

# **Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios**

**Catarina Isabel Gomes Alves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Joana Catarina Fonseca Ferreira

**janeiro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Catarina Isabel Gomes Alves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição a43333 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 29 /01 /2025

*Catarina Isabel Gomes Alves*



## **Dedicatória**

À minha Avó Carmina.

À minha mãe.



## Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Joana Ferreira, uma autêntica super-mulher, que acreditou em mim e embarcou comigo neste desafio. Obrigada por todo o apoio ao longo deste ano, por me ter levado às Jornadas Internacionais do IPR e me ter dado a conhecer o mundo da Reumatologia na sua forma mais autêntica. Agradeço também pela amizade, cuidado, carinho, preocupação, generosidade e dedicação. É um privilégio trabalhar consigo, é um exemplo a seguir enquanto médica e enquanto pessoa.

À melhor equipa de Reumatologia, que tornou todo este trabalho possível: Dra. Cláudia Vaz, Dra. Nathalie Madeira, Dr. Filipe Santos, Dra. Sara Dinis, Dr. Duarte Augusto, Enf.º Pedro Paula, Enf.<sup>a</sup> Telma Carneiro, Alexandrina Brandão e Cláudia Carvalho.

À minha família, principalmente aos meus pais que sempre me motivaram a ser melhor, todos os dias. Obrigada pelos valores transmitidos, por todas as oportunidades proporcionadas, pela confiança, pelo apoio e amor incondicional. Sem quem nada seria possível. Estou e estarei eternamente grata.

Ao meu Lucas, pela paciência incansável e apoio ao longo de todos os momentos, pela confiança que tem em mim, pelo companheirismo e por todo o amor... Por tornares os dias mais leves e a vida mais bonita.

À minha segunda família da Covilhã, as minhas Capis: Inês, Maria Inês e Filipa. É uma alegria e um privilégio partilhar a vida com elas, em todos os pequenos e grandes momentos. Um agradecimento especial à Inês, o meu segundo neurónio, a minha amiga de todas as horas, a minha sorte grande... Não há palavras que cheguem para agradecer tudo o que me proporcionaste ao longo destes seis anos.

Às minhas meninas de Leiria, Beatriz, Francisca e Joana, que cresceram comigo e me acompanham desde sempre. As minhas confidentes, conselheiras e amigas de toda a vida.



## Resumo

### Introdução

O diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias (DRI), como a artrite reumatoide e as espondiloartrites, tem um impacto significativo na qualidade de vida e na capacidade funcional dos doentes. Barreiras como sintomas inespecíficos, baixa literacia em saúde e demora na referenciação dificultam a identificação e tratamento precoces, aumentando o número de complicações irreversíveis e os custos associados ao tratamento tardio.

### Objetivos

Determinar o tempo de diagnóstico de DRI, identificar os fatores que contribuem para o atraso diagnóstico em doentes com artrite reumatoide (AR), artrite psoriática (AP) e espondiloartrite (EA), e avaliar o impacto do atraso no diagnóstico.

### Metodologia

Foi realizado um estudo observacional transversal em outubro de 2024 no serviço de reumatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG). Os critérios de inclusão foram: doentes com mais de 18 anos diagnosticados com AR, AP ou EA, de acordo com os critérios da EULAR, CASPAR e ASAS, respetivamente. Os dados foram recolhidos por meio de um questionário e de dados clínicos dos registos médicos. O tempo de diagnóstico foi definido como a duração desde o início dos sintomas até à confirmação diagnóstica. Foram criados diversos períodos onde pode ocorrer o atraso (*Lag*), em meses, para entender o percurso até ao diagnóstico: *Lag* 1 (início dos sintomas até à procura de cuidados médicos), *Lag* 2 (início dos sintomas até à referenciação para a consulta de reumatologia), *Lag* 3 (referenciação até à primeira consulta de reumatologia), *Lag* 4 (primeira consulta de reumatologia até ao diagnóstico), *Lag* 5 (tempo de diagnóstico – na ULSG), *Lag* 6 (tempo de diagnóstico – fora da ULSG), *Lag* 7 (tempo de diagnóstico total). Foram ainda calculados os valores do questionário SF-36 e do DAS28 de modo a determinar o impacto do diagnóstico tardio. Os dados foram analisados utilizando o IBM SPSS®, versão 29 com testes não paramétricos e nível de significância de  $p < 0,05$ .

### Resultados

Um total de 93 doentes foram incluídos: 49% tinham AR, 31% tinham EA e 13% tinham AP; 74,2% eram mulheres. A idade média atual era de 56,74 anos, com uma média de 42,1 anos à apresentação da doença. O tempo médio total de diagnóstico (*Lag* 7) foi de 90,72 meses. Uma correlação positiva forte foi encontrada entre *Lag* 7 e *Lag* 2 ( $\rho = 0,874$ ,  $p < 0,01$ ) e uma correlação negativa entre *Lag* 7 e a idade no início dos sintomas ( $\rho = -0,273$ ,  $p < 0,01$ ). O

número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia correlacionou-se positivamente com *Lag 7* ( $\rho = 0,420, p < 0,01$ ). *Lag 7* mais demorado foi associado à presença de EA ou AP e ao meio de transporte utilizado até ao centro de saúde ( $p < 0,05$ ). O diagnóstico tardio impactou negativamente 3 dimensões do SF-36: capacidade funcional, saúde mental e dor corporal ( $p < 0,05$ ).

### **Conclusão**

Os achados enfatizam a importância da referência precoce para reduzir o atraso no diagnóstico das DRI. As barreiras ao diagnóstico foram: uma idade mais jovem no início dos sintomas, ter EA ou AP, usar táxi ou o transporte de um acompanhante para chegar ao centro de saúde, ausência de médico de família atribuído e maior número de consultas com médicos não reumatologistas antes da primeira consulta de reumatologia. Este atraso pode levar à progressão das doenças e a piores resultados na saúde dos doentes. Aumentar a literacia em saúde dos doentes e o reconhecimento de DRI por parte dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, são essenciais para reduzir os tempos de diagnóstico.

## **Palavras-chave**

Doenças reumáticas inflamatórias; diagnóstico tardio; barreiras ao diagnóstico; impacto no estado de saúde; literacia em saúde.

# Abstract

## Background

The delayed diagnosis of rheumatic inflammatory diseases (RID), such as rheumatoid arthritis and spondyloarthritis, significantly impacts patients' quality of life and functional capacity. Barriers such as nonspecific symptoms, low health literacy, and delays in referral hinder early identification and treatment, increasing the number of irreversible complications and the costs associated with late-stage care.

## Objectives

To determine the time of diagnosis, identify factors contributing to diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA), and spondylarthritis (SpA), and assess the impact of diagnostic delay.

## Methodology

A cross-sectional observational study was conducted in October 2024 in the Rheumatology Department of *Unidade Local de Saúde da Guarda* (ULSG). Inclusion criteria were patients aged >18 years diagnosed with RA, PsA, or SpA based on EULAR, CASPAR, and ASAS criteria, respectively. Data were collected using a structured questionnaire and clinical data from medical records. Time of diagnosis was defined as the duration from the symptom onset to confirmed diagnosis. *Lag* times were created to understand the route to diagnosis, calculated in months: *Lag 1* (from symptom onset to seeking healthcare), *Lag 2* (from symptom onset to referral to rheumatologist appointment), *Lag 3* (from referral to rheumatologist appointment to first rheumatologist consultation), *Lag 4* (from first rheumatologist consultation to diagnosis), and *Lag 5* (time of diagnosis when made within the ULSG) *Lag 6* (time of diagnosis when made outside the ULSG), *Lag 7* (total time of diagnosis). SF-36 questionnaire and the DAS28 scores were also calculated to determine the impact of delayed diagnosis. Data were analyzed using IBM SPSS® version 29 with non-parametric tests, with a significance level of  $p < 0,05$ .

## Results

A total of 93 patients were included: 49% had RA, 31% had AS, and 13% had PsA; 74,2% were women. The mean current age was 56,74 years, with an average age of 42,1 years at symptom onset. The average total time to diagnosis (*Lag 7*) was 90,72 months. A strong positive correlation was found between *Lag 7* and *Lag 2* ( $\rho = 0,874, p < 0,01$ ) and a negative correlation between *Lag 7* and the age at symptom onset ( $\rho = -0,273, p < 0,01$ ). The number

of appointments with other physicians before the first rheumatology consultation showed a significant positive correlation with *Lag 7* ( $\rho = 0,420, p < 0,01$ ). Longer *Lag 7* was associated with having SpA or PsA and the means of transportation to the General Practitioner (GP) center ( $p < 0,05$ ). Diagnostic delay showed a negative impact in 3 dimensions of SF-36: functional capacity, mental health, and body pain ( $p = < 0,05$ ).

### **Conclusion**

The findings emphasize the critical role of early referral in reducing diagnostic delays in RID. Barriers to diagnosis were: younger age at first symptom, having SpA or PsA, using a taxi or a companion's transport to reach the GP's center, lack of an assigned GP, and a higher number of non-rheumatologist appointments before the first rheumatology consultation. These delays may lead to disease progression and poorer patient outcomes. Improving health literacy and awareness among patients and primary care providers, along with policies that increase access to rheumatology specialists, are essential for better outcomes in RID.

## **Keywords**

Rheumatic inflammatory diseases; diagnostic delay; barriers to diagnosis; health outcomes; health literacy.

# Índice

Dedicatória .....	v
Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	ix
Palavras-chave.....	x
Abstract.....	xi
Keywords .....	xii
Índice.....	xiii
Lista de Figuras .....	xvii
Lista de Tabelas .....	xix
Lista de Siglas e Acrónimos.....	xxi
1. Introdução.....	1
1.1 Hipóteses .....	4
1.2 Objetivos.....	4
2. Metodologia.....	5
2.1 Tipo de estudo .....	5
2.2 Amostra .....	5
a) Seleção e recrutamento da amostra .....	5
b) Critérios de inclusão.....	5
c) Critérios de exclusão.....	5
2.3 Variáveis em estudo.....	6
2.4 Procedimento .....	7
2.5 Análise estatística .....	10
3. Resultados.....	11
3.1 Caracterização sociodemográfica .....	11
3.2 Caminho percorrido até ao diagnóstico .....	13
3.3 Tempo de diagnóstico.....	17
3.4 Fatores que influenciam o tempo de diagnóstico.....	18

a)	<i>Lag 1</i> .....	18
b)	<i>Lag 2</i> .....	19
c)	<i>Lag 3</i> .....	20
d)	<i>Lag 4</i> .....	20
e)	<i>Lag 5</i> .....	21
f)	<i>Lag 6</i> .....	22
g)	<i>Lag 7</i> .....	23
3.5	Comparação entre doenças .....	25
3.6	<i>Outcome</i> .....	27
a)	Impacto no estado de saúde .....	27
	Capacidade Funcional .....	28
	Aspetos Físicos .....	29
	Dor Corporal .....	30
	Estado Geral de Saúde .....	32
	Vitalidade .....	32
	Aspetos Sociais .....	32
	Aspetos Emocionais .....	33
	Saúde Mental .....	34
b)	Impacto na atividade da AR .....	35
4.	Discussão .....	37
4.1	Barreiras ao diagnóstico .....	37
4.2	Impacto do diagnóstico tardio .....	40
4.3	Limitações e oportunidades .....	40
4.4	Conclusão .....	41
	Referências Bibliográficas .....	43
	Apêndices .....	49
	Apêndice 1 - Questionário .....	49
	Apêndice 2 - Resultados acessórios .....	56
	Anexos .....	59

Anexo 1 – Parecer Condicionado da Comissão de Ética.....	59
Anexo 2 – Parecer Favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração ...	60
Anexo 3 - Certificado de apresentação do trabalho nas XXXII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia.....	62



## Lista de Figuras

Figura 1 - Sinais e sintomas de Artrite Reumatoide (AR), Espondiloartrites (EA) e Artrite Psoriática (AP), respetivamente (10–12).....	1
Figura 2 - Períodos que compõem o tempo de diagnóstico, em meses.....	8
Figura 3 - Dimensão da amostra, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão .....	11
Figura 4 - Primeiros sinais e sintomas. ....	13
Figura 5 - <i>Lag</i> 1 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos). .....	14
Figura 6 - Fatores, referidos pelos doentes, que motivaram e desmotivaram a procura de cuidados médicos (CM). ....	14
Figura 7 - Barreiras percecionadas pelos doentes no acesso aos cuidados de saúde primários. .....	15
Figura 8 - Número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia.....	16
Figura 9 - Médicos responsáveis pela referência à consulta de reumatologia.....	16
Figura 10 - <i>Cut-offs</i> do DAS28-3V-VS para caracterização da atividade da doença (43)...	35



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	12
Tabela 2 - Localização da dor à apresentação sintomática. ....	13
Tabela 3 – Profissionais de saúde consultados pelos doentes antes da primeira consulta de reumatologia.....	15
Tabela 4 – Tempos de diagnóstico ( <i>Lag</i> 2, 3, 4, 5, 6 e 7), em meses. ....	17
Tabela 5 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 1 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos).....	18
Tabela 6 – Fatores que se correlacionam com a <i>Lag</i> 2. ....	19
Tabela 7 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 2 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à referência para a consulta de reumatologia). ....	19
Tabela 8 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 3 (tempo decorrente da referência até à primeira consulta de reumatologia). ....	20
Tabela 9 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 4 (tempo decorrente da primeira consulta de reumatologia).....	20
Tabela 10 – Fatores que se correlacionam com a <i>Lag</i> 5 (tempo de diagnóstico na USLG). ....	21
Tabela 11 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 5 (tempo de diagnóstico na USLG). ....	21
Tabela 12 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 6 (tempo de diagnóstico fora da USLG). ....	22
Tabela 13 – Fatores que se correlacionam com a <i>Lag</i> 7 (tempo de diagnóstico total). ....	23
Tabela 14 – Fatores que influenciam a <i>Lag</i> 7 (tempo de diagnóstico total). ....	23
Tabela 15 - Caracterização sociodemográfica e tempos de diagnóstico por doença. ....	25
Tabela 16 - Comparação entre as diferentes DRI (Doenças Reumáticas Inflamatórias)....	26
Tabela 17 – Comparação dos valores médios dos 8 domínios do questionário SF-36 obtidos nas diversas doenças (AR, EA e AP).....	27
Tabela 18- Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 - Capacidade Funcional. ....	28
Tabela 19 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 - Capacidade Funcional.....	28
Tabela 20 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 - Aspectos Físicos. ....	29
Tabela 21 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 - Aspectos Físicos.....	29
Tabela 22 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Dor corporal. ....	30
Tabela 23 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Dor Corporal.....	31
Tabela 24 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Estado Geral de Saúde.....	32
Tabela 25 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Vitalidade.....	32
Tabela 26 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Vitalidade. ....	32
Tabela 27 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Aspectos Sociais. ...	33
Tabela 28 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Sociais. ....	33

Tabela 29 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais. .....	33
Tabela 30 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais. ....	33
Tabela 31 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Saúde Mental. ....	34
Tabela 32 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais. ....	34
Tabela 33 – Fatores que impactam o DAS28-3V-VS. ....	35
Tabela A.1- Teste de comparações múltiplas relativo à variável “Procura de CM“ da tabela 5. .....	56
Tabela A.2 - Teste de comparações múltiplas relativo à variável “DRI” da tabela 11. ....	56
Tabela A.3 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “Estado Civil” e “Meio de deslocação CS” da tabela 12.....	56
Tabela A.4 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “DRI e “Meio de deslocação CS” da tabela 14.....	56
Tabela A.5 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Lag 5”, “Lag 7”, “Idade Atual” e “Idade 1º Sintoma” da tabela 16. ....	56
Tabela A.6 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Estado Civil”, “Situação Laboral”, “Meio de deslocação CS” e “Meio de deslocação H” da tabela 19. ....	57
Tabela A.7 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Situação Laboral” e “Procura Tardia de CM” da tabela 21. ....	57
Tabela A.8 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “Estado Civil”, “Meio de deslocação CS”, “Meio de deslocação H” e “Procura tardia de CM” da tabela 23.....	57
Tabela A.9 – Teste de Comparações múltiplas relativo às variáveis: “Situação Laboral” e “Meio de deslocação H” da tabela 30 .....	58

## Lista de Siglas e Acrónimos

AD	Articulações Dolorosas
AP	Artrite Psoriática
AR	Artrite Reumatoide
ASDAS	<i>Axial Spondyloarthritis Disease Activity Score</i>
AT	Articulações Tumefactas
CASPAR	<i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis</i>
CM	Cuidados Médicos
CS	Centro de Saúde
DAS28-3V	<i>Disease Activity Score 28-joints</i> , 3 variáveis
DP	Desvio Padrão
DRI	Doenças Reumáticas Inflamatórias
EA	Espondiloartrites
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>
FR	Fator Reumatoide
H	Hospital
HAQ-DI	<i>Health Assessment Questionnaire – Disability Index</i>
HLA-B27	Antigénio Leucocitário Humano B27
IBM SPSS®	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Lag	Tempo de demora
M	Média dos postos
MENR	Médico Especialista Não Reumatologista
MGF	Médico de Medicina Geral e Familiar
N	Frequência (número)
<i>p</i>	<i>p-value</i>
PSC	Profissionais de Saúde Consultados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
UBI	Universidade da Beira Interior
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
VS	Velocidade de Sedimentação
$\rho$	Correlação de Spearman



## 1. Introdução

As doenças reumáticas e músculo-esqueléticas são a segunda principal causa de incapacidade no mundo, gerando dor crônica, com uma repercussão significativa na qualidade de vida dos doentes (1). Em Portugal, as doenças reumáticas têm um impacto considerável, sendo responsáveis, em parte, pelo abandono precoce do mercado de trabalho por meio da reforma antecipada (2). Entre as doenças reumáticas inflamatórias (DRI), a artrite reumatoide (AR) e as espondiloartrites (EA) destacam-se como algumas das causas mais prevalentes e debilitantes (1).

As DRI são doenças heterogêneas e multissistêmicas, com múltiplos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento (3–5). Entre eles, destacam-se os fatores comportamentais e relacionados com o estilo de vida, como o tabagismo, o sedentarismo e a inatividade física, que têm vindo a aumentar na população, refletindo uma tendência crescente do risco dessas doenças (5,6). As DRI apresentam-se com uma vasta gama de sinais e sintomas (figura 1), que podem ser tanto clássicos como altamente inespecíficos, tornando o diagnóstico precoce um autêntico desafio (7). Diversos estudos têm demonstrado que o tempo médio até ao diagnóstico de doenças como AR e EA pode levar vários anos (8,9).

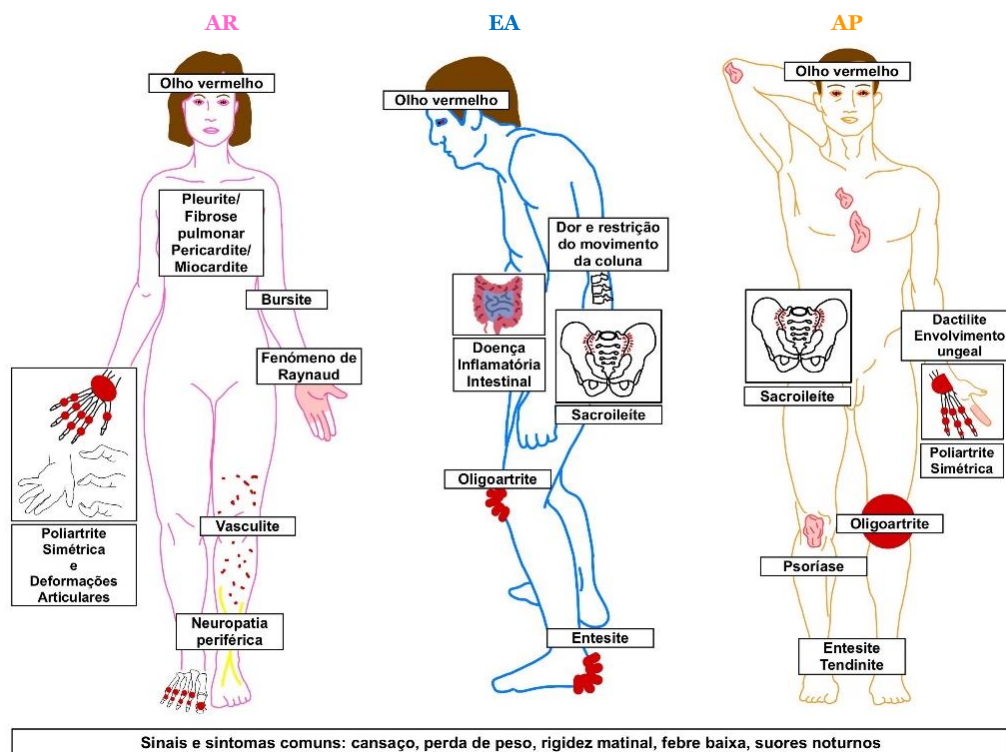


Figura 1 - Sinais e sintomas de Artrite Reumatoide (AR), Espondiloartrites (EA) e Artrite Psoriática (AP), respetivamente (10–12).

Um diagnóstico tardio das DRI está diretamente relacionado com uma maior progressão destas doenças e, consecutivamente, com um aumento significativo de complicações, muitas das quais irreversíveis, que poderiam ser prevenidas com a deteção precoce e tratamento atempado (13). O atraso no diagnóstico das DRI é um problema global e para combatê-lo é imperativo conhecer tanto o seu impacto no estado de saúde como os obstáculos que dificultam o diagnóstico precoce. Entre estes, destacam-se a procura tardia de cuidados médicos por parte dos doentes, os fatores inerentes ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde, como a baixa literacia em saúde, a referenciação tardia à consulta de reumatologia e o elevado tempo de espera entre o momento da referenciação e a primeira consulta de reumatologia (1,7,13). O estudo “EpiReumaPt” revelou que uma grande proporção de indivíduos com características típicas de DRI não possuía diagnóstico prévio, refletindo a escassez de reumatologistas em Portugal e a falta de conhecimento sobre este tipo de doenças por parte da população, que muitas vezes as confunde com o envelhecimento natural (4,14).

A AR é uma DRI autoimune, sistémica e crónica, com manifestações articulares e extra-articulares (15). Trata-se de uma poliartrite periférica e simétrica que se apresenta tipicamente com dor, tumefação e rigidez articular (principalmente nas articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais) associada a sintomatologia sistémica como o cansaço, de forma intermitente e imprevisível (16–18). A prevalência de AR na população portuguesa é de 0,7% (0,5% - 0,9%), sendo mais comum nas mulheres. A AR está descrita com uma das DRI mais associadas à redução da qualidade de vida (4).

Para minimizar o impacto negativo da AR, é fundamental que o tratamento seja iniciado nas primeiras 12 semanas após o início dos sintomas (16,19). Estudos internacionais, mostraram que apenas 22% a 31% dos doentes com AR são observados por um médico reumatologista nas primeiras 12 semanas desde o início de sintomas e o atraso médio entre o primeiro sintoma e a primeira consulta de reumatologia é de 30 meses (15,20). A principal razão para o atraso de diagnóstico está relacionada com a falta de reconhecimento dos sintomas tanto por parte do doente como do médico de família (15,21,22). Estudos demonstram que quanto maior a autoconsciência corporal do doente, melhor é o reconhecimento da doença (20). O protelar da consulta do médico de família, preferindo consultar a opinião de familiares ou amigos, sobretudo aqueles que aparentam ter sintomatologia parecida, contribui para um atraso na procura de cuidados (21–23). Adicionalmente, a busca por informações na internet tem um papel ambíguo que, dependendo da sua qualidade e natureza pode encorajar ou atrasar a procura de cuidados médicos (22,24). Fatores como a intensidade e severidade dos sintomas, além de um nível de educação mais elevado têm, também, grande influência na procura

atempada de observação médica (20,25). Quanto maior o atraso de diagnóstico, piores são os valores observados no DAS28 (*Disease Activity Score* para 28 articulações) e no HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire – Disability Index*), reforçando a importância do diagnóstico precoce e do início do tratamento atempado para o prognóstico da AR (15,25–29).

As EA são um grupo de DRI crônicas que incluem diversas doenças como a espondilite anquilosante, artrite psoriática, espondiloartrite axial, entre outras (30). Tal como a AR, as EA também têm manifestações articulares e extra-articulares. Apresentam-se tipicamente com dor lombar inflamatória crônica com início antes dos 45 anos associada a sinais e sintomas sistêmicos, com períodos de agudização e remissão, sendo esta a doença reumática músculo-esquelética mais comum (4,29,31). A prevalência das EA na população portuguesa é de 1,6% (1,2% - 2,1%), e apresenta uma distribuição similar entre homens e mulheres, contrariamente ao que se pensava antigamente (2:1 até 3:1 na prevalência masculina) (4,32).

O atraso de diagnóstico das EA continua a ser um desafio significativo, especialmente porque a lombalgia crônica é um sintoma comum (19,6% dos indivíduos entre os 20 e os 59 anos) contrastando com a prevalência muito menor das EA. A dificuldade frequente dos médicos de família em distinguir a dor mecânica da inflamatória é um fator limitante no diagnóstico precoce destas doenças (29). A literatura documenta uma média de 6,7 anos de atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico formal, sendo esse atraso mais acentuado nas mulheres (29,33–35). O atraso de diagnóstico das EA está associado a piores resultados clínicos, incluindo pior qualidade de vida, maior atividade da doença, problemas psicológicos, distúrbios do sono, pior função física e uma maior taxa de danos estruturais, entre outras. 62% dos doentes consultam um médico no primeiro ano em que desenvolvem sintomas verificando-se que o maior atraso ocorre após a consulta inicial. Estudos recentes indicam que tanto os cuidados primários como os cuidados secundários contribuem para este atraso. Isto explica-se pela falta de iniciativa ou de tempo por parte dos médicos para aplicar as estratégias de *screening* destas doenças em quem se apresenta com lombalgia (8). Entre as razões para o atraso diagnóstico, destacam-se a desvalorização dos sintomas por parte do médico e o diagnóstico incorreto como outras condições (8,32). A ausência de HLA-B27, marcadores inflamatórios negativos, presença de psoríase, uma idade mais jovem à apresentação sintomática e o sexo feminino também estão relacionados com um diagnóstico mais tardio (8,29,32).

A artrite psoriática (AP), uma das EA, é uma condição que afeta 20% a 30% dos doentes com psoríase, sendo a manifestação extra-cutânea mais comum da doença. Tem uma

prevalência semelhante em ambos os sexos e o início da sintomatologia surge entre os 36 e os 40 anos (36,37). Em 20 a 75% dos casos envolve o esqueleto axial (espondiloartrite axial) e 9% dos doentes com espondiloartrite axial também tem psoríase (33,38). O atraso de diagnóstico da AP é influenciado por diversos fatores, incluindo o nível educacional dos doentes e a relação entre o aparecimento da artrite e das alterações cutâneas (38).

Embora existam poucos estudos em Portugal sobre as barreiras ao diagnóstico das DRI e o impacto do atraso de diagnóstico no estado de saúde, o estudo “SIARA” (2018), revelou que o fator que mais contribui para o atraso no nosso país é a demora na referência para o reumatologista, sendo que os médicos de família desempenham o papel de *gatekeepers* (1).

O presente estudo visa, assim, contribuir para a redução do tempo de diagnóstico das DRI, identificando os fatores que mais contribuem para o atraso. Através do reconhecimento precoce dos sintomas e da implementação de estratégias de referência atempada dirigidas e eficazes, espera-se uma redefinição de prioridades - a prevenção das complicações das doenças com o diagnóstico e tratamento precoce. Isto permitirá uma redução significativa da carga de doença e os custos associados ao tratamento tardio (4).

## 1.1 Hipóteses

- a) O diagnóstico das DRI é tardio;
- b) A demora no diagnóstico é multifatorial e pode acontecer em variados momentos;
- c) O atraso de diagnóstico tem um impacto negativo no estado de saúde.

## 1.2 Objetivos

- a) Conhecer as barreiras ao diagnóstico das DRI;
- b) Determinar o tempo de diagnóstico das diversas doenças;
- c) Compreender o impacto do diagnóstico tardio;
- d) Compreender o que impacta o estado de saúde.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Tipo de estudo**

Estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo realizado através da aplicação de um questionário e da recolha de dados clínicos e analíticos do processo clínico. O questionário (apêndice 1) foi redigido em equipa com base em estudos prévios sobre a mesma temática. O protocolo de investigação foi escrito em junho de 2024 e submetido à apreciação do Conselho de Administração e Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), que emitiu um parecer condicionado em outubro de 2024, com o seu parecer favorável em dezembro de 2024 e janeiro de 2025 (anexo 1 e 2).

### **2.2 Amostra**

#### **a) Seleção e recrutamento da amostra**

Doentes consecutivos, com mais de 18 anos, seguidos na consulta de reumatologia da ULSG, que apresentavam AR, EA ou AP de acordo com os critérios de classificação EULAR, ASAS e CASPAR respetivamente, que aceitaram participar e assinaram livremente o consentimento informado, com um número mínimo de 100 doentes. A recolha de questionários foi realizada em outubro de 2024.

#### **b) Critérios de inclusão**

- I. Maiores de 18 anos;
- II. Aqueles que aceitaram participar e assinaram o consentimento informado;
- III. Aqueles que contemplaram critério de classificação para AR, EA ou AP.

#### **c) Critérios de exclusão**

- I. Menores de 18 anos;
- II. Aqueles que não aceitaram participar ou não assinaram consentimento informado;
- III. Aqueles que não contemplaram critérios de classificação para AR, EA ou AP;
- IV. Aqueles que não responderam ao questionário de forma completa.

## 2.3 Variáveis em estudo

As variáveis foram recolhidas através de um questionário e do registo clínico.

Foram colhidos os seguintes dados:

- 1) Dados sociodemográficos:
  - I. Idade atual;
  - II. Sexo;
  - III. Língua;
  - IV. Estado Civil;
  - V. Nível de escolaridade;
  - VI. Situação laboral;
  - VII. Área geográfica de residência;
  - VIII. Distrito de residência;
  - IX. Meio de deslocação até ao centro de saúde (CS);
  - X. Meio de deslocação até ao hospital (H);
  - XI. Atribuição ou não de um médico de família (MGF atribuído).
  
- 2) Dados relativos ao processo de diagnóstico:
  - I. Idade do primeiro sintoma (Idade 1º Sintoma);
  - II. Data do primeiro sintoma;
  - III. Qual o primeiro sintoma (1º Sintoma);
  - IV. Tempo decorrido entre primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos;
  - V. Razão pela qual não procurou cuidados mais atempadamente (Procura tardia de CM);
  - VI. Razão pela qual procurou cuidados médicos (Procura CM);
  - VII. Que profissionais de saúde consultou antes da primeira consulta de reumatologia (PSC);
  - VIII. Número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia (Nº consultas);
  - IX. Recorreu ao particular/ privado (Privado);
  - X. Perceção de barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao consultar o MGF (Barreira MGF);
  - XI. Médico responsável pela referenciação à consulta de reumatologia;
  - XII. Data da referenciação à consulta de reumatologia;
  - XIII. Data da primeira consulta de reumatologia;
  - XIV. Data do diagnóstico;
  - XV. O diagnóstico.

- 3) Dados de Saúde:
  - I. DAS28-VS com 3 variáveis (DAS28-3V-VS) atual;
  - II. Velocidade de sedimentação (VS);
  - III. Número de articulações tumefactas (AT);
  - IV. Número de articulações dolorosas (AD).
  
- 4) Dados relacionados com o estado de saúde:
  - I. Questionário SF-36 (*Short Form Health Survey*).

## 2.4 Procedimento

Após a recolha de todas as variáveis de cada doente para uma tabela de Excel, com recurso ao questionário e ao processo clínico, foi calculado o DAS28-3V-VS, os valores do SF-36 e os tempos até ao diagnóstico. A população foi dividida em três grupos conforme os diagnósticos AR, EA e AP, que foram colhidos do processo clínico baseados nos critérios EULAR, ASAS e CASPAR respetivamente.

O tempo de diagnóstico foi definido pelo tempo decorrente do primeiro sintoma até à confirmação diagnóstica. Neste processo há várias etapas que podem condicionar a demora diagnóstica e, para se poder determinar onde estão as falhas, foram definidas diversas variáveis correspondentes a períodos onde pode ocorrer o atraso (*Lag*). A primeira etapa do percurso até ao diagnóstico representa o reconhecimento dos sintomas por parte do doente que possibilitará a procura de cuidados médicos de forma atempada. Seguidamente é necessário que haja o reconhecimento de sinais e sintomas de DRI por parte de outros médicos, principalmente dos médicos de família de modo a existir uma referência à consulta de reumatologia atempada. Terceiramente é essencial avaliar o tempo de resposta do sistema de saúde à referência, o que corresponde ao tempo de espera pela consulta. Finalmente, a última etapa do processo de diagnóstico corresponde à acuidade diagnóstica e ao diagnóstico precoce por parte dos médicos reumatologistas (1,7,13).

Portanto, as diversas “*Lag*” correspondem às diferentes etapas onde pode ocorrer o atraso:

- *Lag* 1 foi definida como o tempo decorrente do primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos.
- *Lag* 2 foi definida como o tempo decorrente do primeiro sintoma até à referência para a consulta de reumatologia.

- *Lag 3* foi definida como o tempo decorrente da referenciação até à primeira consulta de reumatologia.
- *Lag 4* foi definida como o tempo decorrente da primeira consulta de reumatologia até ao diagnóstico.
- *Lag 5* foi definida como o tempo de diagnóstico quando este foi feito na ULSG, o que corresponde à soma das *Lag 2, 3 e 4*.

Contudo, nem todos os doentes são diagnosticados na ULSG, surgindo então a necessidade de se criar uma *Lag 6*, definida como tempo de diagnóstico quando este foi feito fora da ULSG, nomeadamente num médico reumatologista privado ou noutra hospital.

Assim, a *Lag 7* define-se como o tempo total de diagnóstico, correspondente à *Lag 5* ou *Lag 6*.

A Figura 2 esquematiza as diferentes *Lag*.

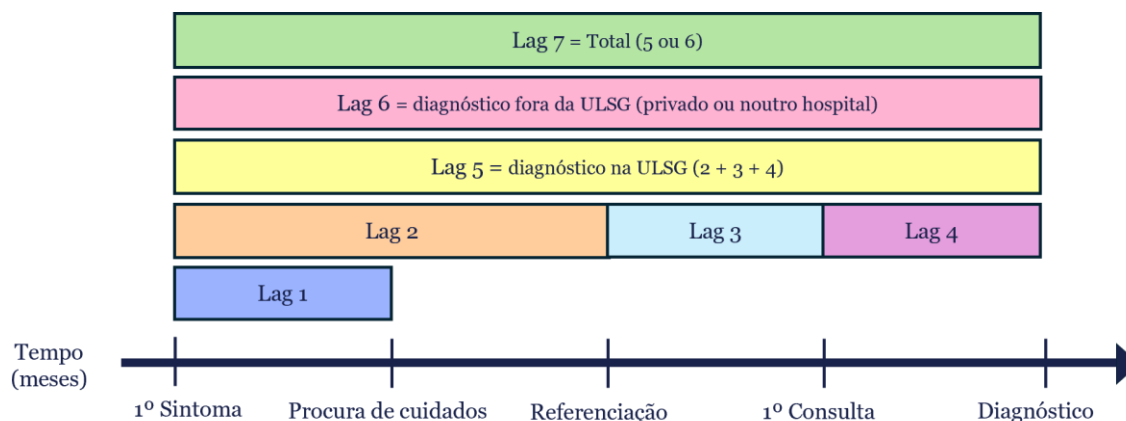


Figura 2 - Períodos que compõem o tempo de diagnóstico, em meses.

Para avaliar o impacto das doenças (AR, EA e AP) foram calculados os valores do questionário SF-36 com recurso ao [Reuma.pt](#). O *Short Form Health Survey* (SF-36), é um questionário preenchido pelo próprio doente, que tem como objetivo medir e avaliar o estado de saúde dos doentes e compará-los entre si. É composto por 36 questões, que se dividem em 8 dimensões em saúde. Utiliza uma escala de 0 a 100 para cada questão e para cada domínio, onde os extremos correspondem, respetivamente, ao pior e ao melhor estado de saúde possível (39–41).

A dimensão Capacidade Funcional destina-se a medir o impacto das limitações físicas na qualidade de vida, em situações do dia-a-dia, como tomar banho ou vestir-se, atividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas ou andar uma determinada distância até às atividades mais exigentes. As dimensões Aspetos Físicos e Aspetos Emocionais medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos ou emocionais, respetivamente, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo. A dimensão Dor Corporal mede a intensidade da dor, o desconforto causado por esta e a interferência com o trabalho normal. A dimensão Estado Geral de Saúde mede a perceção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável. A dimensão Vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. A dimensão Aspetos Sociais capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades. Finalmente, a dimensão Saúde Mental inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico (39,40,42).

Para avaliar o impacto do diagnóstico tardio na AR foi calculado o DAS28-VS com 3 variáveis (DAS28-3V-VS) com recurso a uma calculadora online. O *Disease Activity Score* para 28 articulações consiste num instrumento que mede de forma quantitativa a atividade da doença, através do número de articulações dolorosas (AD) e tumefactas (AT), o valor da VS e a avaliação da atividade global da doença por parte do doente. Neste estudo foram apenas utilizadas as 3 primeiras variáveis (AD, AT e VS) para calcular a escala de atividade da doença. Se forem obtidos valores inferiores a 2,6, a doença encontra-se em remissão; se os valores obtidos estiverem entre 2,6 e 3,2 a atividade da doença é baixa; já valores entre 3,3 e 5,1 correspondem a atividade da doença moderada e valores superiores a 5,1 a atividade da doença elevada (43).

A atividade da doença na EA e AP não foi avaliada uma vez que existem diversas escalas disponíveis, mas nenhuma delas era aplicada de forma consistente ou universal em todas as consultas.

## 2.5 Análise estatística

Os dados foram analisados no programa estatístico IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 29. Foi considerada significância estatística quando o valor de prova (*p-value*) foi inferior a 0,05.

Foram realizados testes descritivos e tabelas de frequências de forma a caracterizar a população.

Seguidamente, verificou-se se existia normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Smirnov e, por esta não se ter verificado, os dados foram tratados com recurso a testes não paramétricos. Realizaram-se os testes: Correlação de Spearman, Teste de Kruskal Wallis (com os testes de comparações múltiplas relativos), Teste de Mann-Whitney U e o Teste Exato de Fisher para compreender as correlações existentes entre as diversas variáveis e a conhecer as relações estatisticamente significativas. Desta forma foi possível determinar os fatores que influenciaram o tempo de diagnóstico, fazer a comparação entre as diversas doenças, conhecer os fatores que se relacionaram com o estado de saúde (SF-36) e o impacto do diagnóstico tardio no estado de saúde (SF-36) e na atividade da doença dos doentes com AR (DAS28-3V-VS).

## 3. Resultados

### 3.1 Caracterização sociodemográfica

Foram recolhidos 100 questionários que obedeciam aos três critérios de inclusão supramencionados, contudo excluíram-se 7 por responderem de forma incompleta ao questionário (Figura 3).

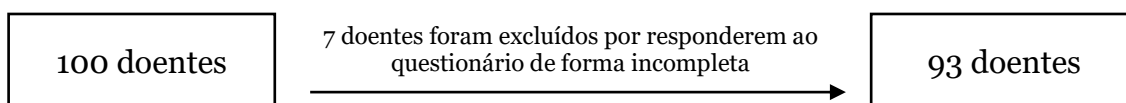


Figura 3 - Dimensão da amostra, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão

A amostra é composta por 93 doentes, dos quais 52,7% têm diagnóstico de AR, 33,3% de EA e 14% de AP. A média de idades atual é de 56,74 anos com um desvio padrão (DP) de 13,69 anos, destacando-se predominância feminina (74,19%) (tabela 1).

Relativamente ao estado civil, a maior parte dos doentes é casado (68,8%), e quanto à situação laboral, 54,8% dos doentes estão empregados, 35,5% reformados, 4,3% desempregados e 3,2% de baixa médica. A maioria dos doentes (94,6%) reside no distrito da Guarda e 58,1% dos doentes vivem em áreas urbanas.

Em relação ao meio de deslocação até ao centro de saúde (CS), 77,4% utilizam transporte próprio, 12,9% vão a pé, 5,4% utilizam transporte público, 3,2% dependem do transporte do acompanhante, e 1,1% utilizam táxi. Na deslocação até ao hospital (H), 82,8% utilizam transporte próprio, 5,4% vão a pé ou dependem do transporte do acompanhante, 4,3% utilizam transporte público e 2,2% vão de táxi.

Atualmente 91,4% dos doentes tem médico de família (MGF) atribuído, não tendo sido possível verificar se tinham médico de família à data do primeiro sintoma.

Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis		N	%
Número de doentes		93	100%
DRI	AR	49	52,7%
	EA	31	33,3%
	AP	13	14%
Idade atual (anos)		56,74 +/- 13,69	
Sexo	Masculino	24	25,8%
	Feminino	69	74,19%
Estado Civil	Solteiro/a	14	15%
	Casado/a	64	68,8%
	Divorciado/a	6	6,5%
	Viúvo/a	9	9,7%
Nível de Escolaridade	Menor que o 1º ciclo	7	7,5%
	1º ciclo	16	17,2%
	2º ciclo	10	10,8%
	3º ciclo	17	18,3%
	Ensino secundário	27	29%
	Ensino superior	16	17,2%
Situação Laboral	Empregado/a	51	54,8%
	Desempregado/a	4	4,3%
	Reformado/a	33	35,5%
	Baixa médica	3	3,2%
	Dona de casa	2	2,2%
Área geográfica de residência	Rural	39	41,9%
	Urbana	54	58,1%
Distrito de residência	Guarda	88	94,6%
	Outro	5	5,4%
Meio de deslocação CS	A pé	12	12,9%
	Meio de transporte próprio	72	77,4%
	Meio de transporte público	5	5,4%
	Táxi	1	1,1%

	Meio de transporte do/a acompanhante	3	3,2%
Meio de deslocação H	A pé	5	5,4%
	Meio de transporte próprio	77	82,8%
	Meio de transporte público	4	4,3%
	Táxi	2	2,2%
	Meio de transporte do/a acompanhante	5	5,4%
MGF atribuído	Sim	85	91,4%
	Não	8	8,6%
Idade 1º sintoma (anos)		42,13/- 14,94	

N: Frequência (número); DP: Desvio Padrão; DRI: Doença Reumática Inflamatória; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática; CS: Centro de Saúde; H: Hospital; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

### 3.2 Caminho percorrido até ao diagnóstico

O caminho até ao diagnóstico inicia-se na apresentação da doença. A maior parte dos doentes referiu dor à apresentação sintomática (88,2%), principalmente nos dedos das mãos e/ou pés (52,7%). A tumefação articular foi o sinal mais comum (40,9%). Outro tipo de sintomas como cansaço/ fadiga (28,4%) e perda de força (17,2%) também foram relatados como forma de apresentação das doenças (ver figura 4 e tabela 2).

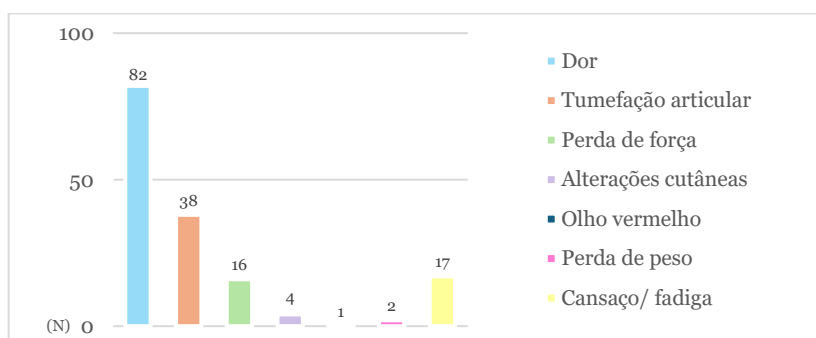


Figura 4 - Primeiros sinais e sintomas.  
N: Frequência (número).

Tabela 2 - Localização da dor à apresentação sintomática.

Localização da dor	N	%
Dedos das mãos e/ou pés	49	52,7%
Punhos e/ou tornozelos	11	11,8%
Ancas e/ou lombar	22	23,7%
Cotovelos e/ou joelhos	16	17,2%
Ombros	4	4,3%
Generalizada	6	6,5%

N: Frequência (número).

Após o aparecimento dos sinais e sintomas, é necessário o reconhecimento destes por parte dos doentes e a procura de cuidados médicos. *Lag 1* corresponde à demora na procura de cuidados médicos. 47,3% dos doentes procuraram cuidados nos primeiros 3 meses desde o início sintomático. 25,8% demoraram mais de um ano (figura 5).

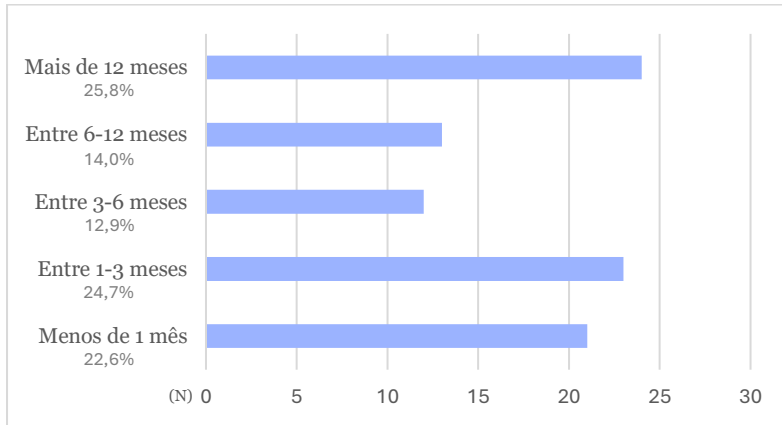


Figura 5 - *Lag 1* (tempo decorrido do primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos). N: Frequência (número).

Na figura 6, encontram-se representados os motivos que levaram à procura de cuidados médicos (CM) e as razões que levaram a uma procura de cuidados médicos tardia.



Figura 6 - Fatores, referidos pelos doentes, que motivaram e desmotivaram a procura de cuidados médicos (CM).

Houve, ainda, referência a outros motivos que favoreceram a procura tardia de CM como a relação da sintomatologia com o excesso de trabalho ou com as mudanças de temperatura, o que levou à sua desvalorização (figura 6).

Na busca de resposta à sintomatologia apresentada, os doentes recorreram a diversos profissionais de saúde. Na tabela 3 estão representados os profissionais de saúde consultados pelos doentes antes a primeira consulta de reumatologia (PSC), sendo que os MGF (84,9%), outros médicos especialistas não reumatologistas (MENR) (46,4%) e os médicos do serviço de urgência (SU) (19,4%) ocupam o pódio. Foi referida ainda a procura de ajuda e alívio sintomático em termas, endireitas e curandeiros (outros).

Tabela 3 – Profissionais de saúde consultados pelos doentes antes da primeira consulta de reumatologia.

PSC	N	%
MGF	79	84,9%
MENR	43	46,4%
Médico do SU	18	19,4%
Fisioterapeuta	11	11,8%
Farmacêutico	2	2,2%
Osteopata	3	3,2%
Outros	3	3,2%

N: Frequência (número); PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; SU: Serviço de Urgência

Diversas barreiras foram percecionadas no acesso aos cuidados de saúde primários pelos doentes, nomeadamente ao consultar o médico de família relativamente à sintomatologia relacionada com a DRI respetiva. Entre os doentes que relataram barreiras ao consultar o médico de família (41%), as principais foram: desvalorização da sintomatologia (53,1%) e prescrição de tratamento sintomático sem referenciação (31,1%) (figura 7).

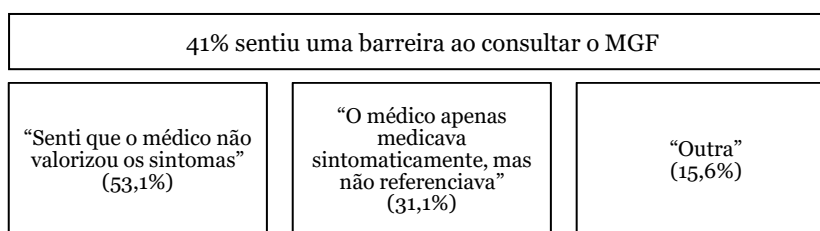


Figura 7 - Barreiras percecionadas pelos doentes no acesso aos cuidados de saúde primários. MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar

Outras barreiras também foram percebidas pelos doentes (15,6%), como a dificuldade em marcar uma consulta com o MGF, o elevado tempo de espera para esta e a referência para outros MENR erroneamente (figura 7).

Aproximadamente metade dos doentes (50,5%) referiu a necessidade de consultar um médico particular/privado.

45,2% dos doentes refere ter tido mais de 6 consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia (figura 8).

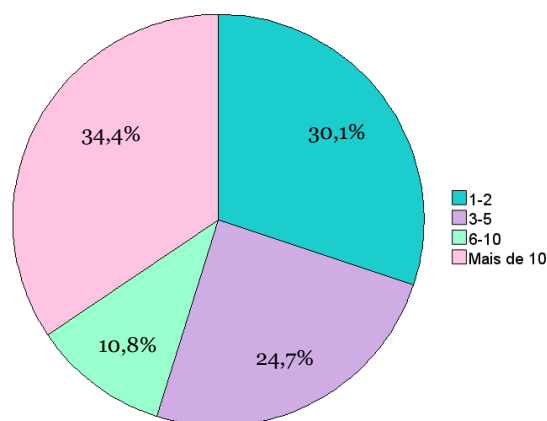


Figura 8 - Número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia.

Na figura 9 estão representados os médicos responsáveis pela referência dos doentes à consulta de reumatologia, sendo que a referência foi maioritariamente feita pelos MGF (45,2%), pelos médicos reumatologistas do particular/privado (30,1%) e por outros MENR (21,5%).

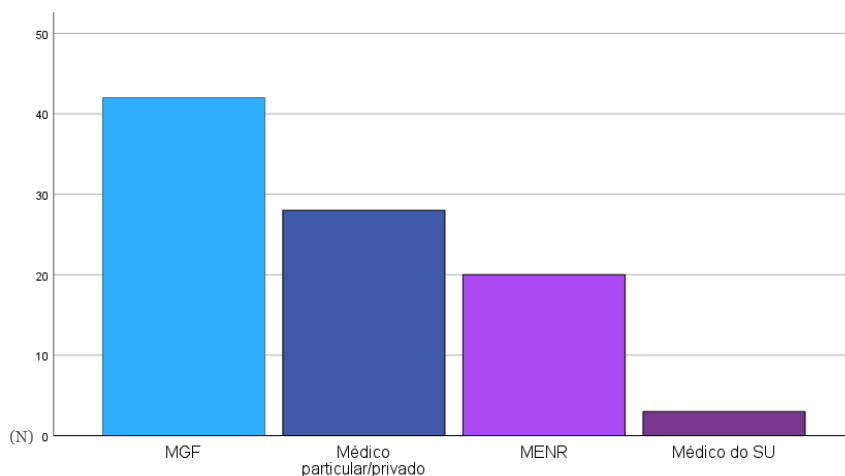


Figura 9 - Médicos responsáveis pela referência à consulta de reumatologia.  
N: Frequência (número); MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; MENR: Médico Especialista Não Reumatologista; SU: Serviço de Urgência.

### 3.3 Tempo de diagnóstico

Na figura 2, encontram-se representados os diversos períodos de tempo responsáveis pela demora diagnóstica.

68,8% dos doentes foi diagnosticado na ULSG (*Lag* 2, 3, 4 e 5) e 31,2% fora da ULSG (*Lag* 6), nomeadamente pelo médico reumatologista privado (75,9%) ou noutra hospital.

O tempo de diagnóstico total (*Lag* 7) médio foi de 90,72 meses, tendo sido mais demorado quando este foi feito na ULSG (*Lag* 5), com uma média de com 109,86 meses, em contraste com o tempo de diagnóstico fora da ULSG (*Lag* 6) de 47,07 meses. A etapa mais prolongada no processo de diagnóstico foi a *Lag* 2 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à referenciação para a consulta de reumatologia), com média de 91,44 meses, apresentando um valor máximo de 532 meses (tabela 4).

Tabela 4 – Tempos de diagnóstico (*Lag* 2, 3, 4, 5, 6 e 7), em meses.

<i>Lag</i>	Média +/- DP (meses)	Mínimo - Máximo (meses)
2	91,44 +/- 125,75	3 - 532
3	6,81 +/- 7,21	0 - 29
4	12,25 +/- 35,12	0 - 222
5	109,86 +/- 126,57	6 - 544
6	47,07 +/- 42,39	4 - 156
7	90,72 +/- 111,99	4 - 544

N: Frequência (número); DP: Desvio Padrão.

### 3.4 Fatores que influenciam o tempo de diagnóstico

#### a) Lag 1

Lag 1 corresponde ao período entre o primeiro sintoma e a procura de cuidados médicos.

Indivíduos que relataram que os sintomas pareciam ser graves, procuraram CM mais precocemente ( $p = <0,01$ ) (tabela 5 e tabela A.1 do apêndice 2). A apresentação sintomática com dor nos punhos e/ou tornozelos, também se associou a uma procura mais atempada ( $p = <0,05$ ).

Já a apresentação sintomática com dor generalizada e dor nas ancas e/ou lombar foram associadas a uma procura mais tardia ( $p = <0,05$ ). Adicionalmente, os doentes que procuraram cuidados médicos pela recomendação de familiares ou amigos ( $p = <0,01$ ) e os que consultaram o MGF ( $p = <0,01$ ) também referiram um maior atraso na procura de cuidados médicos (tabela 5 e tabela A.1 do apêndice 2).

Tabela 5 – Fatores que influenciam a Lag 1 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à procura de cuidados médicos).

Variáveis		N	M	p	
1º Sintoma - Dor	Punhos e/ou Tornozelos	Sim	11	29,73	<0,05
		Não	82	49,32	
	Ancas e/ou Lombar	Sim	22	57,32	<0,05
		Não	71	43,80	
	Generalizada	Sim	6	71,17	<0,05
		Não	87	45,33	
PSC	MGF	Sim	79	49,27	<0,01
		Não	14	34,18	
Procura de CM	“Os sintomas não passavam”		31	47,31	<0,01
	“Os sintomas pareciam ser graves”		12	27,41	
	“Os sintomas interferiam com o dia a dia e qualidade de vida”		45	49,26	
	“Os meus familiares/amigos estavam preocupados e recomendaram-me”		5	71,80	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; CM: Cuidados Médicos.

## b) Lag 2

Lag 2 foi definida como o tempo decorrente do primeiro sintoma até à referência para a consulta de reumatologia.

Doentes que têm um MGF atribuído atualmente ( $p = <0,01$ ) foram associados a menor tempo de referência (tabela 7).

Fatores como um maior número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = 0,479$ ,  $p <0,01$ ) e a idade mais jovem à data do primeiro sintoma ( $\rho = -0,419$ ,  $p <0,01$ ) correlacionaram-se com um maior atraso na referência (tabela 6). Doentes que consultaram médicos do SU ou outros MENR antes da primeira consulta de reumatologia também apresentaram atraso na referência ( $p = <0,05$ ).

É de notar que doentes que sentiram uma barreira ao consultar o MGF foram referenciados tardiamente à consulta de reumatologia ( $p = <0,05$ ) (tabela 7).

Tabela 6 – Fatores que se correlacionam com a Lag 2.

Variáveis	$\rho$	$p$
Nº Consultas	0,479	<0,01
Idade 1º Sintoma	-0,419	<0,01

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ :  $p$ -value.

Tabela 7 – Fatores que influenciam a Lag 2 (tempo decorrente do primeiro sintoma até à referência para a consulta de reumatologia).

Variáveis		N	M	$p$	
MGF atribuído	Sim	60	30,83	<0,01	
	Não	4	57,50		
PSC	MENR	Sim	43	38,50	<0,05
		Não	50		
	Médico do SU	Sim	13	42,35	<0,05
		Não	51	29,99	
Barreira MGF	Sim	21	33,14	<0,05	
	Não	32	22,97		

N: Frequência (número); M: Média dos postos;  $p$ :  $p$ -value; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MENR: Médico Especialista Não Reumatologista; SU: Serviço de Urgência.

### c) Lag 3

Lag 3 refere-se ao tempo de espera para a primeira consulta de reumatologia após a referência.

Doentes que consultaram outros MENR antes da primeira consulta de reumatologia apresentaram menor tempo de espera para a consulta de reumatologia ( $p = <0,05$ ).

Indivíduos cujo primeiro sintoma foi perda de força e aqueles que consultaram o MGF antes da primeira consulta de reumatologia foram associados a uma maior demora entre a referência e a primeira consulta de reumatologia ( $p = <0,05$ ) (tabela 8).

Tabela 8 – Fatores que influenciam a Lag 3 (tempo decorrente da referência até à primeira consulta de reumatologia).

Variáveis			N	M	p
1º Sintoma	Perda de Força	Sim	11	42,45	<0,05
		Não	53	30,43	
PSC	MGF	Sim	54	34,84	<0,05
		Não	10	19,85	
	MENR	Sim	29	27,53	<0,05
		Não	35	36,69	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; MENR: Médico Especialista Não Reumatologista.

### d) Lag 4

Lag 4 foi definida como o tempo decorrente da primeira consulta de reumatologia até ao diagnóstico.

Doentes que consultaram o MGF antes da primeira consulta de reumatologia associaram-se com a demora entre a primeira consulta de reumatologia e o diagnóstico ( $p = <0,05$ ) (tabela 9).

Tabela 9 – Fatores que influenciam a Lag 4 (tempo decorrente da primeira consulta de reumatologia até ao diagnóstico).

Variáveis			N	M	p
PSC	MGF	Sim	54	34,88	<0,05
		Não	10	19,65	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

### e) *Lag 5*

*Lag 5* foi definida como o tempo de diagnóstico quando este é feito na ULSG.

Os doentes que foram diagnosticados na ULSG com AR apresentaram um menor tempo de diagnóstico quando comparados com AP ( $p = <0,05$ ) (tabela 11 e tabela A.2 do apêndice 2). Indivíduos do sexo masculino ( $p = <0,05$ ), doentes sem MGF atribuído atualmente ( $p = <0,01$ ) e aqueles que apresentaram idade mais jovem ao primeiro sintoma ( $\rho = -0,319$ ,  $p = <0,01$ ) foram diagnosticados mais tardiamente na ULSG. Adicionalmente, aqueles que recorreram a um maior número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = 0,562$ ,  $p <0,01$ ) e os que tiveram um maior atraso na referência ( $\rho = 0,875$ ,  $p <0,01$ ) correlacionaram-se fortemente a um maior atraso no diagnóstico na ULSG (ver tabela 10 e 11).

É de notar que doentes que sentiram uma barreira ao consultar o MGF foram aqueles que apresentaram um maior atraso de diagnóstico na ULSG ( $p = <0,05$ ) (tabela 11).

Tabela 10 – Fatores que se correlacionam com a *Lag 5* (tempo de diagnóstico na ULSG).

Variáveis	$\rho$	$p$
<i>Lag 2</i>	0,875	<0,01
Nº consultas	0,562	<0,01
Idade 1º sintoma	- 0,319	<0,01

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ : *p-value*.

Tabela 11 – Fatores que influenciam a *Lag 5* (tempo de diagnóstico na ULSG).

Variáveis		N	M	$p$	
DRI	AR	29	27,16	<0,05	
	EA	24	24,26		
	AP	11	45,55		
Sexo	Masculino	18	41,25	<0,05	
	Feminino	47	29,84		
MGF atribuído	Sim	60	30,83	<0,01	
	Não	4	57,50		
PSC	MENR	Sim	29	38,07	<0,05
		Não	35	27,89	
	Médico SU	Sim	13	44,65	<0,01
		Não	51	29,40	

	Osteopata	Sim	3	55,33	<0,05
		Não	61	31,38	
Barreira MGF		Sim	21	33,31	<0,05
		Não	32	22,86	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; *p*: *p-value*; DRI: Doença Reumática Inflamatória; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MENR: Médico Especialista Não Reumatologista.

### f) Lag 6

Lag 6 foi definida como o tempo de diagnóstico quando este foi feito fora da USLG (reumatologista privado ou noutra hospital).

Doentes que se apresentaram sintomaticamente com dor nos cotovelos ou joelhos ( $p = <0,05$ ) e que consultaram o fisioterapeuta antes da primeira consulta de reumatologia ( $p = <0,05$ ), foram diagnosticados mais cedo fora da USLG (tabela 12).

Indivíduos que utilizam transporte público para CS e doentes que sentiram uma barreira ao consultar o MGF apresentaram um maior atraso no diagnóstico ( $p = <0,05$ ) (ver tabela 12 e tabela A.3 do apêndice 2).

Tabela 12 – Fatores que influenciam a Lag 6 (tempo de diagnóstico fora da USLG).

Variáveis		N	M	<i>p</i>
Estado Civil	Solteiro/a	2	26,25	<0,05
	Casado/a	21	16,14	
	Divorciado/a	2	4,50	
	Viúvo/a	4	8,63	
Meio de deslocação CS	A pé	3	5,83	<0,05
	Transporte próprio	23	23	
	Transporte público	2	27,75	
	Transporte do/a acompanhante	1	13,00	
1º sintoma	Dor nos Cotovelos e/ou Joelhos	Sim	5	<0,05
		Não	24	
PSC	Fisioterapeuta	Sim	3	<0,05
		Não	26	

Barreira MGF	Sim	11	17,00	<0,05
	Não	14	9,86	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; *p*: *p-value*; CS: Centro de Saúde; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

### g) Lag 7

Lag 7, definida como o tempo total de diagnóstico, corresponde à Lag 5 ou Lag 6.

Doentes com o diagnóstico de AR ( $p = <0,05$ ) e aqueles cujo primeiro sintoma foi tumefação articular ( $p = <0,01$ ), associaram-se a um tempo total de diagnóstico menor (tabela 14 e tabela A.4 do apêndice 2).

Múltiplos foram os fatores que contribuíram para uma maior demora diagnóstica: diagnóstico de AP e EA ( $p = <0,05$ ); apresentação sintomática em idade mais jovem ( $\rho = -0,273$ ,  $p = <0,01$ ); utilizar o transporte público ou o táxi como meio de deslocação para o CS, ausência de MGF atribuído ( $p = <0,05$ ); maior número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = 0,420$ ,  $p = <0,01$ ); consultar médicos do SU, outros MENR e osteopatas ( $p = <0,05$ ) antes da primeira consulta de reumatologia (ver tabela 13, 14 e tabela A.4 do apêndice 2).

De todos os períodos, o período Lag 2 (tempo entre o primeiro sintoma e a referenciação à consulta de reumatologia) foi aquele que teve o maior impacto no tempo de diagnóstico total, contribuindo para a demora diagnóstica ( $\rho = 0,874$ ,  $p = <0,01$ ) (tabela 13).

Tabela 13 – Fatores que se correlacionam com a Lag 7 (tempo de diagnóstico total).

Variáveis	$\rho$	<i>p</i>
Lag 2	0,874	<0,01
Nº consultas	0,420	<0,01
Idade 1º Sintoma	-0,273	<0,01

$\rho$ : Correlação de Spearman; *p*: *p-value*.

Tabela 14 – Fatores que influenciam a Lag 7 (tempo de diagnóstico total).

Variáveis	N	M	<i>p</i>	
DRI	AR	49	39,62	<0,05
	EA	31	52,23	
	AP	13	62,35	

Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios

Meio de deslocação CS		A pé	12	31,04	<0,05
		Transporte próprio	72	46,91	
		Transporte público	5	69,40	
		Transporte do/a acompanhante	3	61,00	
		Táxi	1	91,00	
MGF atribuído		Sim	85	44,81	<0,05
		Não	8	70,25	
1º Sintoma	Tumefação articular	Sim	9	8,61	<0,01
		Não	20	17,88	
PSC	MENR	Sim	43	54,48	<0,05
		Não	50	40,57	
	Médico do SU	Sim	18	61,61	<0,05
		Não	75	43,49	
	Osteopata	Sim	3	83,00	<0,05
		Não	90	45,80	
Barreira MGF		Sim	32	48,47	<0,01
		Não	46	33,26	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; *p*: *p-value*; DRI: Doença Reumática Inflamatória; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática; CS: Centro de Saúde; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MENR: Médico Especialista Não Reumatologista; SU: Serviço de Urgência.

### 3.5 Comparação entre doenças

A amostra é composta por 49 doentes com AR, 31 com EA e 13 com AP, existindo uma predominância do sexo feminino nas doenças AR e EA. Doentes com EA iniciaram os sintomas com uma idade mais jovem (33,29 anos), contrastando com a idade do primeiro sintoma dos doentes com AR, 47,53 anos (tabela 15).

Indivíduos com EA foram aqueles que demoraram mais tempo a ser referenciados (129,79 meses), contudo foram os doentes com AP que apresentaram um maior tempo médio de diagnóstico (127,77 meses), apesar de terem sido aqueles que procuraram cuidados mais atempadamente (38,5% no primeiro mês) (tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização sociodemográfica e tempos de diagnóstico por doença.

Variáveis		Média +/- DP ou N (%)		
		AR	EA	AP
Nº de doentes		49	31	13
Idade atual (anos)		61,00 +/- 13,87	49,97 +/- 14,42	56,85 +/- 7,85
Sexo	Masculino	9 (18,4%)	8 (25,8%)	7 (53,8%)
	Feminino	40 (81,6%)	23 (74,2%)	6 (46,2%)
Idade 1º sintoma (anos)		47,53 +/- 13,55	33,29 +/- 14,31	42,85 +/- 10,49
Lag 1	Menos de 1 mês	11 (22,4%)	5 (16,1%)	5 (38,5%)
	Entre 1-3 meses	14 (28,6%)	7 (22,6%)	2 (15,5%)
	Entre 3-6 meses	5 (10,2%)	6 (19,4%)	1 (7,7%)
	Entre 6-12 meses	6 (12,2%)	5 (16,1%)	2 (15,4%)
	Mais de 12 meses	13 (26,5%)	8 (25,8%)	3 (23,1%)
Lag 2 (meses)		53,17 +/- 69,98	129,79 +/- 172,38	108,64 +/- 97,52
Lag 3 (meses)		7,07 +/- 6,46	4,58 +/- 5,68	11,00 +/- 10,25
Lag 4 (meses)		13,38 +/- 31,50	3,67 +/- 4,81	28 +/- 18,50
Lag 5 (meses)		68,77 +/- 81,37	138,04 +/- 171,85	147,64 +/- 91,13
Lag 6 (meses)		39,70 +/- 34,08	76,29 +/- 56,00	18,50 +/- 7,78
Lag 7 (meses)		59,78 +/- 68,29	124,10 +/- 154,85	127,77 +/- 96,32

N: Frequência (número); DP: Desvio Padrão; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática.

Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico na ULSG (*Lag 5*) e o total (*Lag 7*) da AR relativamente a EA e AP, sendo que a AR relatou um menor atraso ( $p = <0,05$ ). Também foi encontrada uma diferença significativa entre as idades ao primeiro sintoma ( $p = <0,01$ ): os doentes com EA apresentaram sintomas em idade mais jovem, contrastando com aqueles que tinham AR (tabela 16 e tabela A.5 do apêndice 2).

Tabela 16 - Comparação entre as diferentes DRI (Doenças Reumáticas Inflamatórias).

Variáveis			N	M	p
<i>Lag 5</i>	AR		29	27,16	<0,05
	EA		25	24,26	
	AP		11	45,55	
<i>Lag 7</i>	AR		49	39,62	<0,05
	EA		31	52,23	
	AP		13	62,35	
Idade Atual	AR		49	50,46	<0,01
	EA		31	40,18	
	AP		13	44,08	
Idade 1º sintoma	AR		49	57,05	<0,01
	EA		31	31,11	
	AP		13	47,00	
Sexo	Masculino		AR	9	<0,05
			EA	8	
			AP	7	
	Feminino		AR	40	
			EA	23	
			AP	6	
1º Sintoma - Dor	Dedos das mãos e/ou pés	Sim	AR	33	<0,01
			EA	8	
			AP	8	
		Não	AR	16	
			EA	23	
			AP	5	
	Ancas e/ou lombar	Sim	AR	3	<0,01
			EA	18	
			AP	1	
		Não	AR	46	
			EA	13	
			AP	12	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática.

### 3.6 Outcome

#### a) Impacto no estado de saúde

O impacto no estado de saúde foi medido através do questionário SF-36.

Relativamente aos valores relatados nos vários domínios do questionário SF-36, os domínios Dor corporal e Estado Geral de Saúde foram aqueles que se associaram aos piores valores (43,73 e 33,99, respetivamente). Os doentes com AR relataram os melhores valores no domínio Dor Corporal, mas os piores valores no Estado Geral de Saúde, contrastado com os doentes com AP, que foram o seu oposto. Já os domínios Aspetos Sociais e Aspetos Emocionais foram os que se associaram a valores mais elevados (60,54 e 56,90, respetivamente) realçando-se os doentes com AR com os melhores valores e os com EA com piores (tabela 17).

Tabela 17 – Comparação dos valores médios dos 8 domínios do questionário SF-36 obtidos nas diversas doenças (AR, EA e AP).

Domínio SF-36	Média +/- DP			Total (DRI)
	AR	EA	AP	
Capacidade Funcional	52,65 +/- 26,52	53,55 +/- 27,00	54,62 +/- 24,19	53,23 +/- 26,10
Aspetos Físicos	48,13 +/- 29,67	50,60 +/- 21,31	41,35 +/- 25,71	48,01 +/- 26,50
Dor Corporal	45,04 +/- 22,02	43,48 +/- 16,83	39,54 +/- 18,55	43,75 +/- 19,84
Estado Geral de Saúde	32,88 +/- 16,75	34,06 +/- 13,36	38,00 +/- 21,22	33,99 +/- 16,31
Vitalidade	50,77 +/- 15,12	49,58 +/- 12,28	49,04 +/- 11,08	50,13 +/- 13,60
Aspetos Sociais	63,11 +/- 28,78	56,05 +/- 22,33	61,54 +/- 29,07	60,54 +/- 26,75
Aspetos Emocionais	60,20 +/- 29,43	50,54 +/- 30,43	59,62 +/- 31,52	56,90 +/- 30,06
Saúde Mental	54,52 +/- 23,60	55,69 +/- 22,25	55,77 +/- 19,98	55,08 +/- 22,46

DP: Desvio Padrão; DRI: Doença Reumática Inflamatória; AR: Artrite Reumatoide; EA: Espondiloartrite; AP: Artrite Psoriática.

### Capacidade Funcional

Demonstrou-se uma correlação negativa entre o tempo de diagnóstico na ULSG e o domínio Capacidade Funcional ( $\rho = -0,250$ ,  $p = <0,05$ ), sendo que os doentes que tiveram um maior atraso de diagnóstico relataram valores mais baixos de Capacidade Funcional.

Outros fatores como a maior idade atual ( $\rho = -0,329$ ,  $p = < 0,01$ ), ser viúvo/a ( $p = < 0,01$ ) e depender de acompanhante para o transporte para o CS e H ( $p = <0,01$ ) relacionaram-se com valores mais baixos de Capacidade Funcional. Adicionalmente, doentes que se apresentaram com alterações cutâneas como sinal inicial ( $p = <0,05$ ) e que tiveram mais consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = -0,244$ ,  $p = <0,05$ ) também relataram piores valores (tabela 18, 19 e tabela A.6 do apêndice 2).

Tabela 18- Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 - Capacidade Funcional.

Variáveis	$\rho$	$p$
Lag 5	-0,250	<0,05
Idade atual	-0,329	<0,01
Nº consultas	-0,244	<0,05

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ :  $p$ -value.

Tabela 19 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 - Capacidade Funcional.

Variáveis		N	M	$p$
Estado Civil	Solteiro/a	14	51,14	<0,01
	Casado/a	64	48,54	
	Divorciado/a	6	63,83	
	Viúvo/a	9	18,39	
Situação Laboral	Empregado/a	51	52,22	<0,01
	Desempregado/a	4	46,35	
	Reformado/a	33	32,68	
	Baixa Médica	3	38,50	
	Dono/a de casa	2	62,50	
Meio de deslocação CS	A pé	12	44,25	<0,01
	Transporte próprio	72	51,22	
	Transporte público	5	24,60	
	Transporte do/a acompanhante	3	8,33	
	Táxi	1	4,00	

Meio de deslocação H	A pé	5	45,10	<0,01
	Transporte próprio	77	51,79	
	Transporte público	4	23,63	
	Transporte do/a acompanhante	5	27,20	
	Táxi	2	27,25	
1º sintoma – Alterações cutâneas	Sim	4	13,63	<0,05
	Não	89	48,50	
PSC – Outros (termas, endireitas, curandeiros)	Sim	3	12,67	<0,05
	Não	90	48,14	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; *p*: *p-value*; CS: Centro de Saúde; H: Hospital; PSC: Profissionais de Saúde Consultados.

### Aspetos Físicos

Ser mais velho ( $\rho = -0,394$ ,  $p = <0,01$ ), iniciar os sintomas com idade avançada ( $\rho = -0,265$ ,  $p = <0,01$ ) e ter um maior número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = -0,302$ ,  $p = <0,01$ ) correlacionaram-se com valores mais baixos nos Aspetos Físicos. Em contraste, doentes que têm um maior nível de escolaridade ( $\rho = 0,270$ ,  $p = <0,01$ ) e que não sentiram barreira na consulta do MGF ( $p = <0,05$ ) relataram melhores valores neste domínio (tabela 20, 21 e tabela A.7 do apêndice 2).

Tabela 20 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 - Aspetos Físicos.

Variáveis	$\rho$	<i>p</i>
Idade atual	-0,394	<0,01
Escolaridade	0,270	<0,01
Nº consultas	-0,302	<0,01
Idade 1º sintoma	-0,265	<0,01

$\rho$ : Correlação de Spearman; *p*: *p-value*.

Tabela 21 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 - Aspetos Físicos.

Variáveis	N	M	<i>p</i>	
Situação Laboral	Empregado/a	51	57,69	<0,01
	Desempregado/a	4	40,75	
	Reformado/a	33	32,27	
	Baixa Médica	3	20,33	

	Dono/a de casa	2	70,00	
Procura tardia de CM	“Achei que ia passar”	46	42,24	<0,05
	“Não sabia que podia ser uma doença”	14	30,93	
	“Não tinha transporte”	4	14,38	
	“Relacionei com o avançar da idade”	2	12,25	
	Outro	6	28,33	
1º sintoma – Dor	Sim	82	49,02	<0,05
	Não	11	31,91	
PSC – MGF	Sim	79	44,42	<0,05
	Não	14	50,25	
Barreira MGF	Sim	32	32,59	<0,05
	Não	46	44,30	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; *p*: *p-value*; CM: Cuidados Médicos; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

### Dor Corporal

Doentes que apresentaram um atraso na referenciação à consulta de reumatologia e uma maior demora diagnóstica, tanto na ULSG como total, ( $\rho = -0,252$ ,  $\rho = -0,261$ ,  $\rho = -0,252$  e  $p = <0,05$ ) relataram valores mais baixos na dimensão da Dor Corporal (tabela 22).

Outros fatores como ter um maior número de consultas com outros médicos antes da primeira consulta de reumatologia ( $\rho = -0,237$ ,  $p = <0,05$ ), não reconhecer que os sintomas podem ser uma doença e ser viúvo também se relacionaram com piores valores neste domínio ( $p = <0,01$ ). Já indivíduos que consultaram o osteopata antes da primeira consulta de reumatologia ( $p = <0,01$ ) e se deslocam para o CS e H de transporte próprio ( $p = <0,05$ ) relataram melhores valores (tabela 22, 23 e tabela A.8 do apêndice 2).

Tabela 22 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Dor corporal.

Variáveis	$\rho$	<i>p</i>
Lag 2	-0,252	<0,05
Lag 5	-0,261	<0,05
Lag 7	-0,252	<0,05
Nº consultas	-0,237	<0,05

$\rho$ : Correlação de Spearman; *p*: *p-value*.

Tabela 23 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Dor Corporal.

Variáveis		N	M	p
Estado Civil	Solteiro/a	14	46,14	<0,01
	Casado/a	64	49,41	
	Divorciado/a	6	45,08	
	Viúvo/a	9	32,44	
Meio de deslocação CS	A pé	12	52,88	<0,05
	Transporte próprio	72	49,38	
	Transporte público	5	24,40	
	Transporte do/a acompanhante	3	14,83	
	Táxi	1	14,50	
Meio de deslocação H	A pé	5	44,10	<0,05
	Transporte próprio	77	50,36	
	Transporte público	4	42,25	
	Transporte do/a acompanhante	5	16,80	
	Táxi	2	9,75	
Procura tardia de CM	“Achei que ia passar”	46	40,48	<0,01
	“Não sabia que podia ser uma doença”	14	23,32	
	“Não tinha transporte”	4	31,75	
	“Relacionei com o avançar da idade”	2	15,00	
	Outro	6	46,33	
PSC – Osteopata	Sim	3	78,00	<0,05
	Não	90	45,80	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; CM: Cuidados Médicos; PSC: Profissionais de Saúde Consultados.

### Estado Geral de Saúde

Foi observado apenas um fator que se relacionou com os valores relatados no domínio “Estado Geral de Saúde”. Doentes que apresentavam dor nos cotovelos e/ou joelhos como primeiro sintoma obtiveram piores valores ( $p = <0,05$ ). (tabela 24)

Tabela 24 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Estado Geral de Saúde.

Variáveis		N	M	p
1º sintoma – Dor nos cotovelos e/ou joelhos	Sim	16	34,91	<0,05
	Não	77	49,51	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value.

### Vitalidade

Os níveis de vitalidade foram influenciados pelo tempo entre a referência e a primeira consulta de reumatologia, *Lag 3* ( $\rho = -0,248$ ,  $p = <0,05$ ) (tabela 25).

Doentes do sexo masculino e aqueles que não consultaram o médico de família apresentaram maiores níveis de vitalidade ( $p = <0,05$ ) (tabela 26).

Tabela 25 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Vitalidade.

Variáveis	$\rho$	p
<i>Lag 3</i>	-0,248	<0,05

$\rho$ : Correlação de Spearman; p: p-value.

Tabela 26 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Vitalidade.

Variáveis		N	M	p
Sexo	Masculino	24	56,81	<0,05
	Feminino	69	43,59	
PSC - MGF	Sim	79	49,89	<0,05
	Não	14	53,29	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

### Aspetos Sociais

Níveis mais baixos foram correlacionados com uma maior demora entre a primeira consulta de reumatologia e o diagnóstico, *Lag 4* ( $\rho = -0,322$ ,  $p = <0,01$ ) (tabela 27).

Doentes que se apresentaram sintomaticamente com dor nos dedos das mãos/pés relataram melhores valores ( $p = <0,01$ ) (tabela 28).

Tabela 27 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Aspectos Sociais.

Variáveis	$\rho$	$p$
Lag 4	-0,322	<0,01

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ :  $p$ -value.

Tabela 28 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Sociais.

Variáveis	N	M	$p$	
1º Sintoma – Dor nos Dedos das Mãos e/ou Pés	Sim	49	54,07	<0,01
	Não	44	39,13	
PSC – Outros (termas, endireitas, curandeiros)	Sim	3	16,00	<0,05
	Não	90	48,03	

N: Frequência (número); M: Média dos postos;  $p$ :  $p$ -value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados.

### Aspectos Emocionais

Doentes mais velhos ( $\rho = -0,261$ ,  $p = <0,05$ ), reformados e que se deslocam para o H de transporte público ( $p = <0,01$ ) relataram piores valores neste domínio (tabela 29, 30 e tabela A.9 do apêndice 2).

Tabela 29 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais.

Variáveis	$\rho$	$p$
Idade atual	-0,261	<0,05

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ :  $p$ -value.

Tabela 30 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais.

Variáveis	N	M	$p$	
Situação Laboral	Empregado/a	51	54,18	<0,05
	Desempregado/a	4	37,88	
	Reformado/a	33	37,17	
	Baixa Médica	3	33,17	
	Dono/a de casa	2	65,25	
Meio de deslocação H	A pé	5	48,10	<0,01
	Transporte próprio	77	51,00	
	Transporte público	4	10,25	
	Transporte do/a acompanhante	5	42,90	
	Táxi	2	46,00	
PSC – MGF	Sim	79	44,55	<0,05
	Não	14	59,80	

N: Frequência (número); M: Média dos postos;  $p$ :  $p$ -value; H: hospital; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.

## Saúde Mental

Observou-se uma correlação negativa entre este domínio e os fatores: tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico (*Lag 4*) ( $\rho = -0,320$ ,  $p = <0,01$ ), tempo de diagnóstico total (*Lag 7*) ( $\rho = -0,210$ ,  $p = <0,05$ ) e idade atual ( $\rho = -0,206$ ,  $p = <0,05$ ) (tabela 31).

Doentes que tinham dor nos ombros como primeiro sintoma relataram níveis mais altos de Saúde Mental ( $p = <0,01$ ) (tabela 32).

Tabela 31 – Fatores que se correlacionam com o domínio do SF-36 – Saúde Mental.

Variáveis	$\rho$	$p$
<i>Lag 4</i>	-0,320	<0,01
<i>Lag 7</i>	-0,210	<0,05
Idade atual	-0,206	<0,05

$\rho$ : Correlação de Spearman;  $p$ : *p-value*.

Tabela 32 – Fatores que impactam o domínio do SF-36 – Aspectos Emocionais.

Variáveis	N	M	$p$
1º Sintoma – Dor nos Ombros	Sim	4	<0,01
	Não	89	

N: Frequência (número); M: Média dos postos;  $p$ : *p-value*.

Portanto, o atraso de diagnóstico (na ULSG ou total – *Lag 5* ou *7*, respetivamente) impactou negativamente a capacidade funcional, a saúde mental, e relacionou-se com maiores níveis dor corporal ( $p = <0,05$ ).

## b) Impacto na atividade da AR

O impacto na AR foi medido através do DAS28-3V-VS atual.

A média do DAS28-3V-VS foi 2,38 (DP = 1,03), o que indica que a maioria dos doentes se encontra em remissão da doença (figura 10).

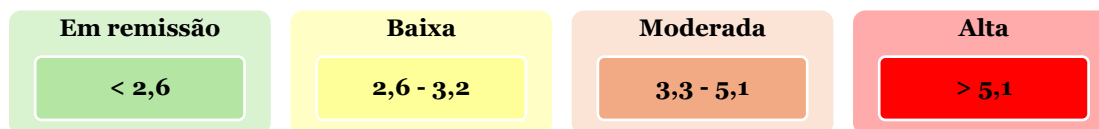


Figura 10 - Cut-offs do DAS28-3V-VS para caracterização da atividade da doença (43).

Não foi observada uma correlação estatisticamente significativa entre os tempos de diagnóstico e a atividade da doença.

Os únicos fatores que se relacionaram com maior atividade da doença foram: consultar o MGF antes da primeira consulta de reumatologia e residir em área rural ( $p = <0,05$ ) (tabela 33).

Tabela 33 – Fatores que impactam o DAS28-3V-VS.

Variáveis		N	M	p
PSC – MGF	Sim	44	26,57	<0,05
	Não	5	11,20	
Área geográfica de residência	Urbana	26	21,21	<0,05
	Rural	23	29,28	

N: Frequência (número); M: Média dos postos; p: p-value; PSC: Profissionais de Saúde Consultados; MGF: Médico de Medicina Geral e Familiar.



## 4. Discussão

Os resultados do estudo validaram as hipóteses colocadas inicialmente. Os atrasos de diagnóstico de DRI são multifatoriais e influenciados tanto por fatores relacionados com o doente como por fatores relativos ao sistema de saúde. O diagnóstico tardio teve efetivamente impacto no estado de saúde dos doentes.

### 4.1 Barreiras ao diagnóstico

O processo de diagnóstico iniciou-se com o reconhecimento da sintomatologia e procura de CM por parte dos doentes. 74,2% procuraram cuidados (*Lag 1*) no primeiro ano em que iniciaram os sinais e sintomas, contudo, o tempo médio entre o primeiro sintoma e a referência (*Lag 2*) foi de, aproximadamente, 7 anos e meio. Estes dados demonstram que o atraso na *Lag 2* ocorreu principalmente no período após a procura de CM, por falha no reconhecimento adequado da sintomatologia de DRI pelos médicos (15,21,22,29).

A maior parte dos doentes consultou o MGF quando procurou CM, mas 41% destes sentiu uma barreira, nomeadamente a desvalorização da sintomatologia e prescrição de tratamento sintomático sem referência. É de notar que muitos daqueles que relataram não sentir barreira afirmavam aquando da aplicação do questionário “coitado/a do médico, fez o que podia, eu é que era mesmo chato/a e estava sempre a queixar-me na consulta”. Os doentes hipervalorizaram o papel do médico, sem espaço para questionar as suas ações, e, portanto, culpabilizando-se por não obterem a resposta esperada. Segundo a literatura, doentes mais velhos e com menor literacia em saúde tendem a assumir um papel mais passivo na relação médico-doente, depositando toda a confiança nos profissionais de saúde para a tomada de decisões (44,45). Apenas 17,2% dos doentes da amostra deste estudo relataram um nível de escolaridade com ensino superior. Tal pode apontar para uma menor literacia e, conseqüentemente, para uma perceção paternalista da relação médico-doente. Provavelmente, com uma literacia em saúde adequada, a percentagem de doentes a sentir barreira seria mais elevada. Múltiplos estudos enfatizam, assim, a importância de uma relação médico-doente que envolva decisões de saúde partilhadas, principalmente nas doenças crónicas (44,45).

Apesar da maioria dos doentes ter consultado o MGF, apenas 45,2% foram referenciados por este, sendo que 30,1% foram referenciados por médicos reumatologistas privados e 21,5% por outros MENR. Curiosamente, alguns doentes referenciados pelo MGF relataram, no momento da aplicação do questionário, que o encaminhamento foi

realizado apenas após o médico receber uma carta de um reumatologista privado com a respetiva recomendação. Além disso, 3,2% recorreram ao SU para obterem acesso à consulta de reumatologia.

O atraso na referenciação na ULSG parece ser mais elevado que os atrasos referidos na literatura, o que está de acordo com o estudo português “SIARA”. Neste estudo, realizado entre 2012 e 2015, que oferecia ações de suporte à referenciação nos cuidados de saúde primários, o atraso na referenciação desde a procura de CM foi entre 1,75 e 2,92 anos na AR e entre 3,25 e 4,92 anos na EA axial (grupo com intervenção e grupo controlo, respetivamente). O estudo “EpiReumaPt”, também corrobora os achados, apontando para o tempo de diagnóstico elevado, particularmente devido à referenciação (14).

Os tempos de diagnóstico refletiram este percurso. A etapa mais demorada foi efetivamente a referenciação à consulta de reumatologia, o que contribuiu para um tempo médio de diagnóstico na ULSG (*Lag 5*) de 9 anos. Como consequência à resposta insuficiente e ineficiente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aproximadamente metade dos doentes recorreu ao setor privado antes da primeira consulta de reumatologia. A verdade é que, contrastando com os indivíduos diagnosticados na ULSG, aqueles que foram diagnosticados fora da ULSG (principalmente no privado, 75,9%) tiveram um tempo de diagnóstico mais curto (4 anos), provavelmente por não necessitarem de referenciação. Contrariamente ao que se pensava, o tempo de espera para a consulta de reumatologia após a referenciação não foi um fator preponderante para o aumento do tempo de diagnóstico.

Entre os fatores que contribuíram para o atraso de diagnóstico, realça-se a idade mais jovem ao primeiro sintoma, que tanto contribuiu para o maior tempo de diagnóstico como para uma referenciação tardia. Estudos indicam que, embora as DRI possam acometer indivíduos de qualquer idade, há uma perceção comum de que são condições mais prevalentes em indivíduos de idade mais avançada. Essa perceção pode levar à desvalorização dos sintomas em doentes mais jovens, resultando no diagnóstico tardio. Por outro lado, é nas idades mais jovens que o atraso pode ter um maior impacto, sendo de extrema importância a mudança desta perceção (26,34,35,46,47).

O primeiro sintoma relacionou-se tanto com a procura de CM como com o tempo de diagnóstico. A apresentação sintomática com dor generalizada e com dor nas ancas e/ou lombar foi associada a uma procura de CM tardia. Tal pode dever-se à relação destas com a vida quotidiana como o trabalho, a idade e até mesmo as mudanças climáticas (razões referidas pelos doentes que desmotivaram a procura de CM). Já aqueles que referiram

que a sintomatologia inicial era grave e apresentavam dor nos punhos e/ou tornozelos procuraram CM mais rapidamente. Adicionalmente, apresentar tumefação articular no início da doença relacionou-se com um diagnóstico mais atempado, uma vez que é um sinal de DRI, o que é mais objetivável e valorizável tanto pelo médico como pelo doente. No entanto, não foi observada relevância estatística em nenhum período de tempo específico do processo de diagnóstico.

Doentes que recorreram a um número mais elevado de profissionais de saúde antes da primeira consulta de reumatologia enfrentaram atrasos no diagnóstico. Esta associação, também relatada em outros estudos, pode explicar-se por os doentes não saberem a que médicos devem recorrer e à dificuldade de alguns profissionais em reconhecer manifestações iniciais de DRI (34,48). Essa situação pode ter levado a um maior número de PSC, em busca de resposta.

Fatores logísticos como utilizar o transporte público ou o táxi como meio de deslocação para o CS também contribuíram para o aumento do tempo de diagnóstico. Embora a literatura específica sobre o impacto do meio de transporte no atraso diagnóstico em DRI seja limitada, é plausível que dificuldades de acesso físico aos serviços de saúde retardem o diagnóstico, especialmente em áreas com infraestrutura de transporte deficiente (49).

Entre as doenças estudadas, a AP foi a que apresentou um maior atraso de diagnóstico apesar dos doentes com esta patologia terem procurado CM mais precocemente. Isto pode dever-se à ausência de biomarcadores e testes de diagnóstico específicos desta doença, à sua apresentação clínica diversificada e ao potencial de sobreposição da AP com outras condições (38,50).

A distribuição entre sexos por doença foi distinta: enquanto os doentes com AR e EA apresentaram maior predominância feminina, AP teve uma distribuição semelhante entre os sexos. Destaca-se ainda a menor eficiência no diagnóstico de mulheres com espondiloartrites, tendo apresentado um maior tempo de diagnóstico do que os homens. As EA são erroneamente menos reconhecidas nas mulheres devido a um viés de sexo na suspeição diagnóstica por parte dos médicos e à tendência de apresentação clínica diferente, com menos envolvimento axial radiográfico (8,32).

## **4.2 Impacto do diagnóstico tardio**

O atraso no diagnóstico de DRI impactou negativamente diversos aspetos do estado de saúde dos doentes (SF-36), incluindo a capacidade funcional, dor corporal e saúde mental. Para além do tempo de diagnóstico, as barreiras ao diagnóstico também influenciaram o estado de saúde. Já o impacto do diagnóstico tardio na atividade da AR (DAS28-3V-VS) foi limitado, não tendo sido demonstrada correlação com o tempo de diagnóstico. Isto pode dever-se ao facto desta condição ter sido a que apresentou o diagnóstico mais rápido assim como aos avanços terapêuticos que mitigaram complicações.

Estes resultados encontram suporte na literatura internacional. Diversos estudos destacam o impacto dos atrasos no diagnóstico na severidade das complicações clínicas, associando-se a pior qualidade de vida dos doentes e ao aumento dos custos em saúde devido ao tratamento tardio. Estudos portugueses, demonstram a importância do conhecimento das barreiras ao diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar na gestão das DRI (1,4,14,51).

## **4.3 Limitações e oportunidades**

Este estudo apresenta algumas limitações. Não foi possível determinar se as pessoas tinham um MGF atribuído à data do primeiro sintoma, o que poderia dar informação mais concreta sobre a sua influência no processo de diagnóstico. Adicionalmente, não foi analisado o impacto na atividade das EA e AP, o que forneceria dados mais robustos sobre o mesmo. Além disso, é necessário ter em conta a heterogeneidade da população, que apresenta diferentes idades e comorbilidades, o que influencia a resposta ao questionário SF-36 e subsequentemente os resultados obtidos relativos ao impacto no estado de saúde.

Outra limitação é a amostra pequena e restrita, não sendo representativa de outras regiões do país nem do panorama nacional. Porém, é também um ponto forte pois poucos são os estudos portugueses existentes sobre esta temática e que abordem especificidades locais, como a influência do sistema de saúde e das barreiras sociodemográficas e logísticas no tempo de diagnóstico. As necessidades de uma população do interior de Portugal como a Guarda, mais envelhecida e com menor nível de escolaridade, não são as mesmas que as de grandes cidades como Lisboa ou Porto (52).

Este cenário destaca a necessidade de aplicação de estratégias dirigidas na ULSG, que incluam educação para saúde dos doentes e formação contínua dos profissionais de saúde de forma a reconhecer sinais e sintomas de DRI. É também necessária uma redefinição das estratégias de referenciação de forma reduzir o seu atraso, a melhorar os pedidos de referenciação e a contribuir para a acuidade da triagem para a consulta de reumatologia. Fortalecer a integração entre cuidados primários e secundários também pode reduzir barreiras logísticas e facilitar o acesso ao diagnóstico precoce.

Recomenda-se a repetição deste estudo após a aplicação das medidas sugeridas de modo a avaliar se obtiveram o impacto esperado. Sugere-se ainda a realização de estudos multicêntricos para obter uma visão mais abrangente das barreiras ao diagnóstico precoce e possibilitar intervenções mais eficazes a nível nacional e internacional.

#### **4.4 Conclusão**

Este estudo demonstra que o diagnóstico atempado das DRI é um grande desafio, com impacto direto no estado de saúde e qualidade de vida dos doentes. Os fatores que contribuem para esse atraso incluem diversas barreiras como dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários, recorrer a um maior número de consultas antes da primeira consulta de reumatologia, apresentar uma idade mais jovem ao primeiro sintoma, ter EA ou AP e o meio de deslocação para o CS. De facto, a referenciação tardia foi o maior obstáculo ao diagnóstico atempado.

Assim, é imperativa a necessidade de melhorar o reconhecimento de sinais e sintomas de DRI por parte dos profissionais de saúde e da implementação de estratégias de referenciação eficazes, tanto nos cuidados de saúde primários como nos secundários.



## Referências Bibliográficas

1. Fonseca JE, Pereira da Silva JA, Bernardes M, Cernadas R, Canas da Silva J, Costa L, et al. Effectiveness of a referral program for rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis diagnosis at primary care centers in Portugal – SIARA STUDY. *Acta Reumatol Port* [Internet]. 2018;43(1):40–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.2380>
2. Laires PA, Gouveia M, Canhão H, Branco JC. The economic impact of early retirement attributed to rheumatic diseases: results from a nationwide population-based epidemiologic study. *Public Health* [Internet]. 2016;140(August):151–62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.07.004>
3. Goldblatt F, O'Neill SG. Clinical aspects of autoimmune rheumatic diseases. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9894):797–808. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61499-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61499-3)
4. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open* [Internet]. 2016;2(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
5. Klareskog L, Gregersen PK, Huizinga TWJ. Prevention of autoimmune rheumatic disease: State of the art and future perspectives. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2010;69(12):2062–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ard.2010.142109>
6. Sharif K, Watad A, Bragazzi NL, Lichtbroun M, Amital H, Shoenfeld Y. Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2018;17(1):53–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2017.11.010>
7. Javaid U, Mahmud TH, Rasheed A, Javaid AUR, Riaz S, Zohaib A. Factors Leading to Diagnostic and Therapeutic Delay of Rheumatoid Arthritis and Their Impact on Disease Outcome. *Cureus* [Internet]. 2023;15(1):1–7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9982193/>
8. Barnett R, Gaffney K, Sengupta R. Diagnostic delay in axial spondylarthritis: A lost battle? *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2023;37(3):101870. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2023.101870>

9. Corbacho MI, Dapuetto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Bras J Rheumatol* [Internet]. 2010;50(1):31–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042010000100004>
10. AMBOSS Library. Rheumatoid arthritis [Internet]. 2024 [citado 17 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://amboss.com/>
11. AMBOSS Library. Ankylosing spondylitis [Internet]. 2023 [citado 17 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://amboss.com/>
12. AMBOSS Library. Psoriasis [Internet]. 2024. [citado 17 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://amboss.com/>
13. Quintana R, Ramirez-Flores MF, Fuentes-Silva Y, Peláez-Ballestas I. Diagnostic Delay in Autoimmune Rheumatic Diseases: A Global Health Problem. *J Rheumatol* [Internet]. 2023;50(12):1528–9. Disponível em: <https://doi.org/10.3899/jrheum.2023-0847>
14. Pina Gonçalves N, Azeredo S, Sepriano A, Henriques AR, Pires T, Branco JC, et al. Prevalence of undiagnosed rheumatic and musculoskeletal diseases and its association with health-related quality of life and with physical function. *ARP Rheumatol* [Internet]. 2023;2(1):7–16. Disponível em: <https://www.arprheumatology.com/section.php?id=1608>
15. Naeem F, Khan SEA, Saeed MA, Farman S. Diagnostic and therapeutic delay in Rheumatoid Arthritis patients: Impact on disease outcome. *Pakistan J Med Sci* [Internet]. 2021;37(4):1–7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8281185/>
16. Townsend A, Backman CL, Adam P, Li LC. Women’s accounts of help-seeking in early rheumatoid arthritis from symptom onset to diagnosis. *Chronic Illn* [Internet]. 2014;10(4):259–72. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5760221/>
17. Silva MJ. Status da Vitamina D em doentes com Artrite Reumatóide e correlação com a atividade da doença [Internet]. Universidade da Beira Interior; 2017. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/>
18. Scutellari PN, Orzincolo C. Rheumatoid arthritis: Sequences. *Eur J Radiol* [Internet]. 1998;27(SUPPL. 1):31–8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0720-048X\(98\)00040-0](https://doi.org/10.1016/S0720-048X(98)00040-0)
19. Sørensen J, Hetland ML. Diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: Results from the Danish nationwide

- DANBIO registry. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2015;74(3):1–8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4345887/>
20. Mølbæk K, Hørslev-Petersen K, Primdahl J. Diagnostic Delay in Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study of Symptom Interpretation Before the First Visit to the Doctor. *Musculoskeletal Care* [Internet]. 2016;14(1):26–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/msc.1108>
  21. Tiwana R, Rowland J, Fincher M, Raza K, Stack RJ. Social interactions at the onset of rheumatoid arthritis and their influence on help-seeking behaviour: A qualitative exploration. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2015;20(3):648–61. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12134>
  22. Stack RJ, Simons G, Kumar K, Mallen CD, Raza K. Patient delays in seeking help at the onset of rheumatoid arthritis: The problem, its causes and potential solutions. *Aging health* [Internet]. 2013;9(4):425–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ard.2011.155416>
  23. Simons G, Lumley S, Falahee M, Kumar K, Mallen CD, Stack RJ, et al. The pathway to consultation for rheumatoid arthritis: Exploring anticipated actions between the onset of symptoms and face-to-face encounter with a healthcare professional. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2017;18(1):1–10. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5471998/>
  24. Hay MC, Cadigan RJ, Khanna D, Strathmann C, Lieber E, Altman R, et al. Prepared patients: Internet information seeking by new rheumatology patients. *Arthritis Care Res* [Internet]. 2008;59(4):575–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/art.23533>
  25. Jain A, Joseph S, James J, James TS, Kumar K, Raza K, et al. Delay in diagnosis of rheumatoid arthritis: reasons and trends over a decade. *Rheumatol Int* [Internet]. 2023;43(3):503–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00296-022-05187-0>
  26. Cho SK, Kim D, Won S, Lee J, Choi CB, Choe JY, et al. Factors associated with time to diagnosis from symptom onset in patients with early rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med* [Internet]. 2019;34(4):910–6. Disponível em: <https://doi.org/10.3904/kjim.2017.113>
  27. Badsha H, Kong KO, Tak PP. Rheumatoid arthritis in the United Arab Emirates. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2008;27(6):739–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10067-007-0782-z>
  28. Coffey CM, Crowson CS, Myasoedova E, Matteson EL, Davis JM. Evidence of

- Diagnostic and Treatment Delay in Seronegative Rheumatoid Arthritis: Missing the Window of Opportunity. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019;94(11):2241–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.05.023>
29. Barnett R, Ingram T, Sengupta R. Axial spondyloarthritis 10 years on: Still looking for the lost tribe. *Rheumatol (United Kingdom)* [Internet]. 2020;59:IV25–37. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7566532/>
30. Walsh JA, Magrey M. Clinical Manifestations and Diagnosis of Axial Spondyloarthritis. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 2021;27(8):E547–60. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8612900/>
31. Danve A, Deodhar A. Axial spondyloarthritis in the USA: diagnostic challenges and missed opportunities. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2019;38(3):969. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4397-3>
32. Bandinelli F, Martinelli-Consumi B, Manetti M, Vallecoccia MS. Sex Bias in Diagnostic Delay: Are Axial Spondyloarthritis and Ankylosing Spondylitis Still Phantom Diseases in Women? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Med* [Internet]. 2024;14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jpm14010091> Academic
33. Watts S, Nagib LG, Bamford S, Sheraz A, Tahir H. A Patient Survey Exploring the Burden of Inflammatory Back Pain in Patients With Known Psoriasis. *Cureus* [Internet]. 2024;16(1):1–9. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10853012/>
34. Poddubnyy D, Garrido-cumbrera M, Sommerfleck F, Bundy C, Makri S, Akerkar S, et al. Diagnostic Delay in Patients from the International Map of Axial Spondyloarthritis : Geographic , Sociodemographic and Disease-related factors Victoria Navarro-Comp a. *Rheumatology* [Internet]. 2024;1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keae521>
35. Zhao SS, Pittam B, Harrison NL, Ahmed AE, Goodson NJ, Hughes DM. Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: A systematic review and meta-Analysis. *Rheumatology* [Internet]. 2021;60(4):1620–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa807>
36. López-Ferrer A, Laiz A, Puig L. Psoriatic arthritis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2022;159(1):40–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2022.01.013>
37. Ritchlin C, Colbert R, Gladman D. Psoriatic Arthritis. *Australas Radiol* [Internet]. 2017;1(2):80–2. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1505557>

38. Kılıç G, Kılıç E, Tekeoğlu İ, Sargın B, Cengiz G, Balta NC, et al. Diagnostic delay in psoriatic arthritis: insights from a nationwide multicenter study. *Rheumatol Int* [Internet]. 2024;44(6):1051–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05479-z>
39. Ferreira PL, Noronha Ferreira L, Nobre Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Rev Port Saude Publica* [Internet]. 2012;30(2):163–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>
40. Lopes Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte II - Testes de Validação. *Acta Med Port* [Internet]. 2000;13(3):119–27. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1770/1347>
41. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473–83.
42. Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*. 2006;19(4):281–8.
43. van Riel P L C M. The development of the disease activity score (DAS) and the disease activity score using 28 joint counts (DAS28). *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2014;(7):65–74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25365092/>
44. Alanzi TM, Alanzi N, Majrabi A, Alhajri AS, Alzahrani L, Alqahtani N, et al. Exploring Patient Preferences Related to Shared Decision-Making in Chronic Disease Management. 2024;16(9):1–16. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11512003/>
45. Mathews AL, Coleska A, Burns PB, Chung KC. Evolution of Patient Decision-Making Regarding Medical Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* [Internet]. 2016;68(3):318–24. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5079428/>
46. Raciborski F, Kłak A, Kwiatkowska B, Batko B, Sochocka-Bykowska M, Zoń-Giebel A, et al. Diagnostic delays in rheumatic diseases with associated arthritis. *Reumatologia* [Internet]. 2017;55(4):169–76. Disponível em: <https://doi.org/10.5114/reum.2017.69777>
47. Karmacharya P, Wright K, Achenbach SJ, Bekele D, Crowson CS, Ogdie A, et al. Diagnostic delay in psoriatic arthritis: A population-based study. *J Rheumatol*

- [Internet]. 2021;48(9):1410–6. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8364557/>
48. Sakalys JA. Illness behavior in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1997;10(4):229–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ard.54.4.245>
  49. Maria P, Fernandes C. O distrito da Guarda em números. Comissão Coord e Desenvolv Reg do Cent. 2010;
  50. Rida MA, Chandran V. Challenges in the clinical diagnosis of psoriatic arthritis. *Clin Immunol* [Internet]. 2020;214(March):108390. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108390>
  51. Lucas R, Monjardino M. O estado da Reumatologia em Portugal. *Obs Nac das Doenças Reumáticas*. 2010;
  52. Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza. BI Distrital - Guarda [Internet]. EAPN Portugal. [citado 4 de Janeiro de 2024]. Disponível em: <https://on.eapn.pt/territorio-em-numeros/guarda/>

# Apêndices

## Apêndice 1 - Questionário

**QUESTIONÁRIO RELATIVO AO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:  
“DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇAS REUMÁTICAS INFLAMATÓRIAS  
- IMPACTO E DESAFIOS”**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Número do Processo:** \_\_\_\_\_

**1. Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:**

- Feminino
- Masculino
- Outro

**3. Língua:**

- Portuguesa
- Outra \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil:**

- Solteiro/a
- Casado/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a

**5. Nível de Escolaridade:**

- Menor que o 1º ciclo
- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Ensino secundário
- Ensino superior

**6. Situação laboral:**

- Empregado/a
- Desempregado/a
- Reformado/a
- Dono/a de casa
- Estudante
- Outro \_\_\_\_\_

**7. Área geográfica da residência:**

- Rural
- Urbana

**8. Distrito de residência:**

- Castelo Branco
  - Guarda
  - Viseu
  - Coimbra
  - Bragança
  - Outro
- \_\_\_\_\_

**9. Meio de deslocação até ao centro de saúde**

- Meio de transporte próprio
  - Transporte público
  - A pé
  - Outro
- \_\_\_\_\_

**10. Meio de deslocação até ao hospital:**

- Meio de transporte próprio
  - Transporte público
  - A pé
  - Outro
- \_\_\_\_\_

**11. Tem médico de família?**

- Sim
- Não

**Agora, peço-lhe que responda a estas questões relativamente à razão inicial (doença/sintomas) que o/a trouxe à consulta de reumatologia.**

**Relativamente ao momento em que iniciou os sintomas**

**12. Quando iniciaram os seus sintomas?**

- Há menos de 1 mês
- Há 1-6 meses
- Há 6 meses -1 ano
- Há 1-5 anos
- Há mais de 5 anos

**13. Qual foi o 1º sintoma? (O motivo principal pelo qual veio à consulta)**

- Dor

Se sentiu dor, onde?

- dedos das mãos ou dos pés;
- punhos ou tornozelos;
- ancas ou lombar;
- cotovelos ou joelhos;
- outra \_\_\_\_\_

- Inchaço da alguma articulação ou membro
- Perda de força
- Manchas ou outra alteração na pele
- Olho vermelho
- Perda de peso
- Febre
- Cansaço/ fadiga
- Outro \_\_\_\_\_

**14. Quanto tempo demorou a procurar cuidados médicos desde o início de sintomas?**

- Menos de 1 mês
- Entre 1-3 meses
- Entre 3-6 meses
- Entre 6 meses -1 ano
- Mais de 1 ano

**15. Porque não procurou ajuda antes?**

- Achei que ia passar
- Não sabia que podia ser uma doença
- Relacionei com o avançar da idade
- Pensei que o médico não ia ligar
- Não tinha médico de família
- O posto de saúde era longe da minha habitação
- Não tinha transporte para o posto de saúde
- Tive vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

**16. O que o/a levou a procurar ajuda médica?**

- Os sintomas não passavam
- Os sintomas pareciam-me ser graves
- Os sintomas interferiram com o meu dia a dia e qualidade de vida
- Os meus familiares/amigos estavam preocupados e recomendaram-me
- Outro \_\_\_\_\_

**Relativamente ao momento em que procurou ajuda após iniciar os sintomas, mas antes de vir para a consulta de reumatologia**

**17. Que profissionais de saúde consultou relativamente a este problema antes da consulta de reumatologista? (Pode selecionar as opções que fizerem sentido para si)**

- Médico de família ou outro médico no centro de saúde
- Médico especialista hospitalar não reumatologista (por exemplo: ortopedista, neurocirurgião)
- Médico no serviço de urgência
- Dentista
- Farmacêutico
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Osteopata
- Outro \_\_\_\_\_
- Nenhum

**18. Quantas consultas teve, no total, relativamente a este problema com outros médicos antes da 1ª consulta de reumatologia hospitalar?**

- 1-2
- 3-5
- 6-10
- Mais de 10

**19. Foi ao médico particular/privado?**

- Sim
- Não

**20. Consultou algum médico no centro de saúde (por exemplo o médico de família) relativamente a este problema?**

- Sim
- Não

**Se respondeu “sim”, responda à questão seguinte (21). Se respondeu “não”, avance para a questão 23**

**21. Sentiu alguma barreira por parte do médico de família ou outro médico no centro de saúde quando o consultou?**

- Sim
- Não

**Se respondeu “sim”, responda à questão seguinte (22). Se respondeu não, avance para a questão 23**

**22. Qual considera ter sido a maior barreira?**

- Senti que médico não valorizou os sintomas
- Foi muito difícil marcar uma consulta
- Outro \_\_\_\_\_

**23. Que médico o/a referenciou para a consulta de Reumatologia?**

- Médico de família ou outro médico do centro de saúde
- Médico reumatologista particular/ privado
- Médico do serviço de urgência
- Médico de outra especialidade hospitalar
- Outro \_\_\_\_\_

**24. Que idade tinha quando foi diagnosticada/o?** \_\_\_\_\_

**25. Há quanto tempo tem a doença?** \_\_\_\_\_

**26. Qual foi o diagnóstico?** \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)**

**Por favor, selecione a opção que melhor descreve a sua saúde.**

**1. Em geral, a sua saúde é:**

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
( )	( )	( )	( )	( )

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu presente estado geral:**

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
( )	( )	( )	( )	( )

**3. As perguntas que se seguem são relativas às atividades do seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades?**

	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)
Atividades violentas, tais como, correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	( )	( )	( )
Atividades moderadas, tais como, deslocar uma mesa ou aspirar a casa	( )	( )	( )
Levantar e carregar as compras da mercearia	( )	( )	( )
Subir vários lanços de escadas	( )	( )	( )
Subir um lanço de escadas	( )	( )	( )
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	( )	( )	( )
Andar mais de 1 Km	( )	( )	( )
Andar vários quarteirões	( )	( )	( )
Andar um quarteirão	( )	( )	( )
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	( )	( )	( )

**4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir em consequência do seu estado de saúde?**

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	( )	( )	( )	( )	( )
Fez menos do que queria	( )	( )	( )	( )	( )
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou atividades	( )	( )	( )	( )	( )
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	( )	( )	( )	( )	( )

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados seguidamente por causa de qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	( )	( )	( )	( )	( )
Fez menos do que queria	( )	( )	( )	( )	( )
Não executou o trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como de costume	( )	( )	( )	( )	( )

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
( )	( )	( )	( )	( )

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
( )	( )	( )	( )	( )	( )

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
( )	( )	( )	( )	( )

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu durante o último mês.**

**Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...**

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu muito nervoso/a?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu com muita energia?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu triste?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu estafado/a?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu feliz?	( )	( )	( )	( )	( )
Se sentiu cansado/a?	( )	( )	( )	( )	( )

**10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
( )	( )	( )	( )	( )

**11. Por favor, diga em que medida são VERDADEIRAS ou FALSAS as seguintes afirmações:**

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros	( )	( )	( )	( )	( )
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	( )	( )	( )	( )	( )
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	( )	( )	( )	( )	( )
A minha saúde é ótima	( )	( )	( )	( )	( )

MUITO OBRIGADA

## Apêndice 2 - Resultados acessórios

Tabela A.1 - Teste de comparações múltiplas relativo à variável “Procura de CM” da tabela 5.

Variáveis	Comparação	p
Procura de CM	“Os sintomas pareciam ser graves” – “Os sintomas não passavam”	<0,05
	“Os sintomas pareciam ser graves” – “Os sintomas interferiam com o dia a dia e qualidade de vida”	<0,05
	“Os sintomas pareciam ser graves” – “Os meus familiares/amigos estavam preocupados e recomendaram-me”	<0,01

Tabela A.2 - Teste de comparações múltiplas relativo à variável “DRI” da tabela 11.

Variáveis	Comparação	p
DRI	AR – AP	<0,01

Tabela A.3 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “Estado Civil” e “Meio de deslocação CS” da tabela 12.

Variáveis	Comparação	p
Estado Civil	Solteiro/a – Divorciado/a	<0,01
	Solteiro/a – Viúvo/a	<0,05
Meio de deslocação CS	A pé – Transporte público	<0,01

Tabela A.4 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “DRI e “Meio de deslocação CS” da tabela 14.

Variáveis	Comparação	p
DRI	AR – EA	<0,05
	AR – AP	<0,01
Meio de deslocação CS	A pé – Transporte público	<0,01
	A pé – Táxi	<0,05

Tabela A.5 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Lag 5”, “Lag 7”, “Idade Atual” e “Idade 1º Sintoma” da tabela 16.

Variáveis	Comparação	p
Lag 5	AR – AP	<0,01
Lag 7	AR – EA	<0,05
	AR – AP	<0,01
Idade Atual	AR – EA	<0,01
Idade do 1º sintoma	AR – EA	<0,01

Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios

Tabela A.6 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Estado Civil”, “Situação Laboral”, “Meio de deslocação CS” e “Meio de deslocação H” da tabela 19.

Variáveis	Comparação	p
Estado Civil	Viúvo/a – Solteiro/a	<0,01
	Viúvo/a – Casado/a	<0,01
	Viúvo/a – Divorciado/a	<0,01
Situação Laboral	Reformado/a – Empregado/a	<0,01
Meio de deslocação CS	Transporte do/a acompanhante – A pé	<0,05
	Transporte do/a acompanhante – Transporte próprio	<0,01
	Transporte público – Transporte próprio	<0,05
Meio de deslocação H	Transporte do/a acompanhante – Transporte próprio	<0,01
	Transporte do/a acompanhante – A pé	<0,05
	Transporte do/a acompanhante – Táxi	<0,01

Tabela A.7 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis: “Situação Laboral” e “Procura Tardia de CM” da tabela 21.

Variáveis	Comparação	p
Situação Laboral	Empregado/a – Baixa Médica	<0,05
	Dono/a de casa – Baixa Médica	<0,05
	Empregado/a – Reformado/a	<0,01
Procura tardia de CM	“Relacionei com o avançar da idade” – “Achei que ia passar”	<0,05
	“Não tinha transporte” – “Achei que ia passar”	<0,01

Tabela A.8 - Teste de comparações múltiplas relativo às variáveis “Estado Civil”, “Meio de deslocação CS”, “Meio de deslocação H” e “Procura tardia de CM” da tabela 23.

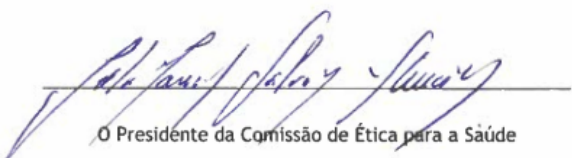
Variáveis	Comparação	p
Estado Civil	Viúvo/a – Solteiro/a	<0,01
	Viúvo/a – Casado/a	<0,01
Meio de deslocação CS	Transporte do/a acompanhante – A pé	<0,05
	Transporte do/a acompanhante – Transporte próprio	<0,05
	Transporte público – Transporte próprio	<0,05
	Transporte público – A pé	<0,05
Meio de deslocação H	Táxi – Transporte próprio	<0,05
	Transporte do/a acompanhante – Transporte próprio	<0,01
Procura tardia de CM	“Não sabia que podia ser uma doença” – “Achei que ia passar”	<0,01
	“Não sabia que podia ser uma doença” – Outro	<0,05

Tabela A.9 – Teste de Comparações múltiplas relativo às variáveis: “Situação Laboral” e “Meio de deslocação H” da tabela 30

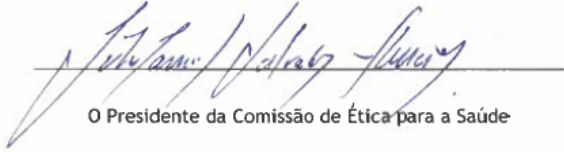
<b>Variáveis</b>	<b>Comparação</b>	<b><i>p</i></b>
Situação Laboral	Empregado/a – Reformado/a	<0,01
Meio de deslocação H	Transporte público – A pé	<0,05
	Transporte público – Transporte próprio	<0,01
	Transporte do/a acompanhante – Transporte próprio	<0,05





## Anexos

### Anexo 1 – Parecer Condicionado da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
	Exma. Senhora Enfermeira Diretora Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
	Data 24/09/2024
Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida Presidente; Enfermeiro Gestor	<b>ASSUNTO:</b> Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios”, cujo o investigador principal é Catarina Isabel Gomes Alves.
Dr.ª Luclana de Fátima Amâncio Frade Santos Vice-Presidente; Assistente Hospitalar	A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 24 de setembro de 2024, apreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.
Enf.ª Cristina Nair Ribeiro Patrão Vogal; Enfermeira Especialista	A CES solicita que sejam juntos ao processo os seguintes documentos:
Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª Coord. Aposentada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resumo de estudo:<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Cronograma: retificar de datas relativamente à tarefa 2, uma vez que a submissão do estudo à CES verificou-se em julho;</li><li>⇒ Como vai garantir o anonimato dos participantes;</li><li>⇒ Deve mencionar as medidas de segurança aplicadas e o local do armazenamento de dados;</li></ul></li><li>• Parecer RAI - por consulta das plataformas clínicas.</li></ul>
Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos Vogal; Farmacéutica	A CES emite <b>Parecer Condicionado</b> e, uma vez rececionados os documentos anteriormente mencionados, o projeto deverá ser reapreciado.
Dr. Luís Paulo Cunha Trindade e Silva Vogal; Assistente Hospitalar Graduado	Com os melhores cumprimentos,
Dr. Manuel Cipriano Nabals Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado	 O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

## Anexo 2 – Parecer Favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
	Exmo. Senhor Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
	Data 13/12/2024
Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida Presidente; Enfermeiro Gestor	<b>ASSUNTO:</b> Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Diagnóstico tardio de doenças reumáticas inflamatórias - impacto e desafios”, cujo o investigador principal é Catarina Isabel Gomes Alves.
Dr.ª Luciana de Fátima Amâncio Frade Santos Vice-Presidente; Assistente Hospitalar	A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 13 de dezembro de 2024, reapreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado, uma vez rececionados os documentos solicitados no Parecer emitido a 24/09/2024. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.
Enf.ª Cristina Nair Ribeiro Patrão Vogal; Enfermeira Especialista	A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite <i>Parecer Favorável</i> à realização do estudo.
Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª Coord. Aposentada	Com os melhores cumprimentos,
Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos Vogal; Farmacêutica	
Dr. Luís Paulo Cunha Trindade e Silva Vogal; Assistente Hospitalar Graduado	O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
Dr. Manuel Cipriano Nabais Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado	

 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b>	SAÚDE	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 <b>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA</b>
<b>Ata N.º 01/2025, data 03-01-2025</b>			
<b>Autorizado</b>			
			
<b>Assinado por: RITA SOFIA GUERRA DA CRUZ TEIMÃO FIGUEIREDO</b> Data: 2025.01.03 15:34:56+00'00' Localização: Guarda, Portugal			
<hr/> <b>Rita Teimão Figueiredo</b> Presidente do Conselho de Administração			
<b>Assinado por: MARIA IMACULADA CONCEIÇÃO PONCIANO</b> Num. de Identificação: 11999302 Data: 2025.01.03 15:54:35+00'00' Localização: Guarda, Portugal	<b>Assinado por: NUNO MIGUEL ALEXANDRE DE SOUSA</b> Num. de Identificação: 11460610 Data: 2025.01.03 16:30:19+00'00' Localização: Guarda, Portugal		
<hr/> <b>Imaculada Ponciano</b> Vogal Executiva	<hr/> <b>Dr. Nuno Sousa</b> Diretor Clínico para os C. S. Hospitalares		
<b>Assinado por: BRUNO MIGUEL MORGADO MORRÃO</b> Num. de Identificação: 13248899 Data: 2025.01.03 17:06:43+00'00' Localização: Guarda, Portugal	<b>Assinado por: HUGO MIGUEL BERNARDO TERRAS</b> Num. de Identificação: 12087599 Data: 2025.01.03 16:16:12+00'00' Localização: Guarda, Portugal		
<hr/> <b>Dr. Bruno Morrão</b> Diretor Clínico para os C. S. Primários	<hr/> <b>Hugo Terras</b> Enfermeiro Diretor		

## Anexo 3 - Certificado de apresentação do trabalho nas XXXII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia

