo, entretanto, esses aspectos não foram analisados. A variável estado de saúde seria aquela que poderia funcionar como proxy de dor na definição de dor sentida pelo paciente, contribuindo para o pior estado de saúde do paciente.^{38,39}

As limitações deste estudo foram o fato de o questionário não ser específico para avaliação de doenças reumáticas. Logo, os desfechos avaliados são genéricos. Além disso, a pergunta utilizada para identificar os pacientes é muito ampla, caracterizando um grupo com artrite, artrose ou reumatismo, sem especificar qual seria o tipo de doença reumática. Ademais, pode-se ter tido problemas recordatórios por parte dos usuários, principalmente para o uso de medicamentos. Outra limitação é devido ao horário de atendimento dos serviços de saúde, que pode selecionar o tipo de paciente incluído na pesquisa, ou seja, indivíduos que não trabalham. Possivelmente, indivíduos com maior gravidade da doença, que não conseguem se deslocar ao serviço, não foram atendidos pela rede básica.

CONCLUSÃO

Conhecer o perfil e o uso de medicamentos dos usuários com doenças reumáticas contribui para o reconhecimento da realidade cotidiana do usuário. Os fatores associados à pior QV sugerem que a ampliação dos cuidados, em especial os voltados para a redução da dor, podem melhorar as condições de saúde dessa população.

Ao compreender a perspectiva do usuário com doenças reumáticas, suas dificuldades, expectativas, relação com a saúde e com o medicamento, o profissional de saúde pode atingir o paciente de forma eficiente nas suas orientações, na forma de abordagem e nas ações educativas.

Mais estudos são necessários para avaliar as doenças reumáticas no Brasil, visto que são condições epidemiológicas muito importantes e com alto impacto na vida dos acometidos. Dessa forma, será possível criar e alterar políticas públicas de saúde e direcionar ações, trazendo benefícios aos pacientes e evitando gastos desnecessários ao SUS.

REFERÊNCIAS

- Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004;31(3):594-7.
- Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford)*. 2000;39Suppl 2:3-12.
- Kim MH, Cho YS, Uhm WS, Kim S, Bae SC. Cross-cultural adaptation and validation of the Korean version of the EQ-5D in patients with rheumatic diseases. *Qual Life Res*. 2005;14(5):1401-6.
- Anyfanti P, Triantafyllou A, Panagopoulos P, Triantafyllou G, Pырpasopoulou A, Chatzimichailidou S, et al. Predictors of impaired quality of life in patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2016;35(7):1705-11.
- Wolfé F, Hawley DJ. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br J Rheumatol*. 1997;36(7):786-93.
- Oliveira P, Monteiro P, Coutinho M, Salvador MJ, Costa ME, Malcata AB. Qualidade de vida e vivência da dor crônica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port*. 2009;34(3):511-9.
- Braga R, Cavadas LF, Santos JA. Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários. 2014. [acesso 2016 Ago 12]. Disponível em: <http://bibliofarma.com/doencas-reumaticas-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 710, de 27 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Gaujoux-Viala C, Fautrel B, Guillemin F, Flipo RM, Bourgeois P, Rat AC. Who are the patients with early arthritis with worse than death scores on the EQ-5D? Results from the ESPOIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(5):832-8.
- de Oliveira Junior HA, dos Santos JB, Acurcio FA, Almeida AM, Kakehasi AM, Alvares J, et al. Poorer functionality is related to better quality of life response following the use of biological drugs: 6-month outcomes in a prospective cohort from the Public Health System (Sistema Único de Saúde), Minas Gerais, Brazil. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2015;15(3):403-12.
- Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saúde Pública*. 2017;51 Supl 2:4s.
- Szend A, Janssen B, Cabasés J. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. London: Springer Open; 2014.
- Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*. 1998;41(5):778-99.
- Oliveira AV. Análise dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para tratamento da artrite reumatoide no Brasil no período 2010 a 2014. Brasília: 2015. [acesso 2016 Jul 22]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10889/1/2015_AndressaVerasdeOliveira.pdf
- Ferreira PL, Gonçalves SP, Ferreira LN, Pereira LN, Antunes P, Gouveia N, et al. Assessing quality of life of self-reported rheumatic patients. *Rheumatol Int*. 2016;36(9):1265-74.
- Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil socio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para

- usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
17. Ribeiro M, Battistella LR. Comorbidades em fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42(1):1-7.
18. Bayliss M, Rendas-Baum R, White MK, Maruish M, Bjorner J, Tunis SL. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:154.
19. Leite AA, Costa AJG, Lima BAM, Padilha AVL, Albuquerque EC, Marques CDL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(2):113-23.
20. Oliveira AC, Braga DLC. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. *J Health Sci Inst*. 2010;28(4):356-8.
21. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27.
22. De Lucia R, org. *Farmacologia Integrada. Uso Racional de Medicamentos*. 5ª ed. São Paulo: Clube de Autores; 2010.
23. Carneiro JN. Artrite psoriásica em pacientes com psoríase: avaliação de características clínicas e epidemiológicas em 133 pacientes brasileiros [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. 103 p. [acesso 2016 Ago 12]. 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9985/1/2011_JamileNascimentoCarneiro.pdf
24. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(6):964-75.
25. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(3):207-19.
26. Li P, Blum MA, Von Feldt J, Hennessy S, Doshi JA. Adherence, discontinuation, and switching of biologic therapies in medicaid enrollees with rheumatoid arthritis. *Value Health*. 2010;13(6):805-12.
27. Lima MC, Massabki PS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares na artrite reumatoide: tabagismo e aterosclerose. *Rev Bras Clín Méd*. 2009;7:343-7.
28. De Oliveira NC. Estilo de vida e doenças reumáticas: uma revisão. *Lifestyle J*. 2011;1(2):11-8.
29. Huang MH, Chen CH, Chen TW, Weng MC, Wang WT, Wang YL. The effects of weight reduction on the rehabilitation of patients with knee osteoarthritis and obesity. *Arthritis Care Res*. 2000;13(6):398-405.
30. Felson DT, Goggins J, Niu J, Zhang Y, Hunter DJ. The effect of body weight on progression of knee osteoarthritis is dependent on alignment. *Arthritis Rheum*. 2004;50(12):3904-9.
31. Shapiro JR, Anderson DA, Danoff-Burg S. A pilot study of the effects of behavioral weight loss treatment on fibromyalgia symptoms. *J Psychosom Res*. 2005;59(5):275-82.
32. Yunus MB, Arslan S, Aldag JC. Relationship between body mass index and fibromyalgia features. *Scand J Rheumatol*. 2002;31(1):27-31.
33. Bomfim WC, Camargos MCS. Prevalências de Doenças Crônicas e Percepção do Estado de Saúde em Idosos de Minas Gerais: Contribuições para os Serviços de Saúde; 2013. [acesso 2018 Maio 14]. 2016. Disponível em: https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina-2016/135-214-1-RV_2016_10_09_00_16_20_142.pdf
34. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LA, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev Latino Am Enferm*. 2014;22(4):662-9.
35. Salaffi F, De Angelis R, Stancati A, Grassi W; MArche Pain; Prevalence INvestigation Group (MAPPING) study. Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(6):829-39.
36. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al.; IQOLA Project Group. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 2004;13(2):283-98.
37. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Dalla Torre G. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
38. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic diseases. Investigation of a key health status component. *Arthritis Rheum*. 1983;26(8):1017-22.
39. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(4):216-24.