

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM MATO GROSSO – BRASIL

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS TREATED AT A UNIVERSITY HOSPITAL OUTPATIENT CLINIC

Viviane Aparecida Martins Mana Salicio¹, Cristhiane Almeida Leite^{1,2}, Laira Karolina Amorim de Arruda¹, Ana Carolina Wolff Santin¹, Marília Barbosa de Paula Matos¹, Marcial Francis Galera³, Eliane Pedra Dias¹

¹ Universidade de Cuiabá – Cuiabá - Brasil

² Universidade Federal Fluminense – Niterói – Brasil

³ Universidade Federal de Mato Grosso – Mato Grosso - Brasil

Data de entrada do artigo: 22/11/2012

Data de aceite do artigo: 22/01/2013

RESUMO

Introdução: o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multifatorial que acarreta considerável limitação física aos pacientes afetados. Possui caráter multissistêmico exibindo amplo espectro de manifestações clínicas, incluindo redução da mobilidade e força, rigidez articular e quadro algico. **Objetivo:** nosso objetivo foi avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional de pacientes com LES. **Materiais e método:** trata-se de um estudo transversal e analítico, envolvendo 30 pacientes atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Geral Universitário de Cuiabá. A qualidade de vida foi avaliada pela aplicação do questionário SF-36 (Short-Form Health Survey) e a capacidade funcional ponderada, por meio de formulário estruturado de identificação das áreas do corpo afetadas pela doença. **Resultado:** foi evidenciado o reflexo negativo do LES na qualidade de vida dos pacientes. Foram mais afetados pela dor os ombros (63,3%), punhos e mãos (73,3%), joelhos (86,6%), tornozelos e pés (86,6%). A análise dos escores de Limitação por Aspecto Físico – LAF (36,67 pontos) e de Limitação por Aspecto Emocional – LAE (37,78 pontos) mostrou grande influência dessas para a redução da qualidade de vida dos pacientes, a qual se caracterizou como regular baixa (média 49,10). Entretanto, pacientes que realizavam exercícios físicos mostraram melhor qualidade de vida, quando comparados àqueles que não os praticavam. Tais resultados mostram a influência negativa do LES no cotidiano dos pacientes e incentivam a busca de métodos que acarretem melhora na qualidade de vida deles, entre os quais o estímulo à prática regular de atividades físicas e o tratamento fisioterapêutico.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease, multisystem that causes impairment in patient's physical skills. It shows a broad spectrum of clinical manifestations, including reduced mobility and strength, stiffness and pain. **Objective:** the objective of this study was the evaluation of the life quality and physical capacity of patients with pathology Systemic Lupus Erythematosus (SLE). **Materials and method:** it was an analytical cross-sectional study with a sample of 30 LES patients treated at a University Hospital Clinic. We evaluated the life quality using the SF-36 questionnaire and a structured form of identifying the areas affected by the condition of the body. **Result:** regarding the presence of pain, we observed that the most common affected regions were the shoulders (63.3%), wrists and hands (73, 3%), knees (86, 6%), ankles and feet (86, 6%). LAF and LAE scores showed great influence in life quality reduction, which was characterized as regular low (average 49,10). However, patients that related the practice of physical exercises showed an improvement on life quality, when compared to sedentary ones. These results showed the negative impact of LES in patients quotidian and should also motivate the search of methods that aim the improvement of life quality in LES patients, such as the motivation to physical activities and the physical therapy based treatment.

Keywords: Life quality. SLE. Systemic Lupus Erythematosus. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Ela evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. De etiologia não totalmente esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado à predisposição genética e fatores ambientais, como radiação ultravioleta e alguns medicamentos¹.

É uma doença rara, incidindo mais frequentemente em mulheres jovens, na fase reprodutiva, acometendo 10 a 12 mulheres para cada homem. Estudos norte-americanos indicaram a prevalência 3 a 4 vezes maior em mulheres negras que brancas. Esse predomínio pode ocorrer em todas as faixas etárias, sendo mais marcante entre 15 a 64 anos de idade².

Apresenta-se como patologia multissistêmica que exibe um amplo espectro de manifestações clínicas, incluindo redução da mobilidade e força, rigidez articular e quadro algico. Em cerca de 80% dos portadores, identifica-se a fadiga como o sintoma de maior limitação na qualidade de vida e restrição física³.

Os sintomas referentes ao aparelho locomotor tendem a ser assimétricos e migratórios, com comprometimento dos dedos das mãos, punhos, joelhos e, com menor frequência, dos cotovelos, ombros, quadris e tornozelos. Em geral, a rigidez matinal é semelhante à da artrite reumatoide (AR)^{3, 4, 5}. Esses sintomas causados pela própria doença e pela terapêutica, demandam medidas que favoreçam a qualidade de vida como ferramenta essencial de satisfação para pacientes e profissionais de saúde que integram a equipe multiprofissional que assiste a esses pacientes.

Em razão das enfermidades reumáticas provocarem diversas incapacidades em pacientes, tais como déficits funcionais articulares e neurológicos, deformidades em contraturas progressivas, parestias e dor articular, todas constituem elementos que irão gerar certo grau de incapacidade no paciente, fazendo-se necessária a aplicação de um tratamento reabilitador⁶. É possível observar ainda que o maior impacto de doenças crônicas musculoesqueléticas, em termos populacionais, está relacionado à morbidade e à incapacidade física, sendo esta a maior causa de restrição de atividades, em longo prazo, o que interfere no convívio social do paciente com LES e assim, em sua qualidade de vida⁷.

A avaliação da qualidade de vida (QV) tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, em pacientes com doenças crônicas. Novos itens de saúde vêm sendo incorporados à avaliação tradicional. Assim, a mensuração do impacto da doença na QV do paciente se torna uma ferramenta importante e cada vez mais utilizada^{8, 9}.

O termo qualidade de vida, como vem sendo aplicado na literatura médica, não parece ter um único significado. “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos, e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação. Qualidade de vida relacionada à saúde (Health-related quality of life) e estado subjetivo de saúde (Subjective health status) são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas^{10, 11}.

Inúmeros instrumentos podem ser utilizados para estudos de qualidade de vida. O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 35 itens, englobados em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental⁹.

Portanto, este trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional de indivíduos com Lúpus Eritematoso Sistêmico acompanhados pelo projeto Lúpus, que é desenvolvido nas dependências do Hospital Geral Universitário (HGU/UNIC), no qual recebem orientação e tratamento multidisciplinar, composta por 17 profissionais da área da saúde, incluindo docentes e acadêmicos da Odontologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal e analítico, a partir da avaliação de 30 portadores de LES, atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Geral Universitário (HGU/UNIC), em Cuiabá – MT.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*), que é composto de 36 itens, distribuídos em 8 domínios: capacidade funcional (CF), com 10 itens; limitação por aspecto físico (LAF), com 4 itens; dor com 2 itens; estado geral de saúde (EGS) com 5 itens; vitalidade com 04 itens; aspectos sociais com 2 itens; limitação por aspecto emocional (LAE) com 3 itens; e saúde mental com 5 itens. Para avaliação dos dados do questionário foi realizada primeiramente a

correspondência de cada item a seu respectivo domínio, e posteriormente cada domínio foi convertido em pontuações de zero a 100, sendo zero o pior valor, e 100, um bom estado de saúde.

O Formulário Estruturado de identificação das regiões corpóreas mais afetadas foi realizado por meio de uma ilustração do corpo humano, na qual foram incluídas questões que avaliam os locais de dor, patologias associadas, além de dados pessoais e sócio-demográficos. O formulário foi dividido em duas partes, sendo a primeira relacionada aos sintomas e a segunda às partes do corpo mais afetadas pelo LES. Em ambas foram utilizadas medidas de porcentagens para comparação dos resultados.

A análise dos dados foi realizada com a versão 17.0 do SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Os dados foram apresentados descritivamente, com base nos números absolutos, percentuais e médias.

Em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque, e respeitando os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá, sob o protocolo nº 2011-127.

RESULTADOS

A amostra avaliada foi composta por 30 pacientes portadores de LES, sendo 28 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 22 e

66 anos, com média de 58,88 anos ($DP \pm 10,16$), sendo que 33% tinham idade entre 31 e 40 anos. O índice de massa corpórea (IMC) variou entre 18,38 e 48,81 kg/m^2 , com média 26,53 kg/m^2 ($DP \pm 3,26$).

A partir da análise dos escores obtidos na aplicação do questionário SF-36, verificou-se que a qualidade de vida do portador do LES é regular, considerando que, em uma escala de 0 a 100 pontos, os resultados dos escores variaram entre 36,67 e 60,42, com média de 49,10 pontos.

Os resultados mais impactantes foram relacionados à LAF e LAE, que se mostraram os fatores mais determinantes para a redução da qualidade de vida dos pacientes pesquisados (Tabela 1). Observou-se ainda que as limitações provocadas pelo LES impedem ou modificam a capacidade de viver do paciente, independentemente de continuar seu trabalho e desfrutar de recreação.

Com relação à dor, obteve-se média de 50,33 pontos, sendo o valor mais frequente (moda) 40,00 pontos. Esses resultados evidenciam a dor como um fator marcante, em se tratando do impacto no sistema músculo-esquelético (Tabela 1). Aproximadamente 95% dos pacientes relataram artralguas, mialgias e fraqueza muscular, decorrentes da doença, principalmente nos momentos de exacerbações.

Pacientes com idade entre 21 e 30 anos apresentaram todas as médias de escores melhores do que os pacientes de mais idade. Porém, os indivíduos de 41 a 50 anos, apresentaram-se com melhor média em todas as categorias, quando comparados aos pacientes na faixa etária de 31 a 40 anos (Tabela 2).

Tabela 1: Resultados gerais obtidos nas categorias do questionário SF-36

Estatísticas	CP	LAF	DOR	EGS	Vitalidade	Aspecto social	LAE	Saúde Mental
Média	51,83	36,67	50,33	52,17	50,83	60,42	37,78	52,80
Mediana	50,00	25,00	50,00	50,00	55,00	68,75	0,00	52,00
Moda	50,00	0,00	40,00	35,00	0,00	87,50	0,00	32,00
Desvio Padrão	26,57	42,41	29,06	30,90	30,03	32,18	44,41	28,54
Intervalo	95,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Mínimo	5,00	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitação por Aspecto Físico; EGS = Estado Geral de Saúde; LAE = Limitação por Aspecto Emocional.

Neste aspecto, o LES provoca uma piora ainda mais incisiva na funcionalidade motora, no aspecto social e no aumento das limitações, tanto físicas quanto mentais, principalmente em pacientes de mais idade, podendo levar o paciente a um estado de sedentarismo, corroborando para a piora das dores e da qualidade de vida do indivíduo.

No que tange ao IMC, 53,3% dos pacientes apresentaram peso em excesso (IMC entre 25-29) e 10 pacientes apresentaram o IMC entre 18,6 e 14,9, sendo, portanto, classificados como portadores de peso corporal normal. Os pacientes com sobrepeso apresentaram qualidade de vida melhor, quando comparados àqueles pacientes com IMC adequado (Tabela 3). Em relação ao evento dor, pacientes com magreza obtiveram índices piores, já os pacientes com sobrepeso ou obesas apresentaram índices regulares, acima dos 50 pontos.

Entre os pacientes que relataram a prática de atividade física ou de lazer (12 pacientes, 40%), a qualidade de vida obtida por meio da análise dos dados foi marcadamente melhor (Tabela 4). Nossos resultados

mostram que a prática de exercícios físicos gerou índices, em média, 31,8% maiores e, portanto melhores, em relação aos critérios relacionados à capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental. Já no que concerne à limitação por aspecto emocional, essa melhoria chega a mais de 50%, ultrapassando os 60%, na limitação por aspecto físico, quando comparadas aos índices dos pacientes mais sedentários, evidenciando desse modo uma qualidade de vida mais adequada destes pacientes, proporcionada pela atividade de lazer ou física.

Com relação ao critério dor, foi notado que na maioria das vezes a mesma apresentou-se simétrica, sendo assimétricas em apenas 3 pacientes (10%), sendo que nesse último caso a assimetria se apresentava apenas nas articulações interfalangeanas das mãos e/ou dos pés. Nos membros superiores, os locais mais afetados pela dor foram ombros, 19 pacientes (63,3%); cotovelos, 12 pacientes (40%); punhos e mãos, 22 pacientes (73,3%). No tronco, a região cervical foi a mais afetada para 10 pacientes (33,3%), a região torácica figurava como maior causa de incômodo para 17 pacientes (56,6%),

Tabela 2: Avaliação do impacto do LES segundo as faixas etárias dos pacientes

Idade (anos)	Médias das categorias							
	CF	LAF	DOR	EGS	Vitalidade	Aspecto social	LAE	Saúde Mental
21 a 30	76,43	71,42	81,43	81,43	81,43	89,28	86,00	81,71
31 a 40	45,00	27,50	42,00	43,00	38,00	38,75	20,00	41,60
41 a 50	45,00	28,13	43,75	43,75	43,13	64,06	21,00	43,00
Acima de 50	42,00	20,00	34,00	43,00	46,00	57,50	33,00	50,40

CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitação por Aspecto Físico; EGS = Estado Geral de Saúde; LAE = Limitação por Aspecto Emocional

Tabela 3: Avaliação da influência do LES na qualidade de vida de pacientes segundo IMC

Classificação	Médias das categorias							
	CP	LAF	DOR	EGS	Vitalidade	Aspecto social	LAE	Saúde Mental
Magreza	5,00	0,00	0,00	20,00	0,00	12,5	0,00	8,00
Saudável	43,00	22,50	43,00	40,50	42,50	56,25	30,00	48,40
Peso em excesso	60,62	48,44	56,25	56,87	58,43	68,62	46,00	59,00
Obesidade	50,00	33,33	60,00	76,67	65,00	62,50	33,00	49,33

CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitação por Aspecto Físico; EGS = Estado Geral de Saúde; Lae = Limitação por Aspecto Emocional

Tabela 4: Influência do LES na qualidade de vida de pacientes segundo a prática ou ausência de atividade física regular

Classificação	Médias das categorias							
	CF	LAF	DOR	EGS	Vitalidade	Aspecto social	LAE	Saúde Mental
Praticantes de atividades físicas	61,60	47,90	57,50	62,08	59,16	70,83	47,00	61,33
Não praticantes de atividades físicas	45,27	29,17	45,50	45,50	45,27	53,47	31,00	47,11

CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitação por Aspecto Físico; EGS = Estado Geral de Saúde; Lae = Limitação por Aspecto Emocional

e a região lombar foi referida como principal local de dor em 13 pacientes (43,3%). Nos membros inferiores, os locais mais citados foram quadril, em 13 pacientes (43,3%); os joelhos, citado por 26 pessoas (86,6%), e tornozelos e pés, lembrados por 26 pacientes (86,6%).

Com relação à etiologia dos pacientes com LES, apenas 4 pessoas (13%) relataram antecedentes familiares da patologia.

DISCUSSÃO

Corroborar-se neste estudo que o LES é mais comum em mulheres, sendo avaliadas 14 mulheres para cada homem. Concordando com essa pesquisa, encontramos o estudo de Sato *et al.* (2004)², que contabilizou 10 a 12 mulheres para cada homem, assim como estudos norte-americanos, conduzidos por Rus *et al.* (2007)¹², com a proporção de 9 a 10 mulheres para cada homem.

O aspecto social dos pacientes avaliados gerou, em média, 60,42 pontos. Nogueira *et al.* (2009)¹³, avaliando 12 pacientes, obteve índice de 66,67 pontos, com relação a esse mesmo critério, corroborando com os resultados de nosso estudo, os quais evidenciam que o portador de LES, por sua condição em consequência da doença, fica limitado a certas tarefas, restringindo sua participação em atividades que promovem integrações sociais, o que pode culminar com uma atitude de repressão e isolamento.

A dor figurou como um fator marcante neste estudo, gerando uma média de 50,33 pontos. Cerca de 95% se queixaram de artralgias, mialgias e fraqueza muscular, decorrentes da inflamação, principalmente nas exacerbações da doença. Estudos conduzidos por Moreira *et al.*

(1996)⁷ e Yoshinari *et al.* (2000)³, mostram que a dor é um dos aspectos mais relevantes para a qualidade de vida desses pacientes, podendo-se afirmar que ela contribui para a piora da qualidade de vida deles.

Em nosso trabalho, pacientes com idade entre 21 e 30 anos apresentaram todas as médias melhores do que aqueles de mais idade. Os escores que mais se destacaram, devido à diferença entre esses grupos etários, encontra-se aspecto social, LAE e LAF. Entretanto, pacientes com idade entre 41 e 50 anos apresentaram médias melhores, quando comparados àqueles com idade entre 31 e 40 anos, em todas as categorias, o que entra em dissonância com alguns estudos que associam o aumento da idade com a piora da qualidade de vida^{9, 13}. É necessário dar continuidade ao estudo, avaliando com maior refinamento os hábitos de vida, alimentares e sociais dos pacientes, a fim de buscar possíveis explicações para esses resultados discordantes.

O índice de massa corporal (IMC) é uma medida internacional, usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal, desenvolvido pelo polímata Lambert Quételet, no fim do século XIX. Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, ou seja, é um preditor internacional de obesidade, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a OMS, no Brasil, cerca de 51,7% da população têm sobrepeso ou é obesa. De etiologia multifatorial, a obesidade pode ser causada por diversos fatores, que na sua grande maioria incluem dieta desequilibrada e inatividade física^{14, 15}.

Em um trabalho conduzido por Silva *et al.* (2006)¹⁶, que revisou estudos sobre obesidade e qualidade de vida, foi demonstrado a maior parte dos estudos confirmam a influência negativa da obesidade e do excesso

de peso no estado de saúde, com expressão, quer em nível do bem-estar físico, quer do bem-estar emocional e psicossocial, provocando, portanto, uma degradação no nível da qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, não se pode, de maneira clara, definir a existência de uma relação linear entre a obesidade e a diminuição da qualidade de vida. Assim como neste estudo, nosso grupo obteve evidências de que, em geral, os pacientes com sobrepeso apresentaram melhor qualidade de vida do que aqueles com o IMC saudável, mostrando que não há uma relação clara entre esses fatores.

Em um estudo transversal, realizado nas Ilhas Canárias, envolvendo 4110 indivíduos com mais de 16 anos, foram avaliados o IMC e a qualidade de vida de todos os sujeitos por meio do instrumento EQ-5D¹⁷. Os resultados indicaram que indivíduos portadores de IMC normal têm 18% menos chance de apresentar baixos níveis de qualidade de vida, demonstrando uma relação inversamente proporcional entre os escores de qualidade de vida e IMC. Pacientes com obesidade severa apresentaram escores de qualidade de vida significativamente mais baixos, quando comparados a sujeitos com IMC normal, estando a severidade da obesidade diretamente associada aos menores escores de qualidade de vida. Os resultados obtidos no estudo de Aguilar *et al.*¹⁷ discordam dos achados por nosso grupo, embora a avaliação de qualidade de vida tenha sido feita com questionário diferente do qual foi utilizado neste estudo, é mister que se façam novas avaliações, a fim de chegarmos a um resultado mais conclusivo.

A escolha do questionário utilizado em nosso trabalho foi feita com base em estudos de Ribeiro (2000)¹⁸, segundo o qual, o SF-36 apresenta tanto a perspectiva positiva quanto a perspectiva negativa dos estados de saúde, mensurando conceitos de saúde destinados como valores básicos fundamentais para o bem-estar geral de cada um.

Segundo Ribeiro (2005)¹⁹, o fato de ser a técnica mais utilizada não garante, por si só, ser uma boa técnica, mas o fato de ser uma das técnicas mais estudadas e publicadas em revistas científicas dá a garantia de aceitação do instrumento e de sua validade, na avaliação do estado de saúde e de qualidade de vida.

Com relação à prática de atividade física, foi verificado que os pacientes que relataram a prática de atividades de lazer ou física apresentam qualidade de vida melhor. Corroborando com este resultado, Carvalho *et al.* (2005)²⁰ avaliou o efeito de exercícios físicos sobre a qualidade de vida em pessoas com LES, apontando mudanças positivas na capacidade

funcional, no estado geral de saúde, na vitalidade e nos aspectos social e mental.

Foi observado em nosso trabalho o relato de alopecia, dores articulares, edemas periféricos, rigidez matinal, sendo o maior índice encontrado no que concerne à dor muscular e à fadiga. No estudo empreendido por Thumboo e Strand (2007)²¹ foi mostrado que pacientes com LES apresentam *status* funcional inferior ao da população em geral, e que as manifestações específicas da doença podem influenciar na qualidade de vida. Os autores chamam a atenção para lesões de pele e a alopecia, que podem piorar a qualidade de vida nos pacientes com LES.

Comparada com as pesquisas de Yoshinari (2000)³, Skare (1999)⁴ e Bennet (1997)⁵, os resultados obtidos pelo nosso grupo foram concordantes em relação à maior incidência da dor, que foi nos ombros, punhos, joelhos, tornozelos e pés dos pacientes. Mais da metade dos pacientes (63%) relataram rigidez matinal, e 77% confirmaram sentir fadiga, sendo que este último resultado é concordante com o estudo de Sato (2004)².

De acordo com Golding (1998)²² e Stucki (1994)²³, dados epidemiológicos em relação à patologia mostram que todas as articulações podem estar envolvidas inicialmente, de forma assimétrica, mas depois, em geral, de forma simétrica bilateralmente.

Com relação à etiologia dos pacientes com LES, apenas 4 pessoas (13%) relataram antecedentes familiares da doença. Como a sua etiologia ainda é desconhecida, a presente pesquisa pode inferir apenas que a predisposição genética foi menos frequente do que outros possíveis fatores desencadeantes do LES, nos indivíduos avaliados.

CONCLUSÃO

Os pacientes avaliados neste estudo possuem uma equipe dedicada à assistência ambulatorial, tendo por finalidade reduzir as consequências e agravos da doença. Entretanto, a qualidade de vida geral desses indivíduos se mostrou regular baixa. Sugere-se que outras formas de tratamento e prevenção de agravos sejam realizadas em pacientes portadores de LES, como por exemplo, a assistência fisioterapêutica periódica, pois, como já descrito em nosso trabalho e em estudos anteriores, o exercício físico pode ser uma estratégia para contribuir para a melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Consenso Brasileiro de Doenças Reumáticas: Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico: São Paulo; 2009.
2. Sato EI. *In: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp/ Escola Paulista de Medicina Reumatologia*. São Paulo: Manole; 2004. 139-53.
3. Yoshinari NH, Bonfa ESD. *In: Neto EFB, Bonfá ESDO. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Reumatologia para o clínico*. São Paulo: Roca; 2000. 25-33.
4. Skare TL. *In: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Reumatologia: princípios e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. 134-53.
5. Bennett JC, Plum F. *In: Schur, PH. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Cecil tratado de medicina interna*. 20ª ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.1681-90.
6. Hernández LA. Reabilitação em Pacientes Reumáticos I. *Arquivos de Reumatologia*. [acesso em: 9 abr. 2004]. Disponível em: www.ingenta.com/journals.
7. Moreira C, Carvalho MAP. *In: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Noções práticas de reumatologia*. Belo Horizonte: Health, 1996; 2: 21-44.
8. Finckler P. Qualidade de vida e plenitude humana. Petrópolis: Vozes; 1994. 142 p.
9. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. mar/abr., 2003. 43. Disponível em: www.revbrasreumatol.com.br.
10. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL); 1998.
11. Reis M, Costa I. Qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Reumatol* 2010; 50 (4): 408-22.
12. Rus V, Maury EE, Hochberg MC: The epidemiology of systemic lupus erythematosus. *In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. Dubois lupus erythematosus*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 34-44.
13. Nogueira C, *et al*. Influência da cinesioterapia na qualidade de vida de portadores de lúpus eritematoso sistêmico. Campo Grande; 2009.
14. Nahas M. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2006.
15. Brownell KD, Wadden TA. Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60.
16. Silva M, *et al*. Obesidade e qualidade de vida: Artigo de revisão. *Acta Med Port*: 2006; 19: 247-50.
17. Aguilar PS, Navarro SRM, Fariña YR, Martín MMT (2009). Obesity and health-related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Quality of Life Research*, 18, 171-7.
18. Ribeiro A. Atividade física habitual em adultos idosos: caracterização do tempo de actividade na semana e no fim-de-semana. Porto: Alfredo M. F. M; 2000.
19. Ribeiro JLP. O Importante é Saúde. Porto: Merck, Sharp & Dohme; 2005.
20. Carvalho MRP, Sato E, Tebexreni AS, *et al*. Effects of Supervised Cardiovascular Training Program on Exercise Tolerance, Aerobic Capacity, and Quality of Life in Patients With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*. 2005; 53 (6): 838-44.
21. Thumboo J, Strand V. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: an update. *Ann Acad Med Singapore*. 2007; 36 (2): 115-22.
22. Golding DN. Reumatologia em medicina Física e Reabilitação. São Paulo: Atheneu; 1998.
23. Stucki G, Liang MH. Efficacy of rehabilitation interventions in rheumatic conditions. *Cuff Op Rheum*. 1994; 6 (2): 153-8.

Endereços para correspondência:

Viviane Aparecida Martins Mana Salicio
vivimana@hotmail.com

Cristhiane Almeida Leite
cristhianeleite@hotmail.com

Laira Karolina Amorim de Arruda
laira.amorim@hotmail.com

Ana Carolina Wolff Santin
anawsantin@hotmail.com

Marília Barbosa de Paula Matos
mariliabq@yahoo.com.br

Marcial Francis Galera
fgalera@uol.com.br

Eliane Pedra Dias
elianepedra@hotmail.com