



TRABALHO FINAL
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Reumatologia

**Avaliação do grau de satisfação
dos doentes em Consulta
Bidisciplinar de Artrite Psoriática
no Hospital de Santa Maria**

Catarina João Pires da Silva

Orientado por:

Prof.^ª Dr.^ª Elsa Cristina Vieira de Sousa

Co-orientado por:

Dr.^ª Ana Rita da Cruz Machado

JUNHO'2022

Resumo

Introdução: A abordagem multidisciplinar permite um diagnóstico precoce e terapêutica otimizada numa doença heterogênea como a artrite psoriática (AP). O objetivo deste trabalho é avaliar o grau de satisfação dos doentes observados em consulta bidisciplinar de AP no Hospital de Santa Maria. Como objetivos secundários, destacam-se a avaliação das características clínicas, da qualidade de vida, da produtividade laboral, dos níveis de depressão, ansiedade e fadiga nestes doentes.

Métodos: Estudo observacional transversal dos doentes vistos em consulta de AP entre 07-2021 e 04-2022. A recolha de dados sociodemográficos e clínicos foi realizada através do Registo Nacional de Doentes Reumáticos - *Reuma.pt*[®]. Cada doente preencheu o questionário de satisfação com a consulta e os questionários *DLQI*, *EQ-5D*, *PsAQoL*, *HADS*, *FACIT-F* e *WPAI:GH*.

Resultados: Foram observados um total de 23 doentes (65.2% sexo masculino; idade média 55.0±13.1 anos). Os fenótipos mais prevalentes foram a poliartrite simétrica (43.5%) e oligoartrite assimétrica (21.7%); 21.7% não tinha diagnóstico confirmado. 78.3% apresentava comorbilidades cardiometabólicas ou psiquiátricas. A classificação atribuída à consulta bidisciplinar (4.74/5) foi superior à da consulta unidisciplinar (4.54/5). Todos os doentes afirmaram estar “muito satisfeitos” (65.2%) ou “satisfeitos” (34.8%) com a experiência global na consulta de AP. A maioria dos doentes sentiu-se envolvido na decisão terapêutica e considerou a quantidade de informação transmitida adequada e clara. Relativamente aos restantes questionários aplicados, foi possível concluir que neste grupo de doentes havia afeção da qualidade de vida e de domínios como a fadiga, níveis de ansiedade/depressão e produtividade laboral.

Conclusões: Os doentes mostraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a abordagem em consulta bidisciplinar. A avaliação conjunta das manifestações e comorbilidades, e a comunicação com o doente foram apontadas como os principais determinantes do grau de satisfação apresentado, que se espera que culmine numa maior adesão terapêutica.

Palavras-chave: Artrite Psoriática, Abordagem Multidisciplinar, *Patient Reported Outcomes*, Grau de satisfação, Qualidade de Vida.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: The multidisciplinary approach ensures an early diagnosis and optimized treatment in heterogeneous disease such as psoriatic arthritis (PA). The objective of this study is to evaluate the level of satisfaction of patients evaluated in a bidisciplinary PA clinic at Hospital de Santa Maria. As secondary objectives, we also assessed clinical features, quality of life, work productivity, level of depression, anxiety and fatigue in these patients.

Methods: Cross-sectional observational study of patients evaluated in this bidisciplinary PA clinic between 07-2021 to 04-2022. The collection of sociodemographic and clinical data was carried out through the Rheumatic Diseases Portuguese Register – Reuma.pt®. Each patient completed a satisfaction assessment questionnaire and the IQV-D, EQ-5D, PsAQoL, HADS, FACIT-F and WPAI:GH questionnaires.

Results: A total of 23 patients were observed (65.2% male; mean age 55.0±13.1 years). The most prevalent phenotypes were symmetrical polyarthritis (43.5%) and asymmetrical oligoarthritis (21.7%); 21.7% had no confirmed diagnosis. 78.3% had cardiometabolic or psychiatric comorbidities. The bidisciplinary clinic obtained a higher classification (4.74/5) than that of the unidisciplinary one (4.54/5). All patients were “very satisfied” (65.2%) or “satisfied” (34.8%) with the global experience of the PA clinic. Most patients felt engaged in the therapeutic decision and considered the information provided by clinicians to be accurate and clear. Regarding the aforementioned questionnaires, we could conclude that, in this cohort, impairment in daily life quality and other domains such as fatigue anxiety/depression levels and work productivity were present.

Conclusions: Patients were satisfied or very satisfied with the approach carried out in the bidisciplinary consultation. The combined assessment of clinical manifestations and comorbidities plus the level of communication with the patient were identified as the main determinants of the level of satisfaction presented, which is expected to instigate greater therapeutic adherence.

Keywords: Psoriatic Arthritis, Multidisciplinary Approach, Patient Reported Outcomes, Level of Satisfaction, Quality of Life.

Agradecimentos

Findos estes 6 anos, de um percurso com altos e baixos, mas que certamente me moldaram enquanto pessoa e futura profissional de saúde, muitos são aqueles a quem devo o meu agradecimento, por terem deixado a sua marca na minha vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer às minhas orientadoras: à Prof^a. Dr^a. Elsa Sousa por aceitar orientar esta tese e à Dr^a. Ana Rita Machado pela ajuda crucial que fez com que este trabalho chegasse a bom porto, pelo apoio, dedicação e disponibilidade manifestados.

Quero, ainda, agradecer ao meu pai e à minha mãe por tudo o que fizeram por mim e por me terem sempre motivado a fazer mais e melhor. Um agradecimento às minhas avós que torceram sempre para que um dia pudessem ver a sua neta acabar o curso. E um especial agradecimento à minha irmã Ana, por ter estado sempre lá, mesmo quando eu achava que não seria capaz e pelo abraço que sempre me amparou. À minha família, que nunca deixou de acreditar em mim, este trabalho também é vosso.

Por fim, queria agradecer aos meus amigos, que contribuíram para que estes anos fossem um pouco mais fáceis, pelo apoio e pelas diversas memórias que juntos criámos.

Índice

Introdução	9
Metodologia	16
Resultados	21
Discussão	36
Conclusão.....	41
Referências bibliográficas.....	42
Anexos	47

Índice de tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população em estudo.	23
Tabela 2: Marcadores de atividade da doença da população estudada.....	25
Tabela 3: Questionário de satisfação com a consulta bidisciplinar.	26
Tabela 4: Respostas às questões do questionário de satisfação consoante o tipo de classificação atribuída à consulta bidisciplinar.....	28
Tabela 5: Questionário WPAI:GH.	33

Índice de gráficos

Gráfico 1: Domínios de avaliação da qualidade de vida – Questionário <i>EQ-5D</i>	30
Gráfico 2: Impacto da condição dermatológica – Questionário <i>DLQI</i>	30
Gráfico 3: Resultados obtidos através do questionário <i>HADS</i>	31
Gráfico 4: Resultados obtidos através da escala <i>FACIT-F</i>	32

Introdução

A artrite psoriática é uma artropatia inflamatória crónica, seronegativa, de carácter sistémico e heterogénea, que se caracteriza por manifestações articulares, entesíticas e/ou axiais associadas a psoríase cutânea e/ou ungueal¹⁻⁵. Estes doentes podem apresentar disfunção significativa que afeta, em larga escala, a sua qualidade de vida, pelo que o diagnóstico precoce e a instituição de tratamento adequado são fundamentais para diminuir o impacto, a curto e a longo prazo, da doença⁶.

Desconhece-se a prevalência exata de artrite psoriática, no entanto, estima-se que a nível mundial a mesma varie entre 0.1 e 1.0%^{1,7} e seja semelhante em ambos os sexos^{1,3,4,8}. Existe uma dificuldade acrescida na determinação exata da prevalência desta doença devido a diferenças metodológicas entre os estudos epidemiológicos, como a utilização de critérios de diagnóstico distintos e, por vezes, pouco consensuais, e as variações étnicas e geográficas das populações estudadas¹⁻³. Por outro lado, tem-se assistido ao aumento da prevalência de artrite psoriática ao longo do tempo, o que pode ser explicado por vários fatores, nomeadamente: maior capacidade diagnóstica, facilitada pela introdução dos critérios de classificação *CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis)*, mais específicos do que os anteriormente existentes; maior conhecimento sobre a doença por parte dos reumatologistas e dermatologistas; e maior sensibilidade dos métodos complementares de diagnóstico utilizados, nomeadamente a ecografia musculoesquelética e a ressonância magnética nuclear^{1,2,8}.

Quanto à prevalência da psoríase, mais facilmente estimável, a mesma varia entre 0.5 e 11.4%⁸, sendo que a prevalência da artrite psoriática em doentes com psoríase se situa entre 6.0 a 41.0%^{4,8}. Esta disparidade percentual pode ser justificada pelo facto dos estudos realizados incluírem essencialmente doentes com sintomas mais graves, pelo que muitos doentes com psoríase, mas com artrite ligeira não são, muitas vezes, diagnosticados⁸. Doentes que apresentem onicopatia psoriática, como onicólise, *pitting* ungueal e hiperqueratose, lesões psoriáticas no couro cabeludo, na região retroauricular e na região interglútea ou envolvimento cutâneo extenso, com mais de 3 áreas corporais afetadas, e evidência de obesidade, apresentam maior risco para o desenvolvimento de artrite psoriática^{4,9}. Estima-se que exista uma percentagem

significativa de subdiagnóstico de artrite psoriática em doentes com psoríase, cerca de 15.5%^{1,10}, por se tratar de uma doença complexa e de difícil diagnóstico¹¹. Em até 70% dos casos, os sintomas cutâneos antecedem a sintomatologia articular; em 15% surgem inicialmente os sintomas do aparelho musculoesquelético; nos 15% restantes os sintomas têm início em simultâneo^{1,4,12}.

Em 1973, foram desenvolvidos pela primeira vez os critérios de classificação específicos para a artrite psoriática, os critérios de *Moll and Wright*⁸ que baseiam o diagnóstico na presença concomitante de psoríase, artrite inflamatória e seronegatividade para o fator reumatoide^{3,4}. Nos anos subsequentes, foram propostos vários critérios de classificação, mas, só em 2006, surgiram os critérios *CASPAR* que, desde então, constituem os critérios de referência a nível mundial⁸, por serem simples, sensíveis (91.7%) e específicos (cerca de 100%)^{1,4,8} e permitirem o diagnóstico de artrite psoriática em doentes que não apresentam psoríase ou que têm fator reumatoide positivo⁴.

Para cumprir os critérios de *CASPAR*^{8,13}, o doente deve apresentar doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e apresentar um valor igual ou superior a 3 pontos nas seguintes categorias:

- Presença de psoríase: atual (2 pontos); pregressa (1 ponto); história familiar de psoríase (1 ponto);
- Distrofia ungueal psoriática (1 ponto);
- Fator reumatoide negativo (1 ponto);
- Dactilite: atual ou pregressa (1 ponto);
- Evidência radiológica de neoformação óssea justa-articular - exclui osteófitos (1 ponto).

De forma a simplificar e permitir uma fácil referência para a especialidade de Reumatologia por parte de outros especialistas, foi proposta uma versão simplificada destes critérios, na qual se suspeita de artrite psoriática sempre que se verifica a presença de artralguas de características inflamatórias ou tumefação articular, dor inflamatória ou noturna do esqueleto axial, entesite, com particular destaque para o tendão de Aquiles ou fáschia plantar, ou dactilite^{4,13}.

Segundo a Classificação de *Moll and Wright*^{9,12,14,15}, a artrite psoriática divide-se em 5 subtipos:

- 1) artrite predominante das interfalângicas distais;
- 2) artrite mutilante;
- 3) poliartrite simétrica: artrite reumatoide-*like*;
- 4) oligoartrite assimétrica;
- 5) envolvimento axial predominante.

A oligoartrite (≤ 4 articulações envolvidas), tipicamente assimétrica, é o subtipo predominante, podendo afetar até 70% dos doentes¹⁵. Alguns destes casos podem progredir para o subtipo poliarticular^{9,14,15}. A poliartrite verifica-se em até 25% dos indivíduos¹⁵ e afeta um número igual ou superior a 5 articulações das mãos, pés e joelhos, com distribuição tipicamente simétrica^{9,14,15}. A artrite predominante das interfalângicas distais, como o próprio nome indica, afeta múltiplas interfalângicas distais, dos pés e das mãos, e apresenta envolvimento ungueal frequente^{9,15}. Atinge, de forma isolada, cerca de 5% dos doentes^{14,15}, mas geralmente existe em concomitância com outros subtipos¹⁴. A artrite com envolvimento exclusivo axial afeta apenas cerca de 5% dos doentes^{9,15}, embora entre 25 a 70% dos doentes com artrite psoriática periférica possam apresentar envolvimento axial concomitante⁹. A artrite mutilante é das formas mais graves e afeta até cerca de 5% destes doentes¹⁵, causando destruição e deformação das articulações interfalângicas, podendo originar fenómenos de telescopagem digital, com impacto significativo no exercer das atividades de vida diária e laboral^{9,14,15}.

Além do envolvimento periférico e axial, esta doença pode apresentar manifestações extra-articulares, nomeadamente dactilite, entesite e psoríase. A dactilite, vulgo “dedo em salsicha”, é registada em até 40 a 50% dos doentes^{9,14} e, por vezes, pode constituir a única manifestação clínica desta doença⁴. A entesite é observada em 30 a 50% dos doentes^{9,14}, afetando com maior frequência a inserção da fáschia plantar e/ou do tendão de Aquiles⁹. A psoríase na artrite psoriática manifesta-se

sobretudo sob a forma de psoríase em placas, apesar de outras formas de psoríase poderem ocorrer⁹.

São diversas as comorbilidades associadas à artrite psoriática, entre elas, a doença cardiovascular, a síndrome metabólica, a obesidade, a dislipidemia, a diabetes *mellitus*, a esteatose hepática, a hipertensão arterial, a ansiedade e a depressão^{5,10,16,17}. Até um em três doentes com artrite psoriática tem hipertensão arterial, três em dez síndrome metabólica e um em quatro obesidade, ou seja, a incidência de comorbilidades cardiometabólicas aparenta ser superior em relação a grupos de controlo¹⁷.

Aliada à diminuição da saúde física destes doentes, a saúde mental também é afetada, uma vez que a dor articular, por vezes incapacitante, o elevado grau de fadiga e as sucessivas exacerbações da doença limitam a capacidade funcional dos doentes nas atividades de vida diária e laborais, e a sua qualidade de vida, traduzindo-se num maior risco de desenvolvimento de depressão e ansiedade^{5,7,18}. Estima-se que a prevalência destas últimas seja de 17% e 19%, respetivamente, entre os doentes com artrite psoriática¹⁸. Além disso, estima-se que os doentes com artrite psoriática tenham 66% de maior probabilidade de evoluir para doença depressiva crónica e 49% de maior probabilidade de desenvolver ansiedade crónica, relativamente a indivíduos sem esta patologia¹⁸, o que reflete o impacto da diminuição da capacidade física que contribui para o isolamento social e se traduz numa maior fragilidade emocional/psicológica¹⁸. Por conseguinte, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de alarme para atuar em concordância, oferecendo precocemente intervenções do foro psicológico e educacional^{5,18}.

A avaliação da qualidade de vida é assim fundamental para compreender o impacto que a doença tem no dia-a-dia do doente, pois, apesar de raramente a doença causar a morte, pode ser debilitante e tem um carácter crónico^{7,16}. Essa avaliação deve ser idealmente realizada aquando do diagnóstico de artrite psoriática⁴. Atualmente existem vários questionários disponíveis para avaliar a qualidade de vida dos doentes, existindo alguns mais específicos para esta doença, entre eles o *Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL)*⁷.

Tradicionalmente, os doentes com psoríase e artrite psoriática são vistos separadamente pelos seus dermatologistas e reumatologistas, com pouca comunicação e colaboração interespecialidade, o que pode potenciar o atraso no diagnóstico por desvalorização de alguns sinais e sintomas referentes à outra especialidade^{10,16}, a repetição de exames complementares de diagnóstico e subsequente desperdício de recursos^{19,20} bem como a inadequação da terapêutica^{10,16,19}. O diagnóstico de artrite psoriática é complexo por vários motivos, seja devido à heterogeneidade de manifestações e a prevalência de fatores confundidores que podem justificar a dor articular, entre eles, a osteoartrite, a gota e a fibromialgia¹; seja por não existir um protocolo de rastreio bem definido e pela ausência de um biomarcador ou exame complementar de diagnóstico *gold standard* para esta doença²⁰. Um atraso no diagnóstico, superior a seis meses¹⁶, pode comprometer a qualidade de vida do doente, uma vez que se associa a maior risco de progressão a nível radiográfico e à perda de capacidade funcional²⁰. Por outro lado, a decisão terapêutica constitui um desafio pela dificuldade em assegurar o controlo simultâneo da atividade cutânea e articular, e também atendendo à multiplicidade de opções existentes na atualidade²⁰.

Neste sentido, surge o conceito de consulta multidisciplinar que visa o diagnóstico precoce de artrite psoriática e o tratamento atempado da doença de base e respetivas complicações¹⁹, de forma a atingir a remissão da doença ou, nesta impossibilidade, garantir uma atividade mínima de doença e, por conseguinte, proporcionar uma melhor qualidade de vida a estes doentes⁴ e evitar o dano estrutural.

Ao longo dos últimos anos, têm surgido unidades multidisciplinares que visam a colaboração entre a dermatologia e a reumatologia na abordagem ao doente com artrite psoriática, a nível mundial^{10,19}. Foram descritos vários modelos, nomeadamente a abordagem *face-to-face*, o modelo paralelo e o circuito preferencial, sendo que a respetiva implementação depende das necessidades e recursos das instituições de saúde¹⁹. No primeiro modelo referido, o dermatologista e reumatologista dão a consulta em simultâneo, no mesmo gabinete. Este modelo, amplamente implementado em instituições de saúde em países como os Estados Unidos da América, o Reino Unido e Espanha, possibilitou a confirmação diagnóstica e otimização terapêutica dos doentes observados¹⁹. No modelo paralelo, em gabinetes diferentes, mas contíguos, cada

especialista realiza a sua consulta e discute posteriormente o diagnóstico e terapêutica mais adequada. Este modelo já foi aplicado em Espanha, onde se verificou um maior ajuste terapêutico para controlo da doença¹⁹, e é o atual modelo implementado no Hospital de Santa Maria, em Portugal²¹. No circuito preferencial, a consulta é realizada por um dos especialistas no respetivo departamento e, se necessário, o doente é referenciado para uma consulta com a outra especialidade num prazo máximo de 48 horas¹⁹. Esta abordagem pode ser aplicada em instituições de menores dimensões e com menos recursos ou como abordagem inicial, prévia à instituição dos outros modelos supracitados, por ser mais parecida à abordagem tradicional e, por isso, mais fácil de implementar¹⁹.

Embora exista informação limitada relativamente à eficácia da abordagem multidisciplinar, verificou-se que esta é mais efetiva do que o modelo tradicional, estando associada a uma melhoria dos sintomas após otimização da terapêutica^{11,16,19,20} e por conseguinte melhoria da qualidade de atendimento ao doente²².

A consulta bidisciplinar de artrite psoriática no Hospital de Santa Maria foi pela primeira vez implementada em julho de 2010²¹ e até ao momento avaliou 553 doentes. A consulta decorre mensalmente, na última sexta-feira de cada mês, é realizada por um dermatologista e reumatologistas experientes²¹. A referência para a consulta bidisciplinar de artrite psoriática é habitualmente motivada pelos seguintes critérios: suspeita de psoríase ou artrite psoriática, sem diagnóstico definitivo; doentes diagnosticados com psoríase ou artrite psoriática, mas com inadequado controlo das respetivas manifestações, para que seja feita otimização terapêutica; manifestações cutâneas e musculoesqueléticas de novo para diagnóstico diferencial em doentes com psoríase e/ou artrite psoriática; ocorrência de reações adversas à medicação para modificação terapêutica²¹.

De forma a avaliar a eficácia e a relação custo-efetividade destas unidades multidisciplinares, é fundamental questionar o grau de satisfação dos doentes com esta consulta^{16,20}. Este parâmetro constitui um importante indicador de qualidade, uma vez que se verificou que elevados níveis de satisfação com estas consultas^{11,16}, aliados à informação de qualidade e perceptível, prestada pelos médicos sobre a doença e respetivo tratamento¹⁰, aumentaram a adesão e subsequente sucesso terapêuticos^{16,20}.

Assim, o principal objetivo deste trabalho é avaliar o grau de satisfação dos doentes com a consulta bidisciplinar de reumatologia-dermatologia de artrite psoriática, realizada no Hospital de Santa Maria, e, secundariamente, avaliar outros fatores como as características clínicas, a qualidade de vida, a produtividade no trabalho e os níveis de depressão, ansiedade e fadiga nestes doentes.

Metodologia

Design do estudo

Este trabalho constitui um estudo observacional transversal. Os doentes incluídos consentiram a sua participação neste estudo. Os questionários selecionados foram aplicados no final de cada consulta bidisciplinar.

Este estudo encontra-se de acordo com os princípios de ética em experimentação humana de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Participantes

Para este estudo, foram incluídos todos os doentes observados na consulta de artrite psoriática no Hospital de Santa Maria, entre 30-07-2021 e 29-04-2022.

Os doentes selecionados para esta consulta apresentam:

- Diagnóstico confirmado de artrite psoriática ou de psoríase;
- Suspeita de psoríase ou artrite psoriática.

Protocolo/Recolha de dados

No momento da consulta, procedeu-se à recolha dos seguintes dados, que foram registados no processo clínico e no *Reuma.pt*®:

- Dados sociodemográficos: idade, sexo, situação laboral antes do início da doença e no momento da consulta;
- Hábitos tabágicos;
- Cumprimento dos critérios de classificação de *CASPAR*;
- Subtipo de artrite psoriática;
- Duração dos sintomas articulares e cutâneos em doentes com diagnóstico de artrite psoriática;
- Presença de HLA-B27, fator reumatoide e anti-CCP;
- Manifestações extra-articulares (psoríase, dactilite, entesite, distrofia ungueal, doença inflamatória intestinal, uveíte);

- Comorbilidades (obesidade; hipertensão arterial; diabetes; dislipidemia; esteatose hepática; doença cardiovascular – síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca; depressão; ansiedade);
- Marcadores da atividade da doença no momento da consulta, nomeadamente: presença de artrite periférica; número de articulações dolorosas e tumefactas; número de pontos de entesite e o valor do *DAS28 (Disease Activity Score-28)* e *PASI (Psoriasis Area and Severity Index)* quando disponível; valor da velocidade de sedimentação (VS) em mm/h e o valor da Proteína C Reativa (PCR) em mg/dL (nota: os valores de VS e PCR foram obtidos num intervalo máximo de 6 meses antes ou depois da consulta bidisciplinar);
- Terapêutica para psoríase e artrite psoriática: tópicos, fototerapia, *Disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs)* clássicos e terapêutica biotecnológica.

Com o intuito de avaliar o grau de satisfação em consulta bidisciplinar, foi solicitado à equipa de investigação da Dr^a. *Amy Foulkes* da Universidade de *Manchester*, o questionário aplicado numa clínica de dermatologia e reumatologia do Reino Unido no sentido de avaliar o grau de satisfação dos doentes com psoríase e artrite psoriática tratados em consulta bidisciplinar, dos quais foram seleccionadas e traduzidas algumas questões ²³.

Foram incluídas 7 questões de resposta fechada e uma secção de resposta aberta para a apresentação dos aspetos positivos e negativos da consulta.

Neste questionário de satisfação, as questões de resposta fechada foram as seguintes:

1. Como classifica a experiência global em consulta bidisciplinar em comparação com a experiência em consultas em separado? (para cada modelo de consulta, avaliar numa escala de 1-5, sendo 1 “nada satisfeito” e 5 “extremamente satisfeito”);

2. Como classifica a quantidade de informação (relativa a efeitos adversos, riscos e complicações do tratamento) fornecida em consulta bidisciplinar? (“escassa”, “adequada”, “excessiva”);
3. Qual é o seu grau de satisfação global com a experiência em consulta bidisciplinar, incluindo para com os médicos? (“muito satisfeito”, “satisfeito”, “insatisfeito”);
4. Participou ou sentiu-se envolvido na tomada de decisão relativamente ao seu tratamento? (“sempre”, “algumas vezes”, “nunca”);
5. Sentiu que os médicos lhe deram oportunidade de discutir o tratamento? (“sempre”, “algumas vezes”, “nunca”);
6. Sentiu que os médicos demonstraram interesse em ouvir a sua opinião sobre o seu tratamento? (“sempre”, “algumas vezes”, “nunca”);
7. Sentiu que a informação transmitida pelos médicos sobre o seu tratamento foi clara e perceptível? (“sempre”, “algumas vezes”, “nunca”).

Para avaliar a qualidade de vida, foi entregue um questionário genérico, nomeadamente a avaliação de ganhos em saúde (*The EuroQoL 5 Domain:3 Level - EQ5D-3L*), um questionário específico para doenças dermatológicas, o índice de qualidade de vida – dermatologia (*Dermatology Life Quality Index - DLQI*) e um questionário mais específico para a artrite psoriática, a qualidade de vida em artrite psoriática (*Psoriatic Arthritis Quality of Life - PsAQoL*)⁷. Por constituírem importantes domínios da qualidade de vida associada à saúde, aplicou-se também a escala de ansiedade e depressão hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*), a escala de fadiga FACIT (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy: Fatigue – FACIT-F*) (versão 4) e o questionário sobre a produtividade laboral e as atividades de vida diárias (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: General Health - WPAI:GH*) de forma a avaliar o nível de ansiedade e depressão, o nível de fadiga e o nível de produtividade laboral e atividades de lazer, respetivamente⁷.

O *EQ5D-3L* apresenta uma primeira parte, que é descritiva, que avalia 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades diárias, dor/mal-estar e ansiedade/depressão, em 3 níveis: “nenhum problema”, “alguns problemas”,

“problemas extremos”. A segunda parte corresponde a uma escala visual analógica de como o doente classifica o seu estado de saúde numa escala de 0 a 100²⁴.

O *DLQI* avalia a qualidade de vida associada a doença dermatológica, cujo score varia entre 0 e 30 pontos. Scores mais elevados traduzem-se num maior impacto na qualidade de vida dos doentes. Categorizaram-se os valores obtidos relativamente ao efeito que o problema de pele teve na vida do doente em “sem efeito” (0-1); “efeito ligeiro” (2-5); “efeito moderado” (6-10); “efeito grave” (11-20) e “efeito extremo” (21-3)^{25,26}.

O *PsAQoL* é um questionário específico de doença, que permite avaliar a qualidade de vida em doentes com artrite psoriática, cujo score varia entre 0 e 20 pontos, sendo que quanto maior for esta pontuação, pior é a qualidade de vida associada à saúde^{26,27}.

O questionário *HADS* contém um total de 14 questões preenchidas pelo próprio doente que pretendem avaliar o respetivo nível de ansiedade e depressão. De forma a aferir a probabilidade de o doente apresentar sintomas de ansiedade e depressão, categorizaram-se os scores obtidos (total de 21 pontos para cada componente) em “improvável” (0 a 7 pontos), “possível – questionável ou duvidosa” (8 a 11 pontos) e “provável” (12 a 21 pontos)¹⁸.

A escala de Fadiga *FACIT* (versão 4) é composta por 13 questões preenchidas pelos doentes, cuja pontuação total varia entre 0 e 52²⁶. Para medir o nível de gravidade de fadiga nestes doentes, categorizaram-se os scores em 4 níveis (40-52 = pouca ou nenhum grau de fadiga; 27-39 = algum grau de fadiga; 14-26 = elevado grau de fadiga; 0-13 = grau extremo de fadiga)^{26,28}.

O *WPAI:GH* (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire – General Health*) corresponde a um questionário com 6 questões, que permitem obter a percentagem da carga horária laboral perdida relacionada com os problemas de saúde (absenteísmo), a percentagem de afeção da produtividade no trabalho relacionada com os problemas de saúde (presenteísmo), a percentagem de afeção da produtividade laboral total (absenteísmo e presenteísmo) e a percentagem de afeção da capacidade em realizar as atividades de vida diária (AVD) nestes doentes^{20,25,29}. Nos doentes

empregados, no momento da consulta, avaliaram-se os níveis de absentéismo e presenteísmo e em todos os doentes (empregados e não empregados), avaliou-se o nível de afeção da capacidade em realizar as AVD.

Os questionários descritos foram obtidos a partir do *Reuma.pt*[®] e encontram-se disponíveis na íntegra enquanto material suplementar ao trabalho (ver anexos).

Os dados sociodemográficos, as variáveis clínicas e as respostas obtidas através dos questionários *EQ5D*, *PsAQoL*, *HADS*, *FACIT* e *WPAI:GH* foram reunidos na plataforma eletrónica Registo Nacional de Doentes Reumáticos – *Reuma.pt*[®].

Análise estatística

Para a realização da análise estatística procedeu-se à utilização do *IBM*[®] *SPSS Statistics* 26. A descrição da amostra foi feita com base na distribuição das frequências, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartis, dependendo da distribuição da variável em estudo. Recorreu-se ao teste exato de *Fisher* ou teste qui-quadrado para correlacionar as variáveis do questionário de satisfação com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida descritas.

Resultados

Caracterização sociodemográfica

A amostra incluiu um total de 23 doentes (15 [65.2%] do sexo masculino; idade média da amostra de 55.0 anos \pm 13.1 anos), que compareceram à consulta de artrite psoriática no Hospital de Santa Maria e aceitaram participar no estudo, entre julho de 2021 e abril de 2022.

Relativamente ao grau de escolaridade, 10 (43.4%) cumpriram o ensino básico (dos quais 4 [17.4%], o 1º ciclo; 1 [4.3%] o 2º ciclo; 5 [21.7%] o 3º ciclo), 6 (26.1%) o ensino secundário e 7 (30.4%) completaram o ensino superior. Antes do início da doença, todos os doentes trabalhavam a tempo inteiro. Atualmente, 14 doentes (60.9%) trabalham a tempo inteiro, 2 (8.7%) trabalham a tempo parcial, 2 (8.7%) estão desempregados e 5 (21.6%) estão reformados: 4 (17.3%) por invalidez, dos quais a maioria (três em quatro, 75%) devido à artrite psoriática.

Caracterização clínica

Desta amostra, 78.3% (n=18) dos doentes cumpriam os critérios de classificação de *CASPAR*. Dos doentes que apresentavam o diagnóstico confirmado de artrite psoriática (n=18), a duração média dos sintomas articulares, desde o seu início até ao momento da consulta, foi de 13.2 (\pm 8.0) anos; em relação aos sintomas cutâneos, a duração média foi de 19.9 (\pm 11.6) anos. Na grande maioria dos casos, (n=14, 77.8%), os sintomas cutâneos antecederam os sintomas articulares; em 11.1% (n=2) os sintomas articulares surgiram primeiro e em 11.1% (n=2) os sintomas cutâneos e articulares ocorreram em simultâneo.

Aplicando a classificação de *Moll & Wright*, a maioria dos doentes com diagnóstico de artrite psoriática (n=10, 43.5%) apresenta como fenótipo dominante a poliartrite simétrica (artrite reumatoide-*like*); 21.7% (n=5) a oligoartrite assimétrica; 4.3% (n=1) o envolvimento axial predominante; 4.3% (n=1) a artrite predominante das interfalângicas distais; 4.3% (n=1) a artrite mutilante; e por fim, um total de cinco doentes (21.7%) não tinham diagnóstico confirmado de artrite psoriática à data da

consulta. Relativamente a estes últimos que não possuíam diagnóstico definitivo, três deles exibiam artrite e foram referenciados à consulta por suspeita de psoríase para observação pela dermatologia e os restantes foram referenciados por dúvidas no diagnóstico de artrite psoriática, por suspeita de artrite no contexto de lesões dermatológicas, contudo nenhuma das suspeitas foi confirmada no decorrer da consulta.

Relativamente às manifestações extra-articulares no decurso da doença, 82.6% (n=19) tinham psoríase, 56.5% (n=13) dactilite, 52.2% (n=12) distrofia ungueal, 47.8% (n=11) entesite e 13.0% (n=3) outras manifestações extra-articulares (*i.e.* doença inflamatória intestinal ou uveíte).

No que diz respeito às comorbilidades, a maioria dos doentes (n=17, 73.9%) apresentava pelo menos uma patologia cardiometabólica: 56.5% (n=13) exibiam dislipidemia; 30.4% (n=7) esteatose hepática; 26.1% (n=6) hipertensão arterial; 21.7% (n=5) diabetes *mellitus* tipo II; 17.4% (n=4) obesidade; 8.7% (n=2) outras doenças cardiovasculares (síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca). No que diz respeito a doenças do foro psiquiátrico, cerca de um terço (n=7; 30.4%) apresentava depressão e 21.7% (n=5) ansiedade. Da amostra total, apenas uma minoria de 5 doentes (21.7%) não apresentava patologias associadas.

No que se refere à medicação, a maioria dos doentes realizava terapêutica para a psoríase ou para a artrite psoriática, encontrando-se mais de três quartos dos doentes (n=18, 78.3%) sob *DMARDs* clássicos (metotrexato, sulfassalazina, leflunomida) e 26.1% (n=6) sob terapêutica biotecnológica (etarnecept, adalimumab, golimumab, secukinumab). Um total de 16 doentes (69.6%) cumpria regularmente tratamento tópico para a psoríase à base de corticoides e apenas 1 doente (4.3%) encontrava-se sob fototerapia.

A tabela 1 sumariza os dados sociodemográficos e clínicos da população estudada.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população em estudo.

Sexo masculino	65.2 % (n=15)
Idade, média ± D.P. (em anos)	55.0 ± 13.1
Hábitos tabágicos	
- Não fumador	39.1% (n=9)
- Fumador	13.0% (n=3)
- Ex-fumador	34.8% (n=8)
- Desconhecido	13.0% (n=3)
Cumprimento dos critérios de <i>CASPAR</i>	78.3% (n=18)
<u>Doentes com diagnóstico de artrite psoriática</u>	(n=18)
- Duração dos sintomas articulares, média ± D.P (em anos)	13.2 ± 8.0
- Duração dos sintomas cutâneos, média ± D.P (em anos)	19.9 ± 11.6
<u>Doentes com diagnóstico de artrite psoriática</u>	(n=18)
- que iniciaram primeiro os sintomas cutâneos	77.8% (n=14)
- que iniciaram primeiro os sintomas articulares	11.1% (n=2)
- que iniciaram sintomas cutâneos e articulares em simultâneo	11.1% (n=2)
Subtipo de artrite psoriática	
- Poliartrite simétrica: artrite reumatoide- <i>like</i>	43.5% (n=10)
- Oligoartrite assimétrica	21.7% (n=5)
- Artrite predominante das interfalângicas distais	4.3% (n=1)
- Envolvimento axial predominante	4.3% (n=1)
- Artrite mutilante	4.3% (n=1)
Sem diagnóstico de AP confirmado	21.7% (n=5)
Status HLA-B27	
- Negativo	78.3% (n=18)
- Positivo	17.4% (n=4)
- <i>Missing data</i>	4.3% (n=1)
Fator Reumatoide	
- Negativo	78.3% (n=18)
- Positivo	8.7% (n=2)
- <i>Missing data</i>	13.0% (n=3)
Anti-CCP	
- Negativo	91.3% (n=21)
- Positivo	4.3% (n=1)

- <i>Missing data</i>	4.3% (n=1)
Manifestações extra-articulares	
- Psoríase	82.6% (n=19)
- Dactilite	56.5% (n=13)
- Distrofia ungueal	52.2% (n=12)
- Entesite	47.8% (n=11)
- Outras (DII, uveíte)	13.0% (n=3)
Comorbilidades	
- Dislipidemia	56.5% (n=13)
- Esteatose hepática	30.4% (n=7)
- Hipertensão arterial essencial	26.1% (n=6)
- Diabetes <i>mellitus</i>	21.7% (n=5)
- Obesidade	17.4% (n=4)
- Outras doenças cardiovasculares	8.7% (n=2)
- Depressão	30.4% (n=7)
- Ansiedade	21.7% (n=5)
Sem patologias de relevo associadas	21.7% (n=5)
Tratamento	
- <i>DMARDs</i> clássicos	78.3% (n=18)
- Tópicos para a psoríase	69.6% (n=16)
- Terapêutica biotecnológica	26.1% (n=6)
- Fototerapia	4.3% (n=1)

Legenda: anti-CCP = *anti- cyclic citrullinated peptide*; AP = artrite psoriática; CASPAR = *Classification of Psoriatic Arthritis*; DII = Doença Inflamatória Intestinal; DMARD = *Disease-modifying antirheumatic drug*; D.P. = desvio padrão; HLA-B27 = *Human Leukocyte Antigen-B27*; outras doenças cardiovasculares (síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca).

Avaliação da atividade da doença

No momento da consulta, 26.1% (n=6) apresentava artrite periférica objetivável (entre uma e oito articulações tumefactas). A maioria (n=20, 87.0%) não apresentava pontos de entesite ao exame objetivo. No que se refere à gravidade e extensão da psoríase, nos doentes com este diagnóstico (n=19), a mediana do valor do *PASI* foi 1.2 (*IQR [interquartile range]* 4.9). A nível laboratorial, o valor da PCR apresentou uma mediana de 0.3 mg/dL (*IQR* 0.5). Registou-se um valor positivo de PCR (*cut-off* de

0.5mg/dL) em 30.4% (n=7) da amostra total (*missing data*: n=3, 13.0%). Já a mediana do valor da VS foi de 15.0 mm/h (*IQR* 9.0 mm/h). Registou-se um valor de *DAS28 3V* PCR>3.2, que se traduz em atividade moderada a grave de doença periférica, em apenas 8.7% (n=2) da amostra total, contrastando com 69.6% (n=16) dos doentes que apresentavam atividade ligeira ou se encontravam em remissão de doença periférica (*missing data*: n=5, 21.7%).

A tabela 2 resume a informação supracitada.

Tabela 2: Marcadores de atividade da doença da população estudada.

Presença de artrite periférica (%)	26.1% (n=6)
Presença de pontos de entesite (%)	13.0% (n=3)
PASI, mediana (<i>IQR</i>)	1.2 (4.9)
Proteína C reativa, mediana (<i>IQR</i>) (mg/dl)	0.3 (0.5)
Velocidade de sedimentação, mediana (<i>IQR</i>) (mm/h)	15.0 (9.0)
<i>DAS28 3V</i> PCR, mediana (<i>IQR</i>)	1.7 (1.4)

Legenda: *DAS28*(*Disease Activity Score-28*); *IQR*= *interquantile range*; *PASI* = *Psoriasis Area Severity Index*; PCR = proteína C reativa; VS = velocidade de sedimentação.

Resultados do questionário de satisfação

O questionário de satisfação foi respondido por 23 doentes. Os doentes atribuíram à consulta bidisciplinar uma classificação global média de 4.74/5, que foi superior à classificação atribuída à consulta unidisciplinar – média de 4.57/5. A maioria dos questionados afirmaram estar “muito satisfeitos” com a experiência global na consulta bidisciplinar – 65.2% (n=15) – enquanto os restantes, 34.8% (n=8) afirmaram estar “satisfeitos”. De realçar que nenhum doente se sentiu “insatisfeito”. A quase totalidade dos doentes – 95.7% (n=22) – considerou que a informação médica foi prestada na quantidade adequada. Por outro lado, todos os doentes (n=23) sentiram que participaram ativamente nas decisões tomadas sobre o seu tratamento, nomeadamente 78.3% (n=18) sentiram-se “sempre” envolvidos na tomada de decisão e 21.7% (n=5) sentiram-se incluídos “algumas vezes”; 91.3% (n=21) sentiram que lhes foi “sempre” dada oportunidade para discutir as opções terapêuticas, enquanto 8.7% (n=2) sentiram que esta oportunidade apenas lhe foi facultada “algumas vezes”; 87.0% (n=20)

consideraram que os médicos demonstraram “sempre” interesse em saber o que tinham a dizer sobre o seu tratamento e 13.0% (n=3) consideraram que tal interesse foi demonstrado “algumas vezes”. Por fim, 82.6% (n=19) sentiram que a informação transmitida foi “sempre” clara e 17.4% (n=4) consideraram que foi clara “algumas vezes”. Alguns doentes apresentaram também os aspetos positivos e negativos da consulta (questão aberta), sendo que a maioria (n=14, 60.9%) salientou aspetos positivos.

A tabela 3 sumariza as respostas às questões colocadas no questionário de satisfação com a consulta bidisciplinar.

Tabela 3: Questionário de satisfação com a consulta bidisciplinar.

Perguntas	Respostas
1. Como classifica a experiência global em consulta bidisciplinar em comparação com a experiência em consultas em separado? - Doentes que atribuíram igual classificação a ambas - Doentes que atribuíram melhor classificação à consulta bidisciplinar - Doentes que atribuíram pior classificação à consulta bidisciplinar	4.74 (1-5) consulta bidisciplinar 4.57 (1-5) consulta em separado 60.9% (n=14) 21.7% (n=5) 17.4% (n=4)
2. Como classifica a quantidade de informação (relativa a efeitos adversos, riscos e complicações do tratamento) fornecida em consulta bidisciplinar?	Adequada (n=22, 95.7%) Escassa (n=1, 4.3%) Excessiva (0%)
3. Qual é o seu grau de satisfação global com a experiência em consulta bidisciplinar, incluindo para com os médicos?	Muito satisfeito (n=15, 65.2%) Satisfeito (n=8, 34.8%) Insatisfeito (0%)
4. Participou ou sentiu-se envolvido na tomada de decisão relativamente ao seu tratamento?	Sim, sempre (n=18, 78.3%) Sim, algumas vezes (n=5, 21.7%) Nunca (0%)
5. Sentiu que os médicos lhe deram oportunidade de discutir o tratamento?	Sim, sempre (n=21, 91.3%) Sim, algumas vezes (n=2, 8.7%) Nunca (0%)

6. Sentiu que os médicos demonstraram interesse em ouvir a sua opinião sobre o seu tratamento?	Sim, sempre (n=20, 87.0%) Sim, algumas vezes (n=3, 13.0%) Nunca (0%)
7. Sentiu que a informação transmitida pelos médicos sobre o seu tratamento foi clara e perceptível?	Sim, sempre (n=19, 82.6%) Sim, algumas vezes (n=4, 17.4%) Nunca (0%)
Quais considera serem os aspetos positivos da consulta conjunta? (resposta opcional) (14/23 doentes responderam)	“Bom acompanhamento” “Atenção, preocupação e interesse por parte dos médicos” “Informação transmitida sempre de forma clara, diálogo claro e direto” “Acessibilidade na comunicação e aconselhamento com os médicos das duas especialidades” “Redução do tempo dispensado em consultas”
Quais considera serem os aspetos negativos da consulta conjunta? (resposta opcional) (2/23 doentes responderam)	“Consulta muito rápida” “Descontinuidade no seguimento”

Dos doentes que atribuíram uma pior classificação à consulta bidisciplinar (n=4), 75.0% (n=3) considerou que a quantidade de informação transmitida em consulta era adequada; 25.0% (n=1) encontrava-se “muito satisfeito” e 75.0% (n=3) “satisfeito” com a experiência em consulta; 75.0% (n=3) considerou que participou “sempre” na tomada de decisão terapêutica, que os médicos deram oportunidade de discutir o tratamento e mostraram interesse em saber a sua opinião; por fim, 50.0% (n=2) considerou que a informação transmitida foi “sempre” clara.

A tabela 4 apresenta as respostas dadas pelos subgrupos obtidos consoante o tipo de classificação atribuída à consulta bidisciplinar (pior, igual, melhor).

Tabela 4: Respostas às questões do questionário de satisfação consoante o tipo de classificação atribuída à consulta bidisciplinar.

	Pior classificação à consulta bidisciplinar (n=4, 17.4%)	Igual classificação à consulta bidisciplinar (n=14, 60.9%)	Melhor classificação à consulta bidisciplinar (n=5, 21.7%)
1. Como classifica a experiência global em consulta bidisciplinar em comparação com a experiência em consultas em separado?	4 (1-5) para consulta bidisciplinar 5 (1-5) para consulta em separado	4.93 (1-5) para consulta bidisciplinar 4.93 (1-5) para consulta em separado	4.80 (1-5) para consulta bidisciplinar 3.20 (1-5) para consulta em separado
2. Como classifica a quantidade de informação (relativa a efeitos adversos, riscos e complicações do tratamento) fornecida em consulta bidisciplinar?	Adequada (n=3, 75.0%) Escassa (n=1, 25.0%) Excessiva (0%)	Adequada (n=5, 100%) Escassa (0%) Excessiva (0%)	Adequada (n=5, 100%) Escassa (0%) Excessiva (0%)
3. Qual é o seu grau de satisfação global com a experiência em consulta bidisciplinar, incluindo para com os médicos?	Muito satisfeito (n=1, 25.0%) Satisfeito (n=3, 75.0%) Insatisfeito (0%)	Muito satisfeito (n=10, 71.4%) Satisfeito (n=4, 28.6%) Insatisfeito (0%)	Muito satisfeito (n=4, 80.0%) Satisfeito (n=1, 20.0%) Insatisfeito (0%)
4. Participou ou sentiu-se envolvido na tomada de decisão relativamente ao seu tratamento?	Sim, sempre (n=3, 75.0%) Sim, algumas vezes (n=1, 25.0%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=11, 78.6%) Sim, algumas vezes (n=3, 21.4%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=4, 80.0%) Sim, algumas vezes (n=1, 20.0%) Nunca (0%)

5. Sentiu que os médicos lhe deram oportunidade de discutir o tratamento?	Sim, sempre (n=3, 75.0%) Sim, algumas vezes (n=1, 25.0%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=13, 92.9%) Sim, algumas vezes (n=1, 7.1%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=5, 100%) Sim, algumas vezes (0%) Nunca (0%)
6. Sentiu que os médicos demonstraram interesse em ouvir a sua opinião sobre o seu tratamento?	Sim, sempre (n=3, 75.0%) Sim, algumas vezes (n=1, 25.0%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=12, 85.7%) Sim, algumas vezes (n=2, 14.3%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=5, 100%) Sim, algumas vezes (n=1, 25.0%) Nunca (0%)
7. Sentiu que a informação transmitida pelos médicos sobre o seu tratamento foi clara e perceptível?	Sim, sempre (n=2, 50.0%) Sim, algumas vezes (n=2, 50.0%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=13, 92.9%) Sim, algumas vezes (n=1, 7.1%) Nunca (0%)	Sim, sempre (n=4, 80.0%) Sim, algumas vezes (n=1, 20.0%) Nunca (0%)

Resultados dos restantes questionários aplicados

A avaliação da qualidade de vida, recorrendo ao questionário *EQ-5D*, resultou num *score* *EQ-5D* com uma mediana de 0.7 (*IQR* 0.6) (escala entre 0 [morte] e 1 [saúde perfeita], embora possa admitir valores negativos, considerados piores do que a morte²⁶). O *score* subjetivo *EQ-VAS* foi de 64.1 ± 18.1 (*score* varia entre 0 e 100, sendo 0 o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável²⁴). Objetivou-se que, da amostra em estudo, 8.7% (n=2) apresentavam dor/mal-estar e 8.7% (n=2) ansiedade/depressão como “problemas extremos” e até metade da amostra referiu apresentar “alguns problemas” relativamente à mobilidade, no exercer das atividades habituais (*i.e.* trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer), dor/mal estar e ansiedade/depressão. Em contrapartida, 95.7% (n=22) considerou que o domínio dos cuidados pessoais não se encontrava afetado.

O gráfico 1 expõe as respostas obtidas a cada domínio do questionário aplicado.

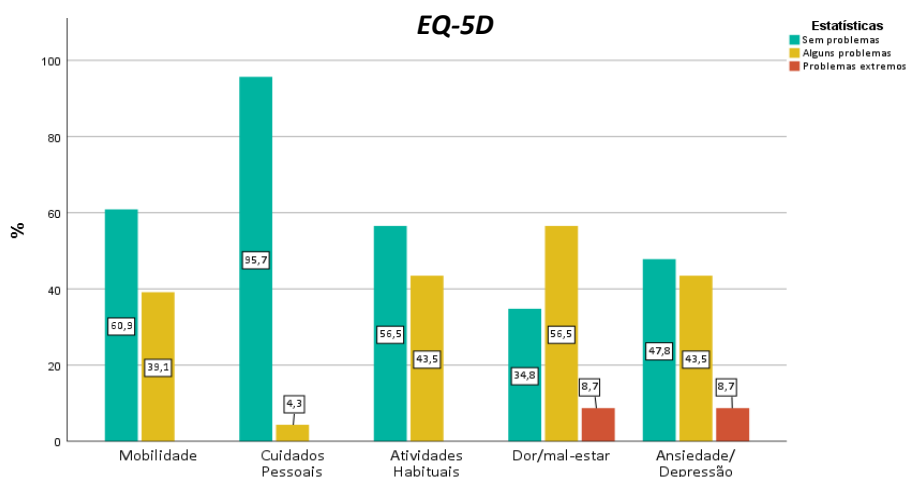


Gráfico 1: Domínios de avaliação da qualidade de vida – Questionário EQ-5D.

Com recurso ao questionário *DLQI* (scores variam entre 0 e 30 – quanto maior for o *score*, maior o impacto na qualidade de vida do doente), que permite medir o impacto de diferentes condições dermatológicas na vida do doente, obteve-se uma mediana de 5 (*IQR* 7). Depreendeu-se que uma percentagem significativa de doentes apresentou um impacto ligeiro a moderado na respetiva qualidade de vida pela condição dermatológica (60.9%), conforme deixa transparecer o gráfico 2 abaixo.

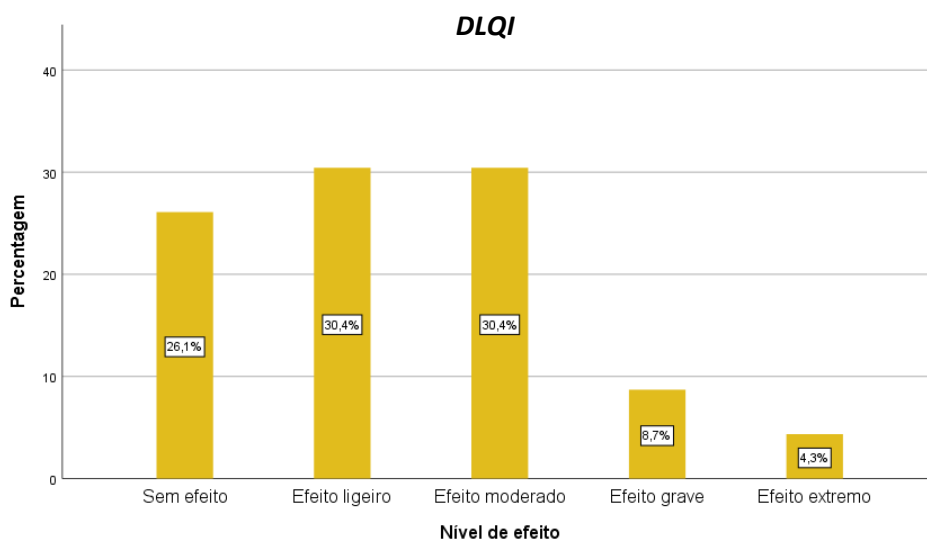


Gráfico 2: Impacto da condição dermatológica – Questionário *DLQI*.
 (0-1= “sem efeito”; 2-5 = “efeito ligeiro”; 6-10 = “efeito moderado”;
 11-20 = “efeito grave”; 21-30 = “efeito extremo”)

Nos doentes com diagnóstico confirmado de artrite psoriática (n=18), foi aplicado o questionário que avalia a qualidade de vida associada ao impacto da artrite

psoriática, através do questionário *PsAQoL* (*scores* variam entre 0 e 20 – quanto maior for o *score*, pior é a qualidade de vida associada à doença), que por sua vez registou uma mediana de 2.5 (*IQR* 8) respostas afirmativas, o que sugere existir um impacto ligeiro a moderado da artrite psoriática na vida dos doentes. No entanto, verificou-se marcada heterogeneidade dos resultados obtidos.

De acordo com o questionário *HADS*, a pontuação média de ansiedade foi 7.4 (\pm 4.1) e a pontuação mediana da depressão foi de 4 (*IQR* 6) (os *scores* para cada componente *HADS* variam entre 0 e 21). Ao analisar os resultados obtidos através da aplicação do questionário *HADS*, no que diz respeito à ansiedade, 30.4% (n=7) das respostas obtidas enquadram-se em casos possíveis e 17.4% (n=4) em casos prováveis de ansiedade, o que se traduz num total de 47.8% (n=11) da amostra total com sintomas de ansiedade. Relativamente à componente da depressão, 17.4% (n=4) das respostas obtidas enquadram-se em casos possíveis e 8.7% (n=2) em casos prováveis de depressão, num total de 26.1% (n=6) da amostra total com sintomas depressivos. O gráfico 3 esquematiza estes dados.

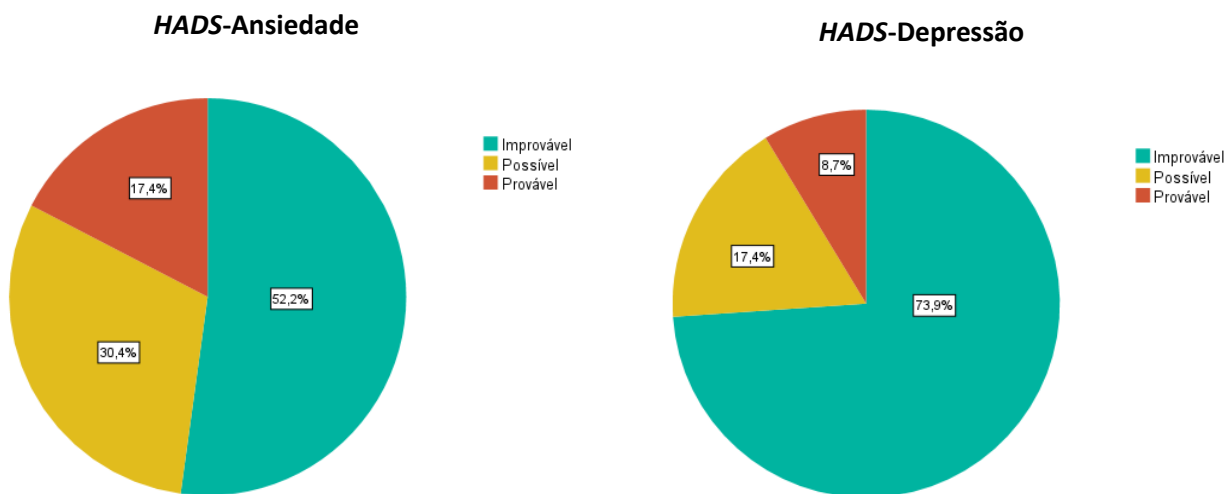


Gráfico 3: Resultados obtidos através do questionário *HADS*.
(0-7 pontos = “caso improvável”; 8-11 pontos = “caso possível”; 12-21 pontos = “caso provável”)

Através da aplicação da escala de Fadiga – *FACIT* (Versão 4), obteve-se uma pontuação mediana de 43 (*IQR* 20) (os *scores* variam entre 0 e 52 – quanto menor for o *score*, maior é o grau de fadiga do doente), sendo que cerca de 39.1% (n=9) apresentou algum grau de fadiga.

O gráfico 4 descreve a distribuição dos dados obtidos pelos diferentes graus de fadiga.

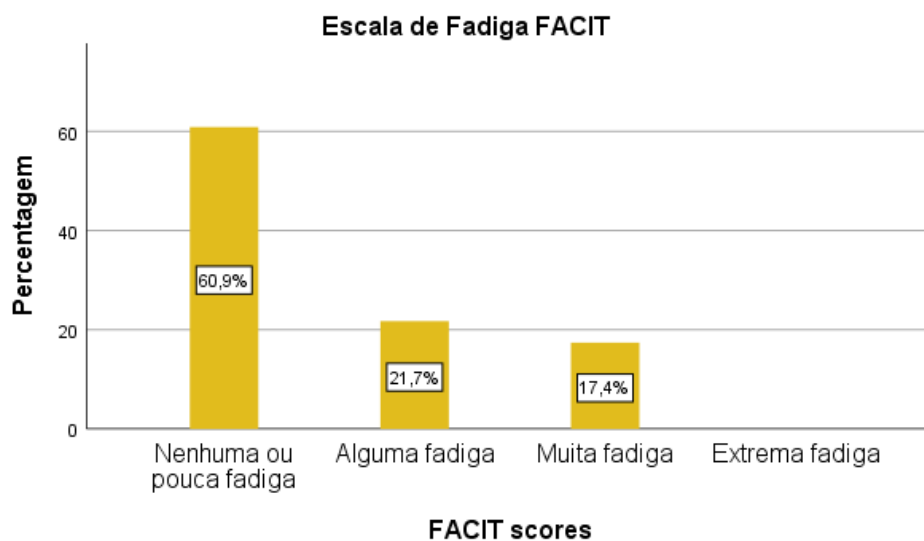


Gráfico 4: Resultados obtidos através da escala *FACIT-F*.
(40-52 = pouca ou nenhum grau de fadiga; 27-39 = algum grau de fadiga;
14-26 = elevado grau de fadiga; 0-13 = grau extremo de fadiga)

Com a aplicação do questionário *WPAI:GH*, foi possível concluir que 69.6% (n=16) dos doentes se encontrava empregado. Destes, um doente encontrava-se sob atestado médico, o que totaliza um número de 15 doentes que trabalharam na semana que antecedeu a consulta.

Relativamente aos 16 doentes que se encontravam empregados (a receber salário), cumpriram em média 38.2 (\pm 14.8) horas de trabalho efetivas na semana anterior à consulta. De todos os doentes empregados, obteve-se uma mediana de 0 (*IQR* 0) horas de trabalho perdidas pelos seus problemas de saúde. No entanto, destes, 2 doentes (12.5%) apresentaram um número de horas perdido superior a 0, o que se traduziu num valor médio de 21.5 (\pm 19.1) horas de trabalho perdidas pelos seus problemas de saúde.

Os doentes empregados que efetivamente trabalharam na semana anterior à consulta (n=15) indicaram o grau de afeção da produtividade no trabalho devido aos problemas de saúde através de uma escala visual analógica (*Analogic Visual Scale – VAS*: escala de 0 a 10, em que 0 significa “os problemas de saúde não tiveram nenhum efeito sobre o meu trabalho” e 10 “os problemas de saúde impediram-me completamente de realizar o meu trabalho”), para a qual se obteve uma mediana de 0 (*IQR* 4.7). Deste

grupo de doentes (n=15), 7 (46.7%) manifestaram algum grau de afeção na produtividade durante o seu trabalho (VAS≠0), que equivaleu a um valor médio de VAS de 4.7 (± 2.4).

Por fim, todos os doentes inquiridos (n=23) indicaram o grau de afeção da capacidade em realizar as atividades de vida diária (AVD) não relacionadas com o trabalho, através da mesma escala visual analógica (VAS: escala de 0 a 10, em que 0 significa “os problemas de saúde não tiveram nenhum efeito sobre as minhas AVD” e 10 “os problemas de saúde impediram-me completamente de realizar as minhas AVD”), tendo se obtido uma mediana de 0 (IQR 5). Da amostra total (n=23), 11 doentes (47.9%) referiram que os seus problemas de saúde afetaram de alguma forma a capacidade de realizar as respetivas AVD, não relacionadas com o trabalho (VAS≠0), correspondendo a um valor médio de VAS de 5.0 (± 2.9).

A tabela 5 descreve, em percentagem, os valores (média e mediana) de absentéismo e presenteísmo obtidos a partir das respostas dadas no questionário WPAI:GH, descritas anteriormente.

Tabela 5: Questionário WPAI:GH.

Variáveis	n	média (D.P.), em %	mediana (IQR), em %
<u>Doentes empregados</u>	16		
Absenteísmo (percentagem de carga horária laboral perdida pelos problemas de saúde)			
- Em todos os doentes (carga horária perdida ≥ 0%)	16	7.3 (25.1)	0 (0)
- No subgrupo de doentes com carga horária perdida ≠ 0%	2	58.0 (59.4)	-
<u>Doentes que trabalharam nos 7 dias anteriores à consulta</u>	15		
Presenteísmo (percentagem de afeção da produtividade durante o trabalho relacionado com os problemas de saúde)			
- Em todos os doentes (afeção ≥ 0%)	15	22.0 (28.9)	0 (40)
- No subgrupo de doentes com afeção ≠ 0%	7	47.1 (23.6)	40 (50)

<u>Doentes empregados</u>	16		
Absenteísmo e presenteísmo (percentagem de afeção da produtividade laboral total)	16	27.1 (34.3)	10 (40)
<u>Todos os doentes (empregados e não empregados)</u>	23		
Percentagem de afeção da capacidade de realizar as AVD normais, não relacionadas com o trabalho			
- Em todos os doentes (afeção ≥ 0%)	23	23.9 (32.0)	0 (50)
- No subgrupo de doentes com afeção ≠ 0%	11	50.0 (28.6)	50 (50)

Legenda: AVD = Atividades de Vida Diária; IQR = Interquartile Range; D.P.= desvio padrão.

NOTA: dados referentes aos 7 dias que antecederam a consulta.

Associações estatísticas

Através da aplicação do teste exato de Fisher, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a “mudança de Classificação (1-5) para pior da consulta em separado para a consulta bidisciplinar” com a variável sociodemográfica “ter feito o Ensino Superior” ($p=0.6$); também não se encontrou associação com as variáveis clínicas descritas em consulta, nomeadamente a “presença de artrite periférica” ($p=0.5$), “apresentar $DAS28>3.2$ ” ($p=1.0$), “ter um fenótipo mais grave de artrite psoriática (artrite mutilante ou poliarticular)” ($p=0.2$), “ter dactilite” ($p=1.0$) ou “ter distrofia ungueal” ($p=1.0$), “valor de PASI > 10 (psoríase moderada a grave)” ($p=1.0$) ou “recurso a terapêutica biotecnológica” ($p=0.3$). A nível laboratorial, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a variável inicialmente descrita e “ter PCR positiva” ($p=0.1$) ou “ter HLA-B27 positivo” ($p=0.1$).

Por outro lado, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre “apresentar nível intermédio de satisfação (‘apenas satisfeito’) com a consulta bidisciplinar” e a variável sociodemográfica: “ter feito o Ensino Superior” ($p=1.0$); nem com as seguintes variáveis clínicas descritas em consulta: presença de artrite periférica ($p=1.0$), “apresentar $DAS28>3.2$ ” ($p=1.0$), “ter um fenótipo mais grave de artrite psoriática” (artrite mutilante ou poliarticular) ($p=1.0$), “ter dactilite” ($p=0.7$) ou “ter distrofia ungueal” ($p=0.4$), “valor de PASI > 10 (psoríase moderada a grave)” ($p=1.0$) ou “recurso a terapêutica biotecnológica” ($p=0.6$). De igual modo, não se verificou associação com as variáveis laboratoriais – “ter PCR positiva” ($p=0.2$) ou “ter HLA-B27 positivo” ($p=0.1$).

Não foi possível também estabelecer uma associação relevante em termos estatísticos entre a “mudança de classificação para pior com a consulta bidisciplinar” e a “classificação da quantidade de informação médica transmitida em consulta como não ser adequada” ($p=0.2$), nem entre “ter um fenótipo grave de artrite psoriática” e a “classificação obtida através do questionário *HADS*-depressão ($score>7$)” ($p=1.0$).

Discussão

Este trabalho consistiu na avaliação do grau de satisfação dos doentes com a consulta bidisciplinar no Hospital de Santa Maria. São conhecidas as vantagens das unidades multidisciplinares, tanto na área da reumatologia, como em relação a outras especialidades, uma vez que contribuem para o diagnóstico precoce e otimização terapêutica em doenças complexas como é o caso da artrite psoriática, traduzindo-se numa menor progressão doença, melhor controlo sintomático e melhor qualidade de vida¹⁰. Os doentes que recebem informação adequada e precisa sobre a sua patologia e respetiva terapêutica estão geralmente mais satisfeitos com o atendimento prestado e por conseguinte apresentam níveis superiores de adesão terapêutica, o que por sua vez resulta em melhores *outcomes* clínicos^{10,30}. Estas vantagens já foram documentadas em países como os Estados Unidos da América, Espanha e Reino Unido¹⁹, onde se verificou que há um maior controlo da doença^{11,16,19,20}. Por outro lado, as consultas unidisciplinares, por darem apoio individualmente em consulta ao doente, podem não só provocar atrasos nas marcações interespecialidade, mas também dificultar o diagnóstico precoce e a implementação do tratamento mais apropriado, tendo em conta a multimorbilidade e a clínica heterogénea características destes doentes³¹.

Foi recentemente publicado em Portugal um artigo²¹ que procurou descrever os centros multidisciplinares implementados no nosso país, no contexto da artrite psoriática, que apesar de algumas diferenças intercentro, têm o objetivo comum de diagnosticar precocemente, controlar as manifestações de psoríase e artrite psoriática e assim atingir a remissão ou baixa atividade de doença. Está descrito um maior grau de satisfação por parte dos profissionais de saúde que trabalham nestas unidades multidisciplinares, atendendo à maior facilidade na discussão diagnóstica e terapêutica entre as duas especialidades^{10,16,31}. No entanto, não se encontrou até à data, um estudo que avaliasse em Portugal o grau de satisfação dos doentes relativamente a este modelo de consulta.

A abordagem multidisciplinar apresenta, contudo, algumas limitações sobretudo no que respeita à disponibilidade de recursos humanos e financeiros, o que limita a quantidade de doentes que podem ser atendidos e poderá gerar períodos mais prolongados de espera para a marcação de consulta após referência²¹. Um exemplo

disso, é a amostra reduzida que se obteve no intervalo de tempo em que decorreu o estudo apresentado, uma vez que, por consulta, o número de doentes atendido variou entre 2 e 5 doentes.

De acordo com os resultados obtidos, a maioria dos doentes cumpriram os critérios de *CASPAR* para artrite psoriática e destes houve predominância do subtipo de poliartrite simétrica semelhante à artrite reumatoide, seguida do subtipo de oligoartrite assimétrica, que correspondem aos subtipos mais prevalentes de artrite psoriática, de acordo com dados da literatura¹⁵. A Classificação de *Moll & Wright* apresenta, contudo, algumas limitações, uma vez que existem subtipos que podem existir em concomitância ou haver alternância entre subtipos, como por exemplo evolução do subtipo oligoarticular para o subtipo poliarticular^{9,14,15}, o que dificulta a definição de um subtipo predominante no decurso da doença.

Foi possível verificar que uma elevada percentagem de doentes teve como manifestação inicial sintomas cutâneos, aos quais se sucederam os sintomas articulares (n=14; 77.8%), facto que também vai ao encontro dos dados descritos na literatura médica^{1,4,12}.

A doença psoriática associa-se a diversas comorbilidades, tais como as doenças cardiometabólicas e psiquiátricas^{5,10,16,17}, o que se verificou também nesta amostra, em que a grande maioria destes doentes (cerca de 80%) apresenta comorbilidades, com particular destaque para a dislipidemia, esteatose hepática, hipertensão arterial e depressão. A prevalência destas comorbilidades poderá na verdade ser ainda superior em patologias como a ansiedade e a depressão, por vezes subdiagnosticadas. Neste sentido, é fundamental os profissionais de saúde estarem alerta para as comorbilidades dos seus doentes, uma vez que o sucesso terapêutico está dependente de uma abordagem holística dos mesmos¹⁶.

A classificação atribuída à experiência global em consulta bidisciplinar foi próxima da classificação máxima (média 4.74/5) e em comparação com a consulta unidisciplinar foi superior (média de 4.57/5). No entanto, a diferença entre as duas classificações foi reduzida, sobretudo se compararmos com o estudo descrito por *Foulkes et al.*²³ no qual se obteve uma classificação média de 4.91 para o modelo

multidisciplinar, e de 2.95 para o modelo unidisciplinar, numa amostra constituída por 48 doentes. Tal pode dever-se ao facto de a amostra do nosso estudo ser mais reduzida, à maior ou menor facilidade na compreensão das questões colocadas, que por sua vez poderia estar associada ao grau de escolaridade dos doentes incluídos. Efetivamente, um total de 43.4% (n=10) dos doentes questionados cumpriram o ensino básico e apenas 30.4% (n=7) completaram o ensino superior, apesar de não se ter verificado uma associação estatisticamente significativa entre a “mudança de classificação para pior da consulta em separado para a consulta bidisciplinar” e o grau de escolaridade destes doentes. Por outro lado, não é possível excluir que o doente se sinta tentado a classificar a consulta apenas com base na relação estabelecida com a equipa médica, não tendo em conta as vantagens do modelo da consulta que reúne as duas especialidades, o que poderá enviesar a classificação atribuída. Quando se compartimenta as respostas obtidas de forma a perceber a perspetiva dos doentes que atribuíram pior, igual ou melhor classificação à consulta bidisciplinar, concluiu-se que há uma maior variabilidade na classificação da consulta uni vs. bidisciplinar nos doentes que atribuíram melhores classificações a esta última, o que significa que para estes doentes a consulta terá tido um maior impacto na abordagem à sua doença. Adicionalmente, os doentes foram unânimes no que concerne à satisfação global com a consulta multidisciplinar, o que é compatível com os dados publicados²³. No que diz respeito aos restantes parâmetros avaliados, nomeadamente a quantidade de informação obtida em consulta, o nível de participação e discussão terapêutica com os médicos assistentes e o nível de clareza dos esclarecimentos prestados, as respostas foram positivas, tal como se verificou no estudo descrito por *Foulkes et al.*²³, o que comprova que a comunicação médico-doente sobre a doença e tratamento terá provavelmente contribuído para que o grau de satisfação fosse elevado com este modelo de consulta. Também um outro estudo, descrito por *Urruticoechea-Arana et al.*¹⁶, em que um dos objetivos era a avaliação do grau de satisfação dos doentes acompanhados numa unidade multidisciplinar de reumatologia e dermatologia, registou um elevado grau de satisfação com a mesma, tendo a maioria classificado a informação fornecida na unidade como “muito boa”, dados que vão ao encontro daquilo que se obteve com o presente estudo. Na secção de resposta aberta, uma percentagem significativa da amostra apontou alguns aspetos positivos na consulta bidisciplinar, destacando a qualidade da informação e do atendimento prestados e a

maior acessibilidade na comunicação com as duas especialidades, o que de igual forma permite uma melhor gestão do tempo do próprio doente, indo ao encontro das vantagens destas unidades multidisciplinares, descritas na literatura^{10,16,19,21,31}. Por outro lado, apenas uma minoria da amostra apontou aspetos negativos. Foi referido que a duração da consulta foi inferior à consulta unidisciplinar, o que pode estar associado à falta de recursos humanos e financeiros, e questões logísticas relacionadas com a escassez de gabinetes para observação de doentes, fatores que se traduzem numa menor disponibilidade temporal para a consulta bidisciplinar²¹. Para aumentar o grau de satisfação dos doentes atendidos, seria importante investir nestas unidades multidisciplinares, e procurar aumentar a periodicidade destas consultas. Além disso, outro doente apontou o facto de ter havido “descontinuidade no seguimento”, uma vez que a consulta não foi realizada pelo seu reumatologista assistente, com o qual já tinha sido estabelecida uma boa relação médico-doente. No entanto, é de salientar que este mesmo doente destacou o cuidado e interesse manifestados pelos especialistas que realizaram a consulta bidisciplinar.

Como foi referido anteriormente, os doentes relevaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a consulta. Não foi possível estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre o grau de satisfação e as variáveis clínicas e laboratoriais descritas, tendo sido testadas as associações com fenótipos mais graves (subtipo mutilante ou poliarticular), presença de manifestações extra-articulares como a dactilite, que se encontra descrita como preditor de pior prognóstico; valores de $DAS28 > 3.2$ e valores de $PASI > 10$, que traduzem atividade moderada a grave de doença articular periférica e cutânea, respetivamente; necessidade de recurso a terapêutica biotecnológica e ainda a presença de valor positivo de PCR ($> 0.5 \text{ mg/dL}$). Este facto demonstra que a gravidade da doença não influenciou o grau de satisfação com a consulta, sugerindo que, na amostra estudada, o doente com doença mais grave parece encontrar-se bem controlado de acordo com as suas expectativas, e/ou sente que se encontra a ser devidamente acompanhado e tratado, pelo que se encontra satisfeito com a consulta.

Apesar de não ter sido possível estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre as respostas aos diferentes questionários e o inquérito de satisfação, é evidente que a doença psoriática tem impacto na qualidade de vida destes doentes,

com a maioria dos doentes a manifestar um maior impacto nas suas vidas pela dor e mal-estar sentidos, seguidos da ansiedade e depressão. Embora com menos impacto, os doentes também reportaram queixas em termos de afeção da mobilidade e no desempenho das suas atividades habituais (questionário *EQ-5D*). Adicionalmente, mais de metade da amostra estudada, referiu que a sua condição dermatológica teve um impacto ligeiro a moderado na sua qualidade de vida. O questionário *HADS* permitiu concluir que existe, ainda assim, uma importante percentagem da amostra com sintomas de ansiedade e depressão, perfazendo cerca de um meio e um terço dos doentes, respetivamente, se se considerar os casos possíveis e prováveis obtidos a partir das respostas a este questionário como casos de ansiedade/depressão, o que reforça a ideia de que os doentes com doença psoriática apresentam elevada prevalência destas patologias^{7,18}. O *PsAQoL* permitiu concluir que a maioria dos doentes considera existir um impacto ligeiro na sua qualidade de vida provocada pela artrite psoriática, contudo os dados obtidos foram muito heterogéneos pelo que seria interessante no futuro compreender se os valores do *PsAQoL* são superiores nos doentes que apresentam maior gravidade de doença. Relativamente à fadiga, o *FACIT*, aferiu que quase metade da amostra apresentava algum grau de fadiga, embora uma minoria apresentasse “muita fadiga”. De acordo com o questionário *WPAI:GH*, verificou-se que existe algum grau de afeção da produtividade no trabalho e das atividades diárias por questões de doença em cerca de metade dos doentes que responderam às respetivas questões. Os achados referidos vão ao encontro de que estes doentes apresentam níveis consideráveis de dor e incapacidade funcional, que, por sua vez, comprometem as atividades de vida diárias e produtividade laborais⁷. Desta forma, depreende-se o impacto que a doença psoriática tem na vida destes doentes, pelo seu carácter crónico^{7,16}, o que reforça a ideia de que a avaliação por uma equipa multidisciplinar que intervenha precocemente no curso da doença é de extrema relevância, permitindo um maior controlo da doença e certamente um aumento no grau de satisfação destes doentes pelas vantagens descritas.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como a amostra ser reduzida ($n < 30$). A recolha da história pregressa dos doentes apresenta como viés o facto de depender da observação elaborada por diversos médicos ao longo do tempo e pelo facto de nem sempre estar disponível para consulta a informação pretendida (*missing data*). Além disso, uma das principais limitações deste trabalho foi o facto de não ter sido possível proceder à validação para língua portuguesa do questionário aplicado, que foi adaptado e traduzido da língua inglesa a partir do estudo de *Foulkes et al.*, 2012. Adicionalmente, a ausência de um grupo de controlo referente à consulta unidisciplinar de reumatologia ou dermatologia dificulta a comparação entre a experiência em consulta unidisciplinar vs. bidisciplinar, uma vez que a avaliação é feita através da análise retrospectiva relativamente à abordagem em consulta unidisciplinar. Por outro lado, teria também sido interessante aplicar os questionários em consultas posteriores, de forma a compreender se os resultados obtidos a partir dos diferentes questionários modificariam ao longo do tempo.

Conclusão

Todos os doentes se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos com a abordagem em consulta bidisciplinar de artrite psoriática. A estreita colaboração entre reumatologistas e dermatologistas, a preocupação em comunicar com o doente e a avaliação conjunta das manifestações e comorbilidades associadas à artrite psoriática, com impacto na sua qualidade de vida, foram apontadas como os principais determinantes de um elevado grau de satisfação por parte do doente, que se espera que culmine numa maior adesão terapêutica e, por conseguinte, no controlo bem-sucedido da atividade da doença.

Referências bibliográficas

1. Karmacharya, P., Chakradhar, R., & Ogdie, A. (2021). The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 35(2), 101692. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2021.101692>
2. Alamanos, Y., Voulgari, P. V., & Drosos, A. A. (2008). Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: A systematic review. *Journal of Rheumatology*, 35(7), 1354–1358. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18464305/>
3. Alinaghi, F., Calov, M., Kristensen, L. E., Gladman, D. D., Coates, L. C., Jullien, D., Gottlieb, A. B., Gisondi, P., Wu, J. J., Thyssen, J. P., & Egeberg, A. (2019). Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(1), 251-265.e19. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.027>
4. Cañete, J. D., Daudén, E., Queiro, R., Aguilar, M. D., Sánchez-Carazo, J. L., Carrascosa, J. M., Carretero, G., García-Vivar, M. L., Lázaro, P., López-Esteban, J. L., Montilla, C., Ramírez, J., Rodríguez-Moreno, J., & Puig, L. (2014). Recommendations for the coordinated management of psoriatic arthritis by rheumatologists and dermatologists: A Delphi study. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 105(3), 216–232. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2013.07.003>
5. Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., MacHado, M. O., Carvalho, A. F., Creed, F., Drosos, A. A., & Hyphantis, T. (2012). Anxiety and depressive symptoms and illness perceptions in psoriatic arthritis and associations with physical health-related quality of life. *Arthritis Care and Research*, 64(10), 1593–1601. <https://doi.org/10.1002/acr.21725>
6. Van den Bosch, F., & Coates, L. (2018). Clinical management of psoriatic arthritis. *The Lancet*, 391(10136), 2285–2294. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30949-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30949-8)
7. Gudu, T., & Gossec, L. (2018). Quality of life in psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 14(5), 405–417.

<https://doi.org/10.1080/1744666X.2018.1468252>

8. Scotti, L., Franchi, M., Marchesoni, A., & Corrao, G. (2018). Prevalence and incidence of psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 48(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.01.003>
9. Kishimoto, M., Deshpande, G. A., Fukuoka, K., Kawakami, T., Ikegaya, N., Kawashima, S., Komagata, Y., & Kaname, S. (2021). Clinical features of psoriatic arthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 35(2), 101670. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2021.101670>
10. Soleymani, T., Reddy, S. M., Cohen, J. M., & Neimann, A. L. (2018). Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: the Benefits of Combined Rheumatology–Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients. *Current Rheumatology Reports*, 20(1). <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0706-0>
11. Cobo-Ibáñez, T., Villaverde, V., Seoane-Mato, D., Muñoz-Fernández, S., Guerra, M., del Campo, P. D., & Cañete, J. D. (2015). Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology International*. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3377-z>
12. Kerschbaumer, A., Fenzl, K. H., Erlacher, L., & Aletaha, D. (2016). An overview of psoriatic arthritis – epidemiology, clinical features, pathophysiology and novel treatment targets. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 128(21–22), 791–795. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1111-9>
13. Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(19), 1945–1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
14. Ritchlin, C. T., Colbert, R. A., & Gladman, D. D. (2017). Psoriatic arthritis. *Postgraduate Medicine*, 61(1), 165–171. <https://doi.org/10.1080/00325481.1977.11714516>
15. Umezawa, Y. (2021). Psoriatic arthritis. *Journal of Dermatology*, 48(6), 741–749.

<https://doi.org/10.1111/1346-8138.15954>

16. Urruticoechea-Arana, A., Serra Torres, M., Hergueta Diaz, M., González Guerrero, M. E., Fariñas Padron, L., Navarro Martín, S., Vargas Osorio, K., Palacios Abufón, A., García de Yébenes, M. J., & Loza, E. (2017). Experience and satisfaction with a multidisciplinary care unit for patients with psoriasis an psoriatic arthritis. *Reumatologia Clinica*, *15*(4), 237–241.
<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.07.007>
17. Gupta, S., Syrimi, Z., Hughes, D. M., & Zhao, S. S. (2021). Comorbidities in psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, *41*(2), 275–284. <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04775-2>
18. Zusman, E. Z., Howren, A. M., Park, J. Y. E., Dutz, J., & De Vera, M. A. (2020). Epidemiology of depression and anxiety in patients with psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *50*(6), 1481–1488. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.02.001>
19. Queiro, R., Coto, P., Rodríguez, J., Notario, J., Navío Marco, T., de la Cueva, P., Pujol Busquets, M., García Font, M., Joven, B., Rivera, R., Alvarez Vega, J. L., Chaves Álvarez, A. J., Sánchez Parera, R., Ruiz Carrascosa, J. C., Rodríguez Martínez, F. J., Pardo Sánchez, J., Feced Olmos, C., Pujol, C., Galindez, E., ... Gratacós, J. (2017). Multidisciplinary Care Models for Patients With Psoriatic Arthritis. *Reumatología Clínica (English Edition)*, *13*(2), 85–90.
<https://doi.org/10.1016/j.reumae.2016.03.007>
20. Visalli, E., Crispino, N., & Foti, R. (2019). Multidisciplinary Management of Psoriatic Arthritis: The Benefits of a Comprehensive Approach. *Advances in Therapy*, *36*(4), 806–816. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-00901-0>
21. Mendes-Bastos, P., Nero, P., Ferreira, P., Bernardo, A., Barcelos, A., dos Santos, F. M. P., Sousa, J., Loureiro, M. M., Magina, S., Alpalhão, M., Antunes, J., & Vieira-Sousa, E. (2021). A multidisciplinary approach in psoriatic disease: the different models of Dermatology-Rheumatology collaborations in Portugal. *Acta Reumatologica Portuguesa*, *46*(4), 333–341.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34962248/>

22. Theodorakopoulou, E., Dalamaga, M., Katsimbri, P., Boumpas, D. T., & Papadavid, E. (2020). How does the joint dermatology–rheumatology clinic benefit both patients and dermatologists? *Dermatologic Therapy*, *33*(3).
<https://doi.org/10.1111/dth.13283>
23. Foulkes, A., Chinoy, H., & Warren, R. (2012). *High Degree of Patient Satisfaction and Exceptional Feedback in a Specialist Combined Dermatology and Rheumatology clinic High Degree of Patient Satisfaction and Exceptional Feedback in a Specialist Combined Dermatology and Rheumatology clinic*. 29–30.
24. Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, *26*(6), 664.
<https://doi.org/10.20344/amp.1317>
25. Lopes, N., Dias, L. L. S., Azulay-Abulafia, L., Oyafuso, L. K. M., Suarez, M. V., Fabricio, L., Kobata, C. M., Cestari, T., Gontijo, B., Sabbag, C. Y., Antonio, J. R., Romiti, R., & Pertel, P. C. (2019). Humanistic and Economic Impact of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Brazil. *Advances in Therapy*, *36*(10), 2849–2865.
<https://doi.org/10.1007/s12325-019-01049-7>
26. Mease, P. J. (2011). Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds. *Arthritis Care and Research*, *63*(SUPPL. 11), 64–85.
<https://doi.org/10.1002/acr.20577>
27. Barcelos, A., Ambrósio, C., Pereira da Silva, J. A., McKenna, S., Wilburn, J., & Lopes Ferreira, P. (2018). Psoriatic Arthritis Quality of Life questionnaire: translation, cultural adaptation and validation into Portuguese language. *Rheumatology International*, *38*(2), 249–254. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3862-7>
28. Walsh, J. A., McFadden, M. L., Morgan, M. D., Sawitzke, A. D., Duffin, K. C., Krueger, G. G., & Clegg, D. O. (2014). Work productivity loss and fatigue in psoriatic arthritis. *Journal of Rheumatology*, *41*(8), 1670–1674.
<https://doi.org/10.3899/jrheum.140259>

29. Zhang, W., Bansback, N., Boonen, A., Young, A., Singh, A., & Anis, A. H. (2010). Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire - general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research and Therapy*, 12(5), R177. <https://doi.org/10.1186/ar3141>
30. Giacomelli, R., Gorla, R., Trotta, F., Tirri, R., Grassi, W., Bazzichi, L., Galeazzi, M., Matucci-Cerinic, M., Scarpa, R., Cantini, F., Gerli, R., Lapadula, G., Sinigaglia, L., Ferraccioli, G., Olivieri, I., Ruscitti, P., & Sarzi-Puttini, P. (2014). Quality of life and unmet needs in patients with inflammatory arthropathies: Results from the multicentre, observational RAPSODIA study. *Rheumatology (United Kingdom)*, 54(5), 792–797. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu398>
31. Csoltko, K. (2022). *Combined Dermatology-Rheumatology Clinic* [Tese de Doutoramento - Kent State University]. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1648080820545082

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário de Satisfação com a consulta bidisciplinar

1. Numa escala de 1 (nada satisfeito) a 5 (extremamente satisfeito), como classifica a experiência global em consulta bidisciplinar em comparação com a experiência em consultas em separado?

Modelo de consulta em separado de Reumatologia ou Dermatologia

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Modelo de consulta multidisciplinar
(Reumatologia e Dermatologia em simultâneo)**

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Como classifica a quantidade de informação (relativa a efeitos adversos, riscos e complicações do tratamento) fornecida em consulta bidisciplinar?

- Excessiva
- Adequada
- Escassa

3. Qual é o seu grau de satisfação global com a experiência em consulta bidisciplinar, incluindo para com os médicos?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Insatisfeito

4. Participou ou sentiu-se envolvido na tomada de decisão relativamente ao seu tratamento?

- Sim, sempre
- Sim, algumas vezes
- Nunca

5. Sentiu que os médicos lhe deram oportunidade de discutir o tratamento?

- Sim, sempre
- Sim, algumas vezes
- Nunca

6. Sentiu que os médicos demonstraram interesse em ouvir a sua opinião sobre o seu tratamento?

- Sim, sempre
- Sim, algumas vezes
- Nunca

7. Sentiu que a informação transmitida pelos médicos sobre o seu tratamento foi clara e perceptível?

- Sim, sempre
- Sim, algumas vezes
- Nunca

8. Comentários adicionais

Aspetos Positivos

Aspetos Negativos

ANEXO 2: Avaliação de Ganhos em Saúde (*The EuroQoL 5 Domain – 3 Level [EQ5D-3L]*)



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ₁
 Tenho alguns problemas em andar ₂
 Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ₁
 Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ₂
 Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
 Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
 Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
 Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
 Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
 Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
 Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

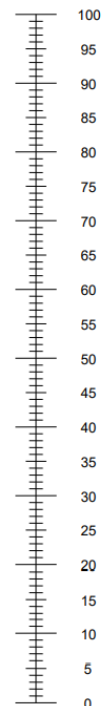
© 1997 EuroQoL Group
 Versão Portuguesa, 1997, 2013.EQ-5D v2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

► 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.
O significa a pioor saúde que possa imaginar.
- Coloque 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 no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

© 1997 EuroQoL Group
 Versão Portuguesa, 1997, 2013.EQ-5D v2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

ANEXO 4: Qualidade de Vida em Artrite Psoriática (*Psoriatic Arthritis Quality of Life - PsAQoL*)

QUALIDADE DE VIDA EM ARTRITE PSORIÁTICA (PsAQoL)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ____

Por favor leia atentamente e assinale apenas a resposta que se aplica a si neste momento.

	Verdadeira	Falsa
1. Sinto-me cansado/a faça o que fizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em lavar-me devidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É um grande esforço sair e conviver com pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que não há alegria na minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que estou a perder a minha independência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Irrito-me frequentemente comigo mesmo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não consigo fazer tudo o que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me mais velho/a do que sou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não sou capaz de participar em actividades com amigos ou familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A minha doença limita os lugares a que poderia ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho de me animar para fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Irrito-me facilmente com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tenho de interromper com frequência o que estou a fazer para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PsAQoL

Página 1

QUALIDADE DE VIDA EM ARTRITE PSORIÁTICA (PsAQoL)

	Verdadeira	Falsa
14. Sinto-me dependente dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Demoro muito tempo para ficar activo de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Descarrego nas pessoas que me são próximas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Não consigo agir no calor do momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto-me prisioneiro/a na minha própria casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tenho de limitar o que faço em cada dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A minha doença provoca tensão nas minhas relações pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PsAQoL

Página 2

ANEXO 5: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
 Tanto como antes
 Não tanto agora
 Só um pouco
 Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
 Sim e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me aflige
 De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Muito menos agora
 Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
 A maior parte do tempo
 Muitas vezes
 Por vezes
 Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:
 Nunca
 Poucas vezes
 De vez em quando
 Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca

HADS

Página 1

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
 Nunca
 Por vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
 Completamente
 Não dou a atenção que devia
 Talvez cuide menos que antes
 Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
 Muito
 Bastante
 Não muito
 Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Bastante menos agora
 Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
 Muitas vezes
 Bastantes vezes
 Por vezes
 Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
 Muitas vezes
 De vez em quando
 Poucas vezes
 Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

HADS

Página 2

ANEXO 6: Escala de Fadiga FACIT (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy: Fatigue – FACIT-F*) (versão 4)

Escala de Fadiga FACIT (Versão 4)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importante. **Por favor, circunde ou marque um número em cada um das linhas para indicar a resposta que melhor corresponde ao seu estado durante os últimos 7 dias.**

	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sinto-me fatigado(a)	0	1	2	3	4
Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4
Sinto-me sem forças	0	1	2	3	4
Sinto-me cansado(a).....	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade em começar as coisas porque estou cansado(a)	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade em terminar as coisas porque estou cansado(a)	0	1	2	3	4
Tenho energia.....	0	1	2	3	4
Sou capaz de fazer as minhas actividades normais.....	0	1	2	3	4
Preciso de dormir durante do dia	0	1	2	3	4
Estou cansado(a) demais para comer	0	1	2	3	4
Preciso de ajuda para as minhas actividades normais.....	0	1	2	3	4
Estou frustrado(a) por estar cansado(a) demais para fazer as coisas que quero.....	0	1	2	3	4
Tenho de limitar a minha vida social por estar cansado(a)..	0	1	2	3	4

ANEXO 7: Questionário sobre a produtividade laboral e as atividades de vida diárias - *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire – General Health (WPAI:GH)*

WORK PRODUCTIVITY AND ACTIVITY IMPAIRMENT QUESTIONNAIRE- GENERAL HEALTH (WPAI:GH)

As perguntas seguintes referem-se ao efeito dos seus problemas de saúde na sua capacidade de trabalhar e de realizar actividades normais. Por problemas de saúde referimo-nos a qualquer problema ou sintoma físico ou emocional. *Preencha os espaços em branco ou assinale com um círculo um número, conforme indicado.*

- 1) Está empregado no momento (recebe salário)? _____ NÃO _____ SIM
(Se *NEGATIVO*, assinale “NÃO” e passe para a pergunta 6)

As próximas perguntas referem-se aos **últimos sete dias**, sem incluir o dia de hoje.

- 2) Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu devido aos seus problemas de saúde? *Inclua as horas perdidas com dias não trabalhados por estar doente, as vezes em que chegou mais tarde ao trabalho, que saiu mais cedo, etc. por causa dos seus problemas de saúde. Não inclua as vezes que faltou ao trabalho para participar neste estudo.*
_____ HORAS
- 3) Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu por qualquer outro motivo, como férias, feriados ou para participar neste estudo?
_____ HORAS
- 4) Durante os últimos sete dias, quantas horas trabalhou efectivamente?
_____ HORAS (Se “0”, passe para a pergunta 6)
- 5) Durante os últimos sete dias, até que ponto os seus problemas de saúde afectaram a sua produtividade enquanto estava a trabalhar? *Considere os dias em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de trabalho que pôde realizar, os dias em que realizou muito menos do que gostaria ou os dias em que não conseguiu trabalhar de forma tão cuidadosa como o normal. Se os seus problemas de saúde apenas afectaram um pouco o seu trabalho, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os seus problemas de saúde afectaram muito o seu trabalho.*

Os problemas de saúde não tiveram nenhum efeito sobre o meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Os problemas de saúde impediram-me completamente de realizar o meu trabalho
---	------------------------	---

CIRCULAR UM NÚMERO

- 6) Durante os últimos sete dias, até que ponto os seus problemas de saúde afectaram a sua capacidade de realizar as suas actividades diárias normais não relacionadas com o trabalho? *Actividades normais significam aquilo que faz habitualmente, como tarefas domésticas, fazer compras, cuidar das crianças, fazer exercício, estudar, etc. Considere as vezes em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de actividades que pôde realizar e as vezes em que fez menos do que gostaria. Se os seus problemas de saúde apenas afectaram um pouco as suas actividades normais, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os seus problemas de saúde afectaram muito as suas actividades.*

Os problemas de saúde não tiveram nenhum efeito sobre as minhas actividades diárias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Os problemas de saúde impediram-me completamente de realizar as minhas actividades diárias
---	------------------------	--

CIRCULAR UM NÚMERO

WPAI:GH Portuguese (Portugal v1.4)