

Correlação de fadiga com dor e incapacidade na artrite reumatoide e na osteoartrite, respectivamente

Gilberto Santos Novaes¹, Mariana Ortega Perez², Maria Beatriz Bray Beraldo²,
Camila Rodrigues Costa Pinto³, Reinaldo José Gianini⁴

RESUMO

Objetivos: Investigar a correlação de fadiga com dor em pacientes com artrite reumatoide e de fadiga com incapacidade em pacientes com osteoartrite. **Métodos:** Foram avaliados 20 pacientes com artrite reumatoide e 20 com osteoartrite. Fadiga foi avaliada com escala visual analógica e questionário de avaliação multidimensional de fadiga. Utilizou-se a escala visual analógica para avaliar dor e para a avaliação global da doença pelo paciente. Incapacidade foi avaliada pelo questionário de avaliação de saúde. Idade, gênero, duração da doença, escolaridade, renda mensal, uso de drogas antirreumáticas e comorbidades foram obtidos. A análise estatística incluiu teste exato de Fisher, Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis e Spearman. O nível de significância foi de 0,05. **Resultados:** A fadiga mostrou-se significativamente aumentada na osteoartrite em comparação à artrite reumatoide quando se utilizou o questionário de avaliação multidimensional de fadiga ($P < 0,05$). Dor correlacionou-se com fadiga ao se utilizar a escala visual analógica ou o questionário de avaliação multidimensional de fadiga em artrite reumatoide ($r = 0,46$; $P < 0,05$). O questionário de avaliação de saúde foi associado à fadiga por escala visual analógica em osteoartrite ($r = 0,54$; $P < 0,05$). Avaliação global da doença pelo paciente correlacionou-se com fadiga pela escala visual analógica ($r = 0,44$; $P < 0,003$). Todas as pacientes eram mulheres, predominantemente idosas, com médias de idade semelhantes, longa duração de doença e baixa renda. **Conclusões:** Nossos resultados confirmam que em pacientes com artrite reumatoide a fadiga correlaciona-se com dor, enquanto em pacientes com osteoartrite ela associa-se à incapacidade. Portanto, fadiga tem diferentes correlatos em osteoartrite e artrite reumatoide. Sugerimos que incapacidade, e não dor, seja o correlato da fadiga em pacientes com osteoartrite.

Palavras-chave: artrite reumatoide, osteoartrite, fadiga, dor, incapacidade física.

© 2011 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A fadiga é um sintoma subjetivo de baixa vitalidade, assim como o são cansaço, exaustão, saturação, fraqueza e depleção de energia. Tais sintomas são acompanhados de redução da capacidade física e mental. Em um estudo, fadiga medida pela escala visual analógica (EVA) esteve presente em 88%-98% de pacientes reumáticos.¹ Níveis de fadiga clinicamente relevantes foram detectados em cerca de 40%-80% dos pacientes

com artrite reumatoide (AR) ou osteoartrite (OA) em outros estudos.^{1,2}

Na AR, mais de 80% dos pacientes têm fadiga (≥ 2 cm, EVA), e mais de 50% a têm em altos níveis (≥ 5 cm, EVA).² Quarenta por cento dos pacientes com AR apresentam fadiga persistente, determinada pela medida de saúde geral e incapacidade.² A fadiga diminui com as drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e com a terapia anti-TNF.^{3,4} Tal redução acha-se principalmente relacionada à melhora da dor.³

Recebido em 01/12/2010. Aprovado, após revisão, em 01/07/2011. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse. Suporte financeiro: CNPq-CEPE PUCSP-PBIC. Comitê de Ética: FR148764.

Centro de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

1. Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

2. Doutoranda em Medicina pela PUC-SP

3. Aprimoranda em Reumatologia pela PUC-SP

4. Professor Titular de Medicina Preventiva e Social da PUC-SP; Professor do Curso de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

Correspondência para: Gilberto Santos Novaes. Praça Dr. José Ernirio de Moraes, 290 – Centro. CEP: 18030-230. Sorocaba, SP, Brasil. E-mail: gnovaes@terra.com.br

A fadiga foi menos estudada em pacientes com OA que naqueles com AR, embora altos níveis de fadiga também estejam presentes em pacientes com OA, com impacto substancial em suas vidas.^{1,5} Um estudo relatou níveis de fadiga mais elevados em pacientes com OA do que naqueles com AR.⁶ A fadiga em pacientes com OA mostrou-se muito mais relacionada à atividade física, medida como atividades da vida cotidiana, do que à dor momentânea,⁷ e foi considerada um dos preditores mais fortes de incapacidade funcional em OA.⁸

A fadiga na AR foi associada a gênero feminino, dor, depressão ou história de distúrbio afetivo, incapacidade funcional, distúrbios do sono, comorbidades e tempo de doença.^{1,9-13} Não se encontrou relação com inflamação, atividade da doença, nem anemia.^{1,2,9} A fadiga em pacientes com OA foi descrita em associação com os mesmos correlatos, tais como dor, distúrbios do sono, depressão, incapacidade física e baixo nível de atividade física.^{1,6-8,14}

Mais estudos sobre as correlações em pacientes com OA e AR são necessários para que se aprofunde o conhecimento sobre a fadiga em tais pacientes, assim como para auxiliá-los quanto às estratégias de autocuidado, farmacoterapia, fisioterapia e outros tratamentos para fadiga nessas patologias. Investigamos as possíveis inter-relações de dor, fadiga e incapacidade em pacientes com AR e OA.

MÉTODOS

População do estudo

Este estudo avaliou 20 pacientes com diagnóstico de AR segundo os critérios para a classificação da *American Rheumatism Association*, revisão de 1987,¹⁵ e 20 pacientes com OA.¹⁶ Todos os participantes foram recrutados consecutivamente no ambulatório de Reumatologia, do Hospital de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde estavam em acompanhamento regular. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado.

Medida de fadiga, dor, incapacidade e avaliação global pelo paciente

A fadiga dos pacientes foi avaliada através de EVA, composta por uma linha reta de 10 cm de comprimento, em cujas extremidades estavam assinalados os pontos 0 (sem fadiga) e 10 (a pior fadiga possível). Considerou-se que fadiga estava presente para uma medida de EVA ≥ 2 cm, e em nível alto quando EVA ≥ 5 cm. A fadiga foi também conferida através do questionário de avaliação multidimensional de fadiga (MAF,

do inglês, *multidimensional assessment of fatigue*).^{10,12} Tal questionário consiste em 16 itens que avaliam aspectos subjetivos da fadiga, tais como quantidade, intensidade, exaustão, impacto e duração. As subescalas são combinadas para criar um índice global de fadiga, que varia de 1 (sem fadiga) até 50 (fadiga extrema). Neste estudo, considerou-se fadiga quando esse índice foi ≥ 10 . Avaliou-se dor através da EVA de 10 cm, onde 0 correspondeu a “ausência de dor” e 10 correspondeu a “pior dor possível”. Incapacidade foi avaliada através da versão em português do Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ, do inglês, *health assessment questionnaire*).¹⁷ A avaliação global pelo paciente (PGA, do inglês, *patient global assessment*) foi aferida usando-se uma EVA de 10 cm, onde 0 foi considerado a melhor avaliação da doença (muito bom), e 10 a pior (muito mal).

Variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas

As seguintes variáveis foram obtidas na visita: idade, gênero, tempo de doença (anos), escolaridade (anos), renda mensal, uso de drogas antirreumáticas e comorbidade.

Análise estatística

Primeiro, a distribuição das variáveis foi analisada. Para as variáveis quantitativas empregou-se o teste de Shapiro-Wilk, a fim de confirmar a distribuição não paramétrica. Proporções, médias e desvio-padrão foram usados. Para comparar os grupos AR e OA utilizou-se o teste exato de Fisher (variáveis categóricas) ou de Kruskal-Wallis (variáveis quantitativas). A correlação entre variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste de Spearman. O nível de significância adotado foi 0,05.

RESULTADOS

Fadiga avaliada pela EVA foi observada em 17 (85%) pacientes com AR e em 19 (95%) com OA. Altos níveis de fadiga foram detectados em 10 (50%) pacientes com AR e em 18 (90%) pacientes com OA. Quando se utilizou o questionário MAF, 20 (100%) pacientes com AR e 19 (95%) com OA mostraram fadiga. A fadiga medida pelo questionário MAF foi significativamente maior em pacientes com OA do que naqueles com AR ($P < 0,05$).

A Tabela 1 mostra a análise socioeconômica e demográfica e as características clínicas. Em geral, os pacientes dos dois grupos eram semelhantes: todas mulheres, com doença de longo tempo e baixa renda. As pacientes com AR tinham doença de longa duração e menos comorbidades em comparação àquelas com OA. A comorbidade mais frequente nos dois

Tabela 1

Análise dos parâmetros socioeconômicos, demográficos e clínicos

	AR (n = 20)	OA (n = 20)
Idade, anos	53,4 ± 10,6	54 ± 6,2
Gênero: feminino, %	100,0	100,0
Tempo de doença, anos	9,40 ± 6,22*	4,55 ± 3,10
Escolaridade, anos	3,90 ± 2,78	4,03 ± 3,44
Salário mensal, US\$	596 ± 325	493 ± 264
Comorbidades, % pacientes	85,0	100,0

Valores expressos como média ± DP. * P < 0,05.
AR: artrite reumatoide; OA: osteoartrite.

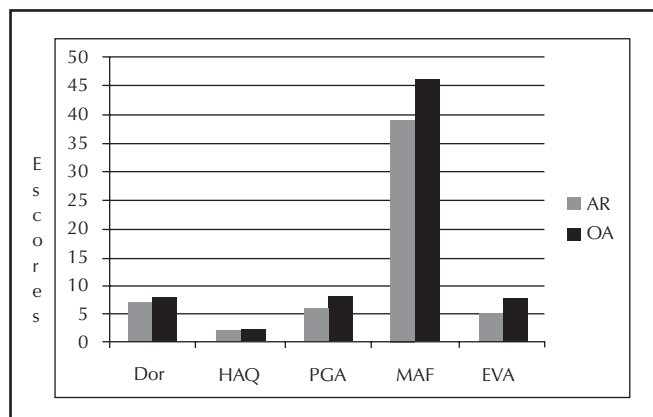


Figura 1

Fadiga e correlatos em AR e OA.

Os escores de dor associaram-se à fadiga medida pela EVA e pela MAF em pacientes com AR. O escore de HAQ correlacionou-se com fadiga medida pela MAF em pacientes com OA. A PGA correlacionou-se com fadiga medida pela EVA em pacientes com AR.

*P < 0,05. HAQ: questionário de avaliação de saúde; PGA: avaliação global pelo paciente; MAF: avaliação multidimensional de fadiga; EVA: escala visual analógica; AR: artrite reumatoide; OA: osteoartrite.

grupos foi hipertensão arterial (35% em pacientes com AR e 50% naquelas com OA), *diabetes mellitus* (15% em AR e 5% em OA) e gastropatia (10% em AR e 15% em OA).

Não houve associação entre fadiga medida pela EVA ou pelo questionário MAF e escolaridade, categorias de renda, uso de drogas antirreumáticas e comorbidades. A Figura 1 mostra a análise da fadiga e correlatos. O escore de dor correlacionou-se significativamente com fadiga medida pela EVA e pelo questionário MAF nas pacientes com AR (P < 0,05;

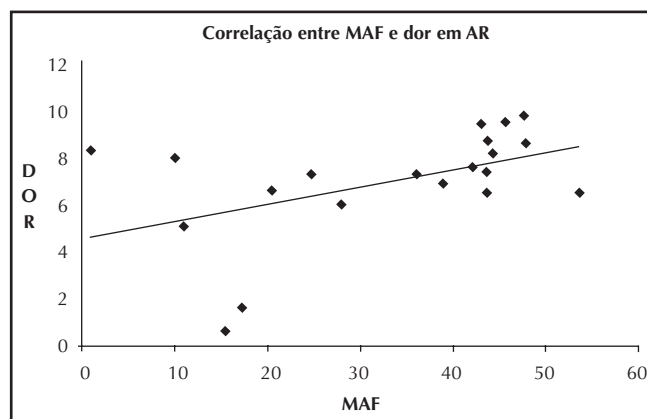


Figura 2

Correlação de escores de dor e do questionário MAF em pacientes com AR (r = 0,46).

MAF: avaliação multidimensional de fadiga; AR: artrite reumatoide.

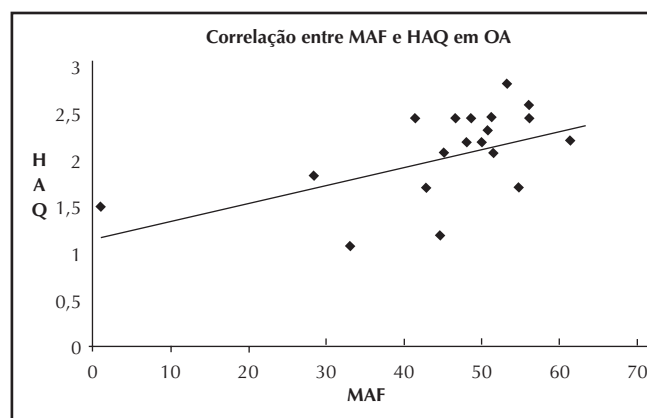


Figura 3

Correlação de escores do HAQ e do questionário MAF em pacientes com OA (r = 0,54).

MAF: avaliação multidimensional de fadiga; HAQ: questionário de avaliação de saúde; OA: osteoartrite.

r = 0,46). O escore do HAQ correlacionou-se significativamente com fadiga medida pelo questionário MAF em pacientes com OA (P < 0,05; r = 0,54). A PGA correlacionou-se com fadiga medida por EVA em pacientes com AR (P < 0,003; r = 0,44). Não se observou correlação entre PGA e fadiga em pacientes com OA. A Figura 2 mostra a correlação entre dor e o escore do questionário MAF em pacientes com AR (r = 0,46), e a Figura 3 apresenta a correlação entre o escore do HAQ e o do questionário MAF em pacientes com OA (r = 0,54).

Em resumo, fadiga refletiu dor e associou-se a ela em pacientes com AR, enquanto em pacientes com OA a fadiga associou-se à incapacidade.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a fadiga foi avaliada nos dois grupos de pacientes (AR e OA) usando-se a EVA e o questionário MAF, e tais medidas foram comparadas com parâmetros socioeconômicos, demográficos e clínicos, tais como escolaridade, tempo de doença, dor, escore do HAQ e PGA. Observou-se diferença entre a fadiga da AR e da OA e a avaliação de dor e incapacidade: fadiga foi associada de maneira significativa à dor em pacientes com AR e à incapacidade em pacientes com OA.

Entretanto, em outro estudo, pacientes com AR mostraram níveis mais elevados de fadiga avaliada pela EVA do que pacientes com OA.¹⁸ Um outro estudo relatou níveis mais elevados de fadiga em pacientes com OA em comparação aos com AR.⁶ Em nosso estudo, níveis mais elevados de fadiga foram observados em pacientes com OA do que naqueles com AR, quando se usou o questionário MAF. A correlação de dor e fadiga foi exaustivamente relatada em pacientes com AR, e, em geral, dor, depressão e fadiga correlacionaram-se de maneira significativa e positiva.^{1,3,4,10,12,19-22} Stebbing *et al.*²² relataram que, em pacientes com AR, a fadiga não se associou significativamente a dor, atividade da doença, incapacidade nem erosão, mas associou-se a depressão e ansiedade. Os autores também relataram maiores escores do questionário MAF em pacientes com OA, e isso dependeu da incapacidade.²² Segundo nossos achados, fadiga em pacientes com AR associou-se fortemente à dor, independentemente da escala usada para avaliá-la. Esse fato é consistente com a percepção de que a melhora da fadiga com drogas antirreumáticas, vista em pacientes com AR, depende da melhora da dor.^{3,4}

Nossos resultados também indicam que fadiga em pacientes com OA correlacionou-se com incapacidade medida no questionário MAF. Há evidência de que fadiga mais intensa em pacientes com OA não é relacionada ao aumento da dor, mas à incapacidade física e psicológica.^{6,7,14} Pacientes com OA descreveram a fadiga como tendo impacto em sua função física e habilidade de participar das atividades sociais e da vida cotidiana.⁵ Em um estudo, mulheres jovens com AR e múltiplas tarefas diárias pareceram mais vulneráveis ao impacto negativo da fadiga.²³ Nossos resultados sugerem que a fadiga de pacientes com OA será mais bem tratada e resolvida com uma estratégia para superar a incapacidade do que a dor. As atividades da vida cotidiana representadas pelo escore do HAQ podem ser afetadas por comorbidades, mas a extensão

e a doença específica responsável por esse comprometimento ainda não foi estabelecida. Estudos adicionais devem ser realizados para confirmar os achados e melhorar a compreensão sobre a fadiga de pacientes com AR e OA.

Em resumo, nossos resultados confirmam que a fadiga em pacientes com AR correlaciona-se com a intensidade da dor, enquanto que em pacientes com OA associa-se à incapacidade. Portanto, fadiga tem diferentes correlatos em OA e AR. Sugerimos que incapacidade, e não dor, seja o correlato da fadiga em pacientes com OA.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol* 1996; 23(8):1407-17.
2. Repping-Wuts H, Fransen J, van Achterberg T, Bleijenberg G, van Riel P. Persistent severe fatigue in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Nurs* 2007; 16(11C):377-83.
3. Pollard LC, Choy EH, Gonzalez J, Khoshaba B, Scott DL. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45(7):885-9.
4. Wolfe F, Michaud K. Fatigue, rheumatoid arthritis, and antitumor necrosis factor therapy: an investigation in 24,831 patients. *J Rheumatol* 2004; 31(11):2115-20.
5. Power JD, Badley EM, French MR, Wall AJ, Hawker GA. Fatigue in osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9:63.
6. Zautra AJ, Fasman R, Parish BP, Davis MC. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain* 2007; 128(1-2):128-35.
7. Murphy SL, Smith DM, Clauw DJ, Alexander NB. The impact of momentary pain and fatigue on physical activity in women with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 59(6):849-56.
8. Wolfe F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38(4):355-61.
9. Bergman MJ, Shahouri SS, Shaver TS, Anderson JD, Weidensaul DN, Busch RE *et al.* Is fatigue an inflammatory variable in rheumatoid arthritis (RA)? Analyses of fatigue in RA, osteoarthritis, and fibromyalgia. *J Rheumatol* 2009; 36(12):2788-94.
10. Belza BL. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *J Rheumatol* 1995; 22(4):639-43.
11. Stone AA, Broderick JE, Porter LS, Kaell AT. The experience of rheumatoid arthritis pain and fatigue: examining momentary reports and correlates over one week. *Arthritis Care Res* 1997; 10(3):185-93.
12. Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, Gilliss CL. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res* 1993; 42(2):93-9.
13. Jump RL, Fifield J, Tennen H, Reisine S, Giuliano AJ. History of affective disorder and the experience of fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 51(2):239-45.
14. Sale JE, Gignac M, Hawker G. The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis. *J Rheumatol* 2008; 35(2):335-42.

15. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS *et al*. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31(3):315-24.
16. Kellgren JH, Moore R. Generalized osteoarthritis and Heberden's nodes. *Br Med J* 1952; 1(4751):181-7.
17. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol* 1990; 17(6):813-7.
18. Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Loge JH, Kylen TK. Health-related quality of life in women with symptomatic hand osteoarthritis: a comparison with rheumatoid arthritis patients, healthy controls, and normative data. *Arthritis Rheum* 2007; 57(8):1404-9.
19. Huyser BA, Parker JC, Thoreson R, Smarr KL, Johnson JC, Hoffman R. Predictors of subjective fatigue among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(12):2230-7.
20. Fifield J, Tennen H, Reisine S, McQuillan J. Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(10):1851-7.
21. van Hoogmoed D, Fransen J, Bleijenberg G, van Riel P. Physical and psychosocial correlates of fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2010; 49(7):1294-302.
22. Stebbings S, Herbison P, Doyle TC, Treharne GJ, Highton J. A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance. *Rheumatology (Oxford)* 2010; 49(2):361-7.
23. Nikolaus S, Bode C, Taal E, van de Laar MA. New insights into the experience of fatigue among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(5):895-7.