

## Estudo comparativo da qualidade de vida de doentes com lúpus, artrite reumatoide e fibromialgia

*Comparative study of quality of life in rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and fibromyalgia*

Fernanda Zanandrea **GRESSLER**<sup>1</sup>, Paolla Daudt **MILANI**<sup>1</sup>, Thiago Alberto F.G. **SILVA**<sup>1</sup>, Bárbara **KAHLOW**<sup>1</sup>, Thelma L **SKARE**<sup>1</sup>, Ronaldo Mafia **CUENCA**<sup>2</sup>, Nelson Adami **ANDREOLLO**<sup>3</sup>, Orlando Jorge Martins **TORRES**<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Doenças reumatológicas são enfermidades que acometem o sistema locomotor e afetam a qualidade de vida dos portadores.

**Objetivos:** Comparar a qualidade de vida naqueles com lúpus, artrite reumatoide e fibromialgia.

**Métodos:** Estudo observacional no qual foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 em 136 pacientes diagnosticados com lúpus, artrite reumatoide e fibromialgia.

**Resultados:** Os com lúpus apresentaram menor limitação funcional e os artrite reumatoide apresentaram mais dor. A avaliação do estado geral de saúde ( $p=0,26$ ), da vitalidade ( $p=0,09$ ), da aspectos sociais ( $p=0,44$ ), saúde emocional ( $p=0,82$ ) não demonstraram relevância estatística.

**Conclusão:** As 3 doenças reumáticas apresentam diminuição da QoL, mas os com mais dor foram os com artrite reumatoide, e os com menor limitação funcional os de lúpus.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lúpus eritematoso sistêmico. Artrite reumatoide. Fibromialgia. Qualidade de vida.

### ABSTRACT

**Background:** Rheumatologic illnesses are diseases that affect the locomotor system and decrease patient's quality of life.

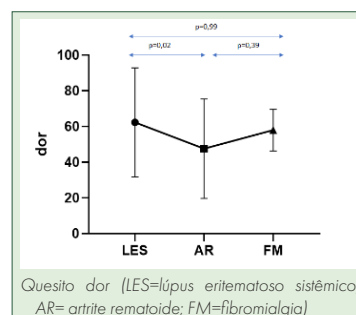
**Objective:** To compare quality of life in patients diagnosed with lupus, rheumatoid arthritis and fibromyalgia.

**Methods:** Cross-sectional study with application of the SF-36 Quality of Life Questionnaire to 136 patients diagnosed with lupus, rheumatoid arthritis and fibromyalgia.

**Results:** Patients with lupus had lower functional limitation and those with rheumatoid arthritis presented more pain. The assessment of general health status ( $p=0.26$ ), vitality ( $p=0.09$ ), social aspects ( $p=0.44$ ), emotional health ( $p=0.82$ ) did not show statistical relevance.

**Conclusion:** The 3 rheumatic diseases showed a decrease in quality of life, but the one with the most pain was rheumatoid arthritis, and the lowest functional limitation was found in lupus.

**KEYWORDS:** Systemic lupus erythematosus. Rheumatoid arthritis. Fibromyalgia. Quality of life.



Questão dor (LES=lúpus eritematoso sistêmico; AR=artrite reumatoide; FM=fibromialgia)

### Mensagem Central

As doenças reumatológicas eram consideradas raras em décadas passadas; entretanto, hoje são tidas como importante causa de morbidade na população adulta, e dentre as mais comuns pode-se citar lúpus eritematoso sistêmico (LES), a artrite reumatoide (AR) e a fibromialgia (FM). Conheçá-las melhor em seus aspectos de qualidade de vida é sempre importante para o bom atendimento à população de delas sofre.

### Perspectiva

Este estudo demonstrou prejuízo importante na qualidade de vida dos pacientes analisados, uma vez que ela apresentou considerável diminuição de maneira geral. Esse impacto pôde ser observado através das medianas dos 8 domínios que englobaram as perguntas do questionário SF-36. Este estudo pode balizar o que fazer nessas importantes doenças, que grandemente acometem a população em geral. Ele também mostra as principais limitações que elas provocam em seus portadores.

## INTRODUÇÃO

As enfermidades reumáticas correspondem a um grupo de doenças que acometem o sistema locomotor de forma crônica. Todavia, apesar de o sistema musculoesquelético ser o mais afetado neste contexto, sinais e sintomas de envolvimento sistêmico também podem estar presentes e variam de acordo com a doença reumática em questão. As doenças reumatológicas eram consideradas raras em décadas passadas; entretanto, hoje são tidas como importante causa de morbidade na população adulta, e dentre as mais comuns pode-se citar lúpus eritematoso sistêmico (LES), a artrite reumatoide (AR) e a fibromialgia (FM).<sup>1-3</sup>

O LES tem espectro de manifestações variado e os sintomas se modificam em intensidade conforme a fase de atividade ou remissão da doença. Frequentemente ocorrem febre, anorexia, fadiga, mialgia e edema articular, porém em casos mais graves pode aparecer pleurite, pericardite, nefrite, alterações neuropsiquiátricas e sanguíneas.<sup>1</sup>

A AR é caracterizada pela poliartrite periférica, simétrica e aditiva, que pode resultar na lesão e destruição progressiva dos ossos e das cartilagens, tendo importante potencial deformante. Causa dor e rigidez articular matinal, fadiga e anorexia. A progressão da doença pode gerar incapacidade de realização de atividades da vida diária e profissional com importante impacto tanto para a vida pessoal paciente, quanto para a sociedade.<sup>2</sup>

A FM por sua vez, é caracterizada pela dor musculoesquelética generalizada sem que haja inflamação, sendo classificada como síndrome da amplificação da dor. Músculos, articulações e partes moles apresentam hipersensibilidade. O quadro clínico, além da dor, apresenta fadiga, cefaleia, distúrbios do sono e ansiedade.<sup>3</sup>

Apesar de a dor ser o sintoma que possui maior relevância para os pacientes reumáticos, outros sintomas por eles vivenciados frequentemente se refletem em sua qualidade de vida. Assim, embora a sobrevivência desses pacientes venha aumentando consideravelmente com os avanços médicos em relação ao tratamento, a qualidade de vida, dimensionada por aspectos funcionais, psicológicos e sociais, ainda apresenta baixos níveis. Muitas das medidas terapêuticas utilizadas na clínica são guiadas pelo grau da atividade inflamatória, mas pouco se correlacionam com a capacidade funcional e o bem-estar, parâmetros os quais os pacientes são mais familiarizados e consideram importantes.<sup>4</sup> Dentre as principais queixas que diminuem o índice da qualidade de vida dos pacientes reumáticos pode-se citar a ansiedade e depressão no âmbito saúde psicológica e a ausência de força muscular como principal fator de risco em relação ao domínio "meio-ambiente" para as 3 doenças: LES, AR e FM.<sup>5-7</sup>

Diante dos fatos apresentados, a realização de pesquisas sobre qualidade de vida dos pacientes reumáticos se faz necessária para que seja possível ampliar sua satisfação pessoal e bem-estar mental e

social além do físico. A busca de maiores informações sobre o tema permite informar a comunidade médica e outros profissionais da área da saúde sobre a importância de considerar esses aspectos, essenciais para aprimorar a qualidade de vida desses pacientes, buscando aperfeiçoar sua conduta.

A identificação das principais queixas dos pacientes permite aperfeiçoar a conduta médica perante o tratamento do doente reumático, possibilitando intervenção multifocal, bem como contribuir para a melhora da qualidade desses pacientes. Além disso, estabelecendo-se análise comparativa da repercussão delas na qualidade de vida desses pacientes, pode-se mostrar aos médicos como priorizar condutas e valorizar queixas subjetivas que porventura estes pacientes apresentem.

Este estudo foi feito com o intuito de analisar de maneira comparativa a qualidade de vida de pacientes com LES, AR e FM.

## MÉTODOS

É pesquisa transversal observacional aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CAAE 5.123.364. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Os seguintes dados foram coletados: 1) Epidemiológicos e clínicos: idade, sexo e doença reumática; e 2) Questionário de qualidade de vida: os pacientes entrevistados responderam a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF36, composto por 36 perguntas.<sup>8</sup> O cálculo dos escores foi feito em 2 fases: a da ponderação dos dados (em que cada pergunta apresenta determinado valor), e a do Raw Scale (em que o valor das questões são transformados em notas de 8 domínios, que vão de 0 a 100). Dessa forma são avaliados capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Após essa análise, foi feito o cálculo do Raw Scale, no qual os valores das questões anteriores se transformam em notas de 8 domínios que variaram de 0-100, onde 0=pior e 100=melhor, para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos. Para serem incluídos, os com lúpus preenchem pelo menos 10 pontos pelos critérios do ACR/EULAR-2019 (American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism) para classificação do LES.<sup>9</sup> Os pacientes de AR deveriam preencher pelo menos 6 pontos dos critérios do ACR/EULAR-2010 para classificação da AR.<sup>4</sup> Pacientes com fibromialgia preenchem os critérios do ACR/EULAR-2010 para esta doença (IDG $\geq$ 7 e EGS $\geq$ 5 ou IDG entre 3-6 e EGS $\geq$ 9 sendo IDG=índice de dor geral e EGS=escala de sintomas gerais). Foram excluídos pacientes com incapacidade intelectual para entender o TCLE, menores de 18 anos, indivíduos que tinham outras doenças inflamatórias crônicas associadas e pacientes de LES e AR com FM secundária.

## Análise estatística

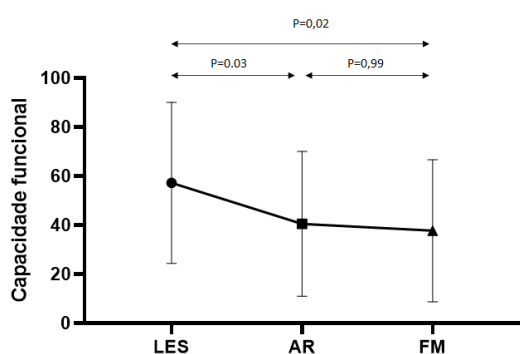
Todos os dados obtidos foram tabulados conforme protocolo de dados da planilha do programa Microsoft Excel. A frequência dos nominais foi expressa em porcentagens. A distribuição de dados numéricos foi feita pelo teste de Shapiro-Wilk e as medidas de tendência central foram expressas em média e desvio-padrão (SD) ou mediana e intervalos interquartis (IIQ). A comparação de dados de qualidade de vida entre as 3 amostras foi feita pelos testes de Kruskal-Wallis. Quando o resultado foi significativo aplicou-se os testes de múltiplas comparações de Dunn para cálculo do p ajustado. Os testes foram realizados com auxílio do software GraphPad Prism version 8.0.0 for Windows, GraphPad Software, San Diego, California USA, www.graphpad.com". A significância adotada foi de 5% ( $p=0.05$ ).

## RESULTADOS

Foram entrevistados 136 pacientes sendo 52 com LES, 52 com AR e 32 com FM. Do total, apenas 7 eram homens, demonstrando a alta prevalência de mulheres. A proporção de mulheres nos 3 grupos foi de 96,1% em LES; 94,2% em AR e 93,7% em FM foi igual ( $p=0,86$ ). A mediana de idade de menor valor foi da amostra de LES (46 anos), enquanto as de pacientes com AR e FM foram similares, sendo aproximadamente de 57 anos em AR e 56 em FM ( $p<0.0001$  para a comparação dos 3 grupos).

## Análise funcional

Os resultados da análise funcional dos pacientes mostraram que existiam diferenças entre os 3 grupos e que o grupo de LES tinha os maiores valores. A comparação entre os 3 grupos mostrou que AR e FM tinham o mesmo grau de prejuízo funcional (Figura 1).



Mediana de LES=62,5 (IIQ=25-90); mediana de AR=35 (IIQ=16,2-60); mediana de FM=32,5 (IIQ=15-61,2)

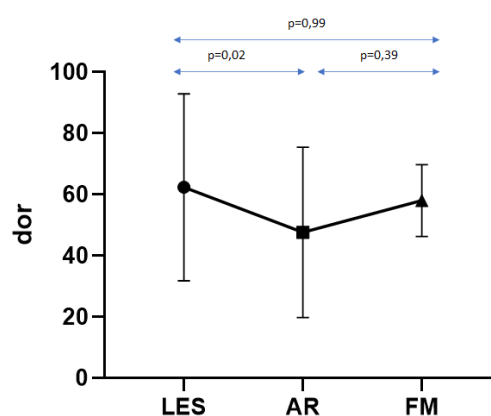
FIGURA 1 - Comparação da capacidade funcional entre pacientes com LES, AR e FM ( $p=0,009$ )

## Limitação por aspectos físicos

A comparação da limitação por aspectos físicos mostrou que o grupo de LES tinha uma mediana de 0 (0-100); a mediana de AR era 0 (0-50) e a de FM era 0 (0-31,2) com  $p=0,14$ .

## Dor

A análise do item dor mostrou que os pacientes de AR tinham o pior desempenho, mas que este era comparável ao da FM (Figura 2).



Mediana de LES=69,5 (IIQ=24,5-100); mediana de AR=46,0 (IIQ=24,5-69,5); mediana de FM=58,5 (IIQ=50,0-64,1)

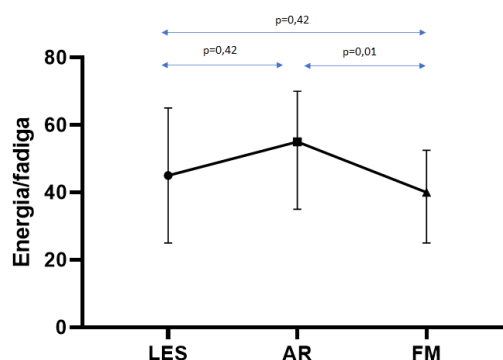
FIGURA 2 - Comparação do quesito dor em pacientes com LES, AR, FM, ( $p=0,02$ )

## Limitações devido à saúde

Neste item os 3 grupos comportaram-se de maneira igual ( $p=0,82$ ). A mediana do grupo com LES foi de 33,3 (IIQ=0-100); de AR foi de 16,6 (IIQ=0-100) e a da FM foi de 33,3 (0-100).

## Energia e fadiga (vitalidade)

Observou-se diferença entre os grupos ( $p=0,02$ ) e os paciente com FM tinham o pior desempenho neste item conforme pode ser visto na Figura 3.



Mediana de LES= 45 (IIQ=25-65); mediana de AR= 55 (IIQ=35-70); mediana de FM=40 (IIQ=25-52,5)

FIGURA 3 - Comparação de energia/fadiga nos 3 grupos estudados: LES, AR e FM

## Bem-estar emocional

Não se observou diferença nos 3 grupos quando este item foi analisado ( $p=0,82$ ) A mediana do LES foi de 33,0 (IQR=0-100); da AR de 16,5 (IQR=0-100) e da FM ficou em 33 (IQR=0-100).

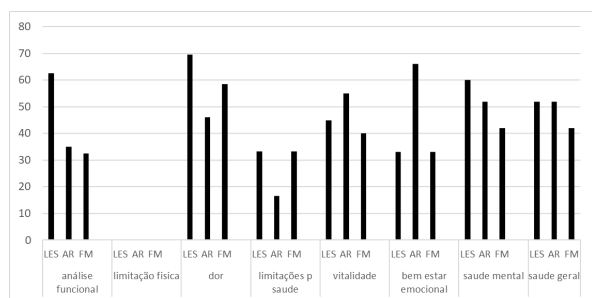
## Saúde mental

Também não foi possível detectar diferenças quanto a saúde mental nos 3 grupos ( $p=0,15$ ). A mediana no grupo LES foi de 60 (IQR=36-76), em AR de 66 (IQR=45-79) e em FM de 56,5 (IQR=43-64).

## Saúde geral

A percepção de saúde geral foi igual nos 3 grupos: mediana em LES foi de 52 (IQR=35,5-57,0), em AR de 52 (IQR=32-67) e em FM de 42,0 (IQR=30-53,2).

A Figura 4 mostra visão global da comparação entre os 3 grupos estudados pelo SF-36.



**FIGURA 4** - Comparação dos domínios do SF-36 nos grupos de LES, AR e FM

## DISCUSSÃO

O conceito de qualidade de vida pela OMS se dá por: "Percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".<sup>10,11</sup> Baseando-se nisso, levou-se em conta a funcionalidade física, o estado geral de saúde, a presença de dor, a integralidade da saúde mental e as limitações psicossociais dos pacientes para avaliar os impactos em sua qualidade de vida.

Os dados do presente estudo demonstraram prejuízo importante na qualidade de vida dos pacientes analisados, uma vez que essa se mostrou consideravelmente diminuída de maneira geral. Esse impacto pode ser observado através das medianas dos 8 domínios que englobaram as perguntas do questionário SF-36.

Estudando-se os pacientes com LES observa-se que a limitação funcional foi a menor quando comparada com os outros 2 grupos. Isso significa que a limitação de realização de esforço físico - que vão desde atividades vigorosas até a realização de tarefas domésticas, subir escadas e caminhada - não foram atividades intensamente limitadas para esse grupo. Porém, ainda assim, a pontuação em funcionalidade não atingia 70% do valor possível para essa categoria. A fadiga pode ser apontada como principal fator causal dessa limitação funcional. O estudo de Souza et al.<sup>12</sup> demonstrou que a presença de fadiga aumentou 3 vezes a chance de saúde física insatisfatória quando analisada a qualidade de vida de pacientes com LES.<sup>12</sup> Esse grupo foi o menos afetado no quesito dor. Não são muitos os registros na literatura que confirmam importante incidência de dor em LES, não sendo esta considerada sintoma grave e/ou significativamente comum. Todavia as limitações devido à saúde emocional foram intensas, igualmente aquela encontrada em pacientes de FM, porém menores do que se comparado aos pacientes de AR.<sup>5</sup> A vitalidade e a saúde geral desses pacientes, por outro lado, não foram bem avaliadas, uma vez que apenas 45% da amostra não indicou esgotamento e/ou se identificou com energia, e apenas 52% indicaram boa saúde geral. Metade indicou limitações em sua vida social por saúde física e/ou emocional.

Na AR a limitação funcional se demonstrou intensa, uma vez que a porcentagem desse domínio para esse grupo foi baixa, quase tão baixa como a de pacientes com FM. A identificação de dor, por sua vez, também é intensa, sendo o grupo mais afetado por tal sintoma. Com relação às limitações de atividades por conta da saúde emocional esse grupo foi novamente o mais afetado, sendo que apenas 16,5% não relataram essas limitações. Esses dados vão de acordo com os estudos Roma et al.<sup>13</sup>, os quais também comprovam através do SF-36 que esses pacientes sofrem efeitos deletérios no aspecto físico e identificam a dor como sendo a causa principal, mas por outro lado não têm sua saúde psicoemocional gravemente afetada. A vitalidade não foi tão comprometida como os outros 2 grupos, porém ainda assim não teve valor alto. Assim, como os pacientes da AR, a saúde geral desses pacientes não era ruim em apenas 52%. Metade indicou limitações em sua vida social por saúde física e/ou emocional.

Os pacientes da FM foram os mais debilitados quanto às limitações funcionais para realização de esforços físicos. Com relação à dor seus resultados foram também depreciativos, o valor de 32,5% nesse domínio indica que 67,5% dos pacientes relataram sentir dor. Segundo Conte et al.<sup>14</sup> a dor é de fato o sintoma mais importante para esses pacientes, e reduz significativamente sua qualidade de vida. A saúde emocional prejudicada foi importante causa de limitações cotidianas para esse grupo. Assim como os pacientes de LES, apenas 33% não identificou essas limitações por saúde emocional. Esta também teve o pior resultado se comparado aos 2 outros grupos, praticamente se equiparando com o domínio dor. Ainda conforme os autores citados<sup>14</sup>, há probabilidade de 74% dos pacientes apresentarem depressão na evolução clínica da doença, e 30% também sintomas de depressão maior no momento do diagnóstico. Menos da metade indicou boa vitalidade e apenas 42% bom estado geral de saúde. Metade indicou limitações em sua vida social por saúde física e/ou emocional.

Considerando-se o conjunto dos 3 grupos estudados, o estado geral de saúde não demonstrou valores consideravelmente positivos nem destoantes entre si, apesar de esse ser 10% menor nos pacientes de FM. A vitalidade - um domínio que avalia o parâmetro fadiga/energia - também não teve resultados positivos em nenhum dos grupos. Os 3 grupos se mostraram idênticos no quesito "limitação de atividades e tarefas cotidianas devido a aspectos físicos", indicando que todos possuem essas limitações. Entende-se que nenhuma das amostras teve pacientes que não relatasse qualquer tipo de limitação para atividades cotidianas devido a sua saúde física. O impacto da saúde física e/ou emocional sobre atividades sociais cotidianas foi idêntico também nas 3 amostras. Metade de cada um dos 3 grupos relatou impacto negativo em sua vida social. Todos os 3 grupos demonstraram limitações por debilidade em sua saúde emocional.

Os achados deste estudo demonstraram - de maneira geral - grande prejuízo na vida diária de seus portadores. Estas limitações devem ser abordadas pelo clínico que os atende no sentido de melhorar sua qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Observaram-se importantes restrições em qualidade de vida nos 3 tipos de doenças reumáticas estudadas (AR, LES e FM). Elas tiveram limitações equiparáveis no que concerne à limitação por aspectos físicos, percepção do estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Os pacientes com LES tiveram o menor grau de limitação funcional e de dor, e os com AR apresentaram o maior grau de dor e maior limitação por aspectos emocionais. Pacientes com FM tiveram o maior número de domínios com maus resultados.

### Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil

<sup>2</sup>Centro de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil

<sup>3</sup>Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas SP, Brasil

<sup>4</sup>Departamento de Medicina II, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, Brasil

### Correspondência:

Paolla Daudt Milani

Email: Pdmilani22@hotmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

### Como citar:

Gressler FZ, Milani PD, Silva TAFG, Kahlow B, Skare TL, Cuenca RM, Andreollo NA, Torres OJM. Estudo comparativo da qualidade de vida de doentes com lúpus, artrite reumatoide e fibromialgia. *BioSCIENCE* 2023; 81 (2):1-5 :

### Contribuição dos autores

Conceituação: Paolla D Milani, Thelma L Skare

Análise formal: Fernanda Z Gressler

Metodologia: Thiago Silvar

Administração do projeto: Barbara Kahlow

Redação (esboço original): Ronaldo Mafra Cuenca

Redação (revisão e edição): Orlando Jorge Martins Torres, Nelson Adami Andreollo

Recebido em: 10/06/2023

Aceito em: 16/07/2023

## REFERÊNCIAS

1. Assis MR, de Baaklini CE. Lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Med.* 2009;66(9):274-85.
2. Laurindo IMM, Ximenes AC, Lima FAC, et al. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44(6): 435-42.
3. Provenza JR, Pollak DF, Martinez J, et al. Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44 (6):443-9.
4. Freire EAM, Souto LM, Ciconelli R. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(1):70-80.
5. Souza RR de, Marcon SS, Teston EF, et al. Fatores influentes da qualidade de vida em pessoas com lúpus eritematoso sistêmico. *Acta paul enferm.* 2021;34:eAPE01173.
6. Santos A, Assumpção A, Matsutani L, et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisiot.* 2006;10(3):317–24.
7. Corbacho MI, Dupueto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(1):31-4.
8. Ciconelli R, Ferraz M, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3): 143-50.
9. Aringer M, Costenbader KH, Brinks R. Validation of new systemic lupus erythematosus classification criteria. *Na Rheum Dis.* 2018;77(Suppl 2):60.
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010 May;62(5):600-10.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual (BSV). Disponível em <https://bvsm.sau.gov.br/qualidade-de-vida-em-cinco-passos>. Acesso de 23/02/2023.
12. de Sousa C, Martins C. Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus (2005) [Internet]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/>. Acesso em 20/10/2022.
13. Roma I, Almeida ML, Mansano N da S, et al. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(4):279–86.
14. Conte MS, Dumbra GAC, Roma DVP, et al. Fibromialgia: atividade física, depressão e qualidade de vida. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2018; 51(4):281–90.