AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO

Palavras-Chave: DOENÇAS DO COLÁGENO, QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Autoras:
ANDRÉIA VIEIRA MIRANDA OLIVEIRA, FCM – UNICAMP
BIANCA RUSSANI ANDRADE (coautora), FCM – UNICAMP
PROFª. DRª. RENATA FERREIRA MAGALHÃES (orientadora), FCM - UNICAMP
PROFª. DRª. ANDREA ELOY DA COSTA FRANÇA (coorientadora), FCM - UNICAMP

INTRODUÇÃO:

As doenças do colágeno são enfermidades autoimunes que afetam o tecido conjuntivo, resultando em degeneração das fibras colágenas devido à ação de autoanticorpos. Exemplos incluem lúpus eritematoso, esclerodermia e dermatomiosite[1]. Essas condições podem impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, como pode ser visto em estudo publicado em 2020, que identificou uma relação entre os sintomas do lúpus e os efeitos na qualidade de vida dos pacientes, especialmente relacionados à atividade da doença, incluindo fadiga e imagem corporal[2].

Lúpus Eritematoso

O lúpus eritematoso é uma doença sistêmica autoimune, na qual há perda da tolerância a autoantígenos, produção de autoanticorpos e deposição de imunocomplexos. Tal ataque imunológico leva a um quadro inflamatório sistêmico, que pode lesar diversos órgãos[3]. A pele é um dos órgãos mais afetado pelo lúpus, com lesões presentes em mais de 70% dos pacientes[4]. Manifestações cutâneas somam quatro dos 11 critérios para diagnóstico da doença sistêmica[5].

No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia, estima-se que existam cerca de 65 mil indivíduos vivendo com lúpus, com predominância em mulheres entre 20 e 45 anos[6]. Um estudo publicado na Revista Brasileira de Reumatologia em 2017 reportou uma taxa de mortalidade da doença de 4,76 óbitos por 100.000 habitantes no país[7].

O lúpus discoide, ou lúpus cutâneo, é uma das manifestações da doença, podendo ocorrer isoladamente ou acompanhada da forma sistêmica. As lesões cutâneas associadas ao lúpus constituem a terceira causa mais comum de incapacidade entre as doenças dermatológicas[5].

As lesões do lúpus cutâneo são classificadas de acordo com a classificação de Gilliam, que divide as manifestações específicas do lúpus eritematoso em agudas, subagudas e crônicas. Além

disso, existem manifestações cutâneas que não são específicas do lúpus eritematoso, como alopecia e vasculite[5].

No lúpus cutâneo crônico, a forma discoide é predominante, caracterizada por áreas de lesões eritemato-papulosas com bordas bem definidas e presença de escamas aderidas à lesão. Na forma aguda do lúpus cutâneo, o rash malar em formato de asa de borboleta é a manifestação mais comum. Por outro lado, na forma subaguda, são observadas predominantemente lesões anulares e psoriasiformes[8].

Esclerodermia

A esclerodermia pode se apresentar como uma doença exclusivamente cutânea ou com envolvimento sistêmico, sendo então denominada esclerose sistêmica. Caracteriza-se principalmente pela fibrose tecidual e disfunção vascular, resultantes de mecanismos autoimunes e processos inflamatórios[9]. Quando restrita à pele, é denominada esclerodermia localizada, que pode assumir duas formas principais: morfeia e linear. Na morfeia, observa-se o espessamento da pele em placas, enquanto na forma linear, ocorre o espessamento em linhas verticais ao longo do corpo[10].

Embora haja uma escassez de estudos sobre a epidemiologia da esclerodermia no Brasil, dados de estudos internacionais indicam uma prevalência de esclerodermia localizada variando entre 0,4 e 2,7 por 100.000 habitantes[11]. Um estudo realizado no Ceará em 2020 revelou uma prevalência estimada da doença no país de 1,39 por 100.000 habitantes, com uma maior incidência em mulheres do que em homens, na proporção de 3,4 para 1. Além disso, a esclerodermia tende a afetar predominantemente indivíduos na idade adulta[12].

Do ponto de vista clínico, a esclerodermia se manifesta através do endurecimento da pele, uma característica que muitas vezes é precedida por lesões eritemato-edematosas. Quando a doença afeta órgãos além da pele, pode comprometer o tecido vascular, resultando, por exemplo, no fenômeno de Raynaud, e o sistema musculoesquelético, causando sintomas como artralgia e mialgia. Além disso, a esclerodermia pode levar a complicações cardíacas, pulmonares, gastrointestinais, entre outras, ampliando o impacto da doença sobre a saúde geral do paciente[13].

Dermatomiosite

A dermatomiosite é uma doença inflamatória autoimune que afeta a pele e os músculos esqueléticos. Embora seja considerada uma condição idiopática, de causa desconhecida, fatores ambientais, como infecções, uso de medicamentos e exposição solar, bem como fatores genéticos, podem estar envolvidos na patogênese da enfermidade[14]. A taxa de incidência varia de 10 a 60 casos por 1 milhão de habitantes por ano[15].

Clinicamente, a dermatomiosite pode manifestar-se com envolvimento cutâneo, apresentando sinais característicos como o heliotropo, uma lesão eritemato-edematosa bilateral nas pálpebras, e o sinal de Gottron, que se manifesta como uma placa eritemato-descamativa sobre proeminências ósseas. Além disso, podem ocorrer lesões eritematosas em áreas fotoexpostas. Em relação ao comprometimento muscular, a dermatomiosite pode causar mialgia e fraqueza, especialmente na musculatura proximal, bem como disfagia ou disfonia. Além disso, pode haver acometimento sistêmico, afetando outros órgãos como os pulmões[16].

Ansiedade e depressão

Ansiedade e depressão constituem diagnósticos psiquiátricos prevalentes na prática clínica atual, especialmente entre indivíduos com doenças crônicas, que podem ser subdiagnosticados e subtratados.

Um estudo publicado em 2023[17] identificou elevadas taxas de ansiedade, depressão e estresse em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, as quais se associaram a uma pior qualidade de vida. O impacto negativo dessas manifestações cutâneas sobre a qualidade de vida, por sua vez, pode contribuir para o agravamento dos sintomas ansiosos e depressivos, estabelecendo um ciclo prejudicial à saúde mental desses pacientes.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, não intervencionista, baseado na aplicação de questionários de triagem, durante a consulta médica de rotina.

Procedimentos do estudo

Os pacientes foram chamados para sua consulta ambulatorial e antes de seu atendimento, foram convidados a participar do estudo e assinar o TCLE. Foram oferecidos dois questionários: DLQI (Dermatology Life Quality Index) e HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), preenchidos pelo próprio paciente, sem a interferência do médico examinador, na sala de espera.

Dados demográficos e sobre a doença foram obtidos do prontuário médico: idade, sexo, etnia, idade de início dos sintomas, classificação da doença e extensão, tratamentos atuais e pregressos e comorbidades.

Os instrumentos utilizados estão abaixo listados e são utilizados no acompanhamento laboratorial de pacientes dermatológicos.

Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI)

O DLQI é um questionário composto por 10 perguntas e se refere aos sentimentos em relação à dermatose na última semana. Sua pontuação varia de 0 a 30, sendo que índices acima de 10 significam grande impacto na qualidade de vida[18].

Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)

A escala HADS para detecção de ansiedade e depressão pode ser útil como instrumento de triagem e consiste num instrumento que adota um referencial teórico de forma que: a pontuação entre 0 a 7 significa ausência de sintomas depressivos ou ansiosos; a pontuação entre 8 a 10 significa um possível caso de depressão ou ansiedade; e de 11 a 21 como um provável caso. Pacientes com pontuação que sugira o diagnóstico de ansiedade ou depressão serão encaminhados para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica no serviço com profissional envolvido nesse projeto.

Processamento de dados e análises estatísticas

Os dados foram organizados em tabelas e as variáveis numéricas foram tabuladas e foram submetidas a análise estatística, com frequência simples e comparação com a população geral.

RESULTADOS PRELIMINARES:

O presente estudo, ainda em fase de processamento de dados para análises estatísticas, utilizou amostragem de conveniência para a coleta de dados de 40 pacientes atendidos no ambulatório de Colagenoses do Hospital de Clínicas da Unicamp, no período de fevereiro a julho de 2025.

Os resultados preliminares da análise da amostra revelaram predominância do sexo feminino, com 39 indivíduos (97,5%), e apenas um participante do sexo masculino (2,5%). A idade média da amostra foi de 48,98 anos, variando entre 27 e 66 anos. Em relação à etnia, a maioria dos participantes se autodeclarou branca (n=34; 85%), seguida por parda (n=5; 12,5%) e negra (n=1; 2,5%). Quanto aos diagnósticos, a distribuição na amostra é apresentada no Gráfico 1, sendo majoritariamente composta por pacientes com Lúpus (n=32; 80%), seguidos por Esclerodermia (n=6; 15%) e Dermatomiosite (n=2; 5%).

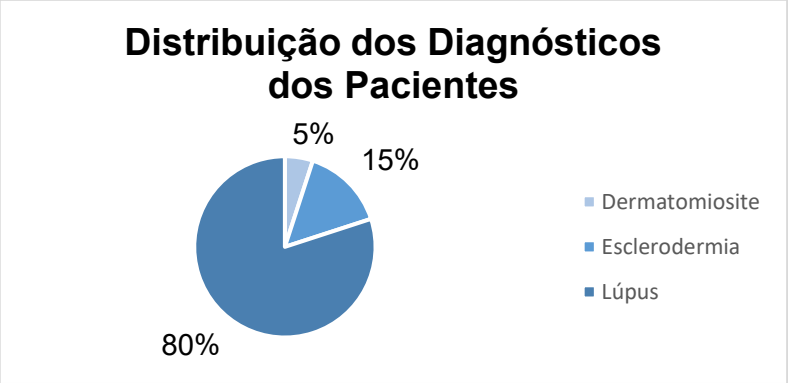

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos diagnósticos na amostra de pacientes (n=40)

Com base nos resultados obtidos por meio dos questionários aplicados, observou-se que o DLQI apresentou média de 8,13 pontos, indicando um impacto moderado na qualidade de vida dos pacientes avaliados. Em relação ao HADS, a média das respostas para os sintomas depressivos foi de 8,90, enquanto as respostas relacionadas à ansiedade atingiram média de 9,77. Esses valores demonstram níveis superiores aos observados na população geral[19,20], sugerindo maior comprometimento emocional entre os indivíduos da amostra.

CONCLUSÃO:

Os resultados preliminares indicam que a amostra de pacientes com doenças do tecido conjuntivo no HC-UNICAMP é majoritariamente feminina, de etnia branca e com Lúpus Eritematoso Sistêmico como o diagnóstico mais frequente. O impacto na qualidade de vida, conforme medido pelo DLQI, é moderado. As pontuações elevadas nas subescalas de ansiedade e depressão da HADS sugerem a necessidade de uma triagem mais rigorosa e intervenções multidisciplinares para abordar o bem-estar psicológico nessa população de pacientes.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam para ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida de pacientes com doenças do tecido conjuntivo, como lúpus, dermatomiosite e esclerodermia, e para analisar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nesses pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Lanigan S, Zaidi Z. Dermatology in Clinical Practice. Springer; 2010. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-84882-862-9.
2. Pereira MG, Duarte S, Ferraz A, Santos M, Fontes L. Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: the mediator role of psychological morbidity and disease activity. Psychology, Health & Medicine. 2020;25(10):1247-1257.
3. Sawada T, Fujimori D, Yamamoto Y. Systemic lupus erythematosus and immunodeficiency. Immunological Medicine. 2019;42(1):1-9.
4. Jarukitsopa S, Hoganson DD, Crowson CS, Sokumbi O, Davis MD, Michet Jr CJ, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus in a predominantly white population in the United States. Arthritis Care & Research. 2015;67(6):817-828.
5. Lee HJ, Sinha AA. Cutaneous lupus erythematosus: understanding of clinical features, genetic basis, and pathobiology of disease guides therapeutic strategies. Autoimmunity. 2006;39(6):433-444.
6. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Lúpus. 24 abr 2024. Disponível em: https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/lupus-eritematoso-sistemico-les/.
7. Costi LR, Iwamoto HM, Neves DCDO, Caldas CAM. Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: avaliação das causas de acordo com o banco de dados de saúde do governo. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017;57:574-582.
8. Berbert ALCV, Mantese SADO. Lúpus eritematoso cutâneo: aspectos clínicos e laboratoriais. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2005;80:119-131.
9. Zimmermann AF, Pizzichini MMM. Update on the etiopathogenesis of systemic sclerosis. Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition). 2013;53(6):516-524.
10. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Esclerodermia. 24 abr 2024. Disponível em: https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/esclerodermia/.
11. Fett N, Werth VP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. Journal of the American Academy of Dermatology. 2011;64(2):217-228.
12. Vale TCB, Barros LCM, de Sousa Lima ME, Maia MR, Aires MAP. Prevalência da esclerodermia localizada em um serviço de referência em dermatologia do Estado do Ceará. Revista de Medicina. 2020;99(6):568-572.
13. Allanore Y, Simms R, Distler O, Trojanowska M, Pope J, Denton CP, et al. Systemic sclerosis. Nature Reviews Disease Primers. 2015;1(1):1-21.
14. DeWane ME, Waldman R, Lu J. Dermatomyositis: clinical features and pathogenesis. Journal of the American Academy of Dermatology. 2020;82(2):267-281.
15. Ortigosa LCM, Reis VMS. Dermatomiosite. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2008;83:247-259.
16. Callen JP, Wortmann RL. Dermatomyositis. Clinics in Dermatology. 2006;24(5):363-373.
17. Dehghan A, Soltani H, Faezi ST, Baghdadi A, Salehabadi HS, Bashiri H, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. Reumatologia. 2023;61(5):368–74. doi:10.5114/reum/168396.
18. Cardiff University. Dermatology Life Quality Index [Internet]. Cardiff (UK): Cardiff University; 2025. Disponível em: https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index
19. Cassiani-Miranda CA, Scoppetta O, Cabanzo-Arenas DF. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in primary care patients in Colombia. Gen Hosp Psychiatry. 2022;74:102-9.
20. Faro A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Psicol Teor Pesqui. 2015;31:349-53.