

**DANUSA CÉSPEDES GUIZZO AYACHE**

**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES EM  
PACIENTES DO SEXO FEMININO COM LUPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO**

**CAMPO GRANDE – MS  
2006**

**DANUSA CÉSPEDES GUIZZO AYACHE**

**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES EM  
PACIENTES DO SEXO FEMININO COM LUPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO**

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA  
MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA REDE CENTRO-  
OESTE, CONVÊNIO UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
E UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
DO SUL, COMO PARTE DOS REQUISITOS  
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU  
DE MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LINHA DE PESQUISA: ASPECTOS  
EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS  
REUMATOLÓGICAS

**Orientador: Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa**

**Coordenador Geral: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz**

**Coordenador Regional: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos**

**CAMPO GRANDE - MS  
2006**

Ayache, Danusa Céspedes Guizzo

**Traços de Personalidade e suas alterações em pacientes do sexo feminino com Lupus Eritematoso Sistêmico. Campo Grande, 2006.**

78p.

Dissertação submetida ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Rede Centro-Oeste, Convênio Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.**

**Personality traits and their alterations in female patients with Systemic Lupus Erythematosus. Campo Grande, 2006.**

1. Alterações 2. Personalidade 3. Lupus Eritematoso Sistêmico

*Toda a nossa ciência, comparada à realidade,  
é primitiva e infantil. E, no entanto, é a coisa mais  
preciosa que temos.*

**ALBERT EINSTEIN**

*- A meus pais, José Octávio e Marta, pela valorização do conhecimento que me trouxeram desde a infância.*

*- A Ricardo, por todos os sonhos que realizamos juntos e por todos aqueles que ainda se tornarão realidade.*

*- A meus irmãos, familiares e amigos por todo o apoio e estímulo que tantas vezes se fizeram necessários.*

*- A Pedro, meu bem mais precioso, e a meus sobrinhos Cecília e João Pedro, que me fazem acreditar no futuro e lutar por um mundo melhor.*

## HOMENAGENS

- Ao Professor Juberty Antônio de Souza, grande mestre e amigo de todas as horas, que me despertou para esta especialidade apaixonante que é a Psiquiatria e ainda hoje exerce papel fundamental no meu crescimento pessoal e profissional.

- Aos Professores Doutores Renério Fráguas Júnior, Alexandrina Melleiro, Alexandre Saadeh e Carmita Abdo, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Estes mestres me apresentaram à Psiquiatria do século XXI, proporcionando-me uma formação extremamente atualizada e, ao mesmo tempo, calcada no humanismo. Ao Renério, um agradecimento especial por ter me conduzido nos primeiros passos da pesquisa científica e pelas inúmeras oportunidades que me ofereceu para divulgação de meus trabalhos.

- Ao Professor Doutor Michael Robin Honer, por ser um dos raros mestres que não se preocupam apenas em nos transmitir conhecimento, mas principalmente em nos ensinar a pensar.

- E, finalmente, ao Professor Doutor Izaías Pereira da Costa, por seu exemplo de dedicação à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e à Ciência, por acreditar em meu potencial e ter concedido a honra de ser meu orientador nesta Dissertação.

*“ Ser mestre é ser um sonhador. Crer, mais além desta época frívola e céptica, no espírito do homem. E crer que algum dia, ao final do caminho, poderemos transmitir esta tocha a um discípulo, outro sonhador ”.*

*Lídia Maria Riba*

## AGRADECIMENTOS

- A Deus, pois sem ele nada seria possível.
  
- Às pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico que se dispuseram a participar da pesquisa, por sua extrema generosidade e confiança.
  
- Ao Dr. Ricardo Aydos por seu árduo trabalho pela implantação da Pós-Graduação em Ciências da Saúde em nossa universidade, possibilitando a tantos profissionais aprimoramento científico; e por ser um dos poucos docentes a se empenhar pelo crescimento da UFMS, universidade que foi o berço de nossa formação, e que quer continuar pública e gratuita, porém com um ensino de qualidade e voltada para a pesquisa e extensão.
  
- Aos fiéis companheiros Fabiano e Juberty pela imensa amizade e oportunidade de compartilhar idéias e reflexões em relação à Psiquiatria, não somente neste trabalho, mas em muitos projetos que realizamos e em muitos outros que ainda sonhamos realizar.
  
- Aos alunos que continuamente nos reacendem o gosto pelo ensino e pela busca do conhecimento, particularmente aos fundadores da Liga de Saúde Mental da UFMS, que me presentearam com a honra de ser sua primeira coordenadora.
  
- Às secretárias Miriam, Eliana, Salustiana e Vera por sua atenção.
  
- **Aos amigos que me auxiliaram sobremaneira na coleta e análise de dados:**
  - À psicóloga Ana Deise por sua disponibilidade em nos conceder o treinamento para a aplicação da Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo (EFN).
  
  - Às ex-alunas (e hoje colegas!) Lilian, Marcela e em especial à Vanessa, por sua dedicação a este trabalho.

- Aos médicos-residentes de Psiquiatria e Reumatologia de 2004 e 2005 (Guizella, Márcia, Jean Fred, Alexandra e Alex) e aos médicos do Serviço de Reumatologia (Dr. Izaías, Dra. Lídia e Dr. Fernando) por seu valioso auxílio nas avaliações das pacientes.

- À acadêmica de Psicologia e secretária Zélia pelo auxílio no acompanhamento das pacientes e na digitação do texto.

- Aos colegas do Serviço de Cardiologia (Dra. Jussara Okama, Dr. Hamilton Domingos e Dra. Lúcia Arejano) pela realização dos ecocardiogramas.

- Ao colega Marcos Rogério Mistro Piccinin pela cuidadosa avaliação oftalmológica das pacientes.

- À bioquímica Iza Akamine por sua presteza em estocar e armazenar os soros das pacientes que não puderam ser analisados no Hospital Universitário.

- À Dona Iva, Seu Marcos e todos os demais funcionários do HU-UFMS que se desdobraram no atendimento das pacientes.

- Ao Sr. Carlos Augusto de Oliveira Botelho e demais funcionários do Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico da APAE pelo seu empenho na realização das análises laboratoriais indisponíveis no HU-UFMS.



# SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
1.INTRODUÇÃO	
1.1. ASPECTOS GERAIS DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	01
1.2. PERSONALIDADE: O NORMAL E O PATOLÓGICO.....	02
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1. TEORIAS DA PERSONALIDADE.....	04
2.1.1. TEORIAS DO EGITO ANTIGO E CONTRIBUIÇÃO DOS GRANDES FILÓSOFOS.....	04
2.1.2. TEORIAS PSICANALÍTICA, COMPORTAMENTAL E HUMANÍSTICA.....	05
2.1.3. MODELOS DE TRAÇO E FATOR.....	07
2.1.4. ESTRUTURA DA PERSONALIDADE E ANÁLISE FATORIAL.....	08
2.1.5. O MODELO DOS CINCO FATORES.....	09
2.1.6. HEREDITARIEDADE E TRAÇOS DE PERSONALIDADE.....	09
2.1.7. TEORIAS DA PSICOPATOLOGIA.....	11
2.1.8. TESTES PARA AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE E SUA APLICAÇÃO.....	14
2.1.9. TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE....	15
2.2. TRABALHOS QUE VERIFICARAM ASPECTOS DA PERSONALIDADE EM PACIENTES COM LES.....	15

3. OBJETIVOS	
3.1. GERAIS.....	22
3.2. ESPECÍFICOS.....	22
4. METODOLOGIA	
4.1. AMOSTRA.....	23
4.2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	24
4.2.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	24
4.2.2. CRONOGRAMA DAS AVALIAÇÕES E SEGUIMENTO DAS PACIENTES.....	29
4.2.3. ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	32
5.2. RESULTADOS DA EFN NOS TEMPOS ANALISADOS E SUA RELAÇÃO COM OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	35
5.3. RELAÇÃO ENTRE DOSE DE PREDNISONA E PRESENÇA DE EDM EM T0.....	46
5.4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO REUMATOLÓGICA E DA SLEDAI NOS TEMPOS ANALISADOS.....	46
5.5. RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA EFN E SLEDAI NOS TEMPOS ANALISADOS.....	51
5.6. RELAÇÃO ENTRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, DIAGNÓSTICO DE EDM E ATIVIDADE DA DOENÇA EM T0.....	52
6. CONCLUSÕES.....	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	67
ANEXOS.....	72

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

- **QUADRO 1:** EXEMPLOS DE ADJETIVOS RELACIONADOS AOS 5 FATORES.....10
  
- **TABELA 1:** DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO ETNIA, FAIXA ETÁRIA, ESTADO CIVIL, NATURALIDADE, PROCEDÊNCIA, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO E RENDA FAMILIAR, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....33
  
- **TABELA 2:** ESCORES GERAIS DA EFN, NOS TEMPOS 0, 1 E 2; CAMPO GRANDE, 2004-2006.....35
  
- **TABELA 3:** DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PELOS CRITÉRIOS DO CID 10, EM RELAÇÃO AO ESCORE NA EFN, EM T0, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....36
  
- **TABELA 4:** NÚMERO DE PACIENTES E PONTUAÇÃO DOS ESCORES PERCENTÍLICOS DAS SUB-ESCALAS DA EFN, EM T0, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....39
  
- **TABELA 5:** RESULTADOS DOS ESCORES PERCENTÍLICOS PARA CADA FATOR E SOMA DOS ESCORES PADRONIZADOS DA EFN, NOS TEMPOS 0, 1 E 2, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....40
  
- **FIGURA 1:** GRÁFICO ILUSTRANDO OS ESCORES PERCENTÍLICOS NOS FATORES 1, 2, 3 E 4 DA EFN, NOS TRÊS TEMPOS ANALISADOS, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....42
  
- **FIGURA 2:** GRÁFICO ILUSTRANDO A SOMA DOS ESCORES PADRONIZADOS DA EFN NOS TEMPOS ANALISADOS, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....43

- <b>TABELA 6:</b> RELAÇÃO ENTRE OS ESCORES PERCENTÍLICOS EM N4 E O DIAGNÓSTICO DE CASOS DE EDM, EM T0, T1 E T2, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	45
- <b>TABELA 7:</b> RELAÇÃO ENTRE A DOSE DE PREDNISONA UTILIZADA PELAS PACIENTES E O DIAGNÓSTICO DE CASOS DE EDM, EM T0, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	46
- <b>TABELA 8:</b> RESULTADOS DA AVALIAÇÃO REUMATOLÓGICA, NOS TEMPOS 0, 1 E 2, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	47
- <b>TABELA 9:</b> ATIVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO NA SLEDAI, NOS TEMPOS 0, 1 E 2, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	49
- <b>FIGURA 3:</b> GRÁFICO ILUSTRANDO A PONTUAÇÃO NA SLEDAI NOS TEMPOS ANALISADOS, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	49
- <b>TABELA 10:</b> ATIVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO NA SLEDAI, EM RELAÇÃO À PONTUAÇÃO NA EFN, NOS TEMPOS 0, 1 E 2, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	52
- <b>TABELA 11:</b> ATIVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO DE EDM E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EM T0, CAMPO GRANDE, 2004-2006.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS

16PF=*16 Personality Factor Questionnaire*

ACTH= Hormônio adrenocorticotrófico

ACR= *American College of Rheumatology*

Anti-DNA= Anticorpos anti-DNA

Anti-P ribossomal= Anticorpo anti-proteína P ribossomal

Anti-Sm=Anticorpo anti-proteína nuclear, específico do LES

Anti-SSa= Anticorpos anti- proteínas do RNA

APAE= Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AR=Artrite Reumatóide

$\beta$ -hCG= Anticorpo anti-gonadotrofina coriônica humana

C3= Fração do complemento 3

C4= Fração do complemento 4

CDC= *Centers for Disease Control and Prevention*

CH50= Fração do complemento H50

CID 10 =Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde  
(10ª Revisão)

CRH= Hormônio liberador de corticotrofina

DLH= Desidrogenase láctica

DNA= Ácido desoxirribonucléico

DSM-IV= Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica  
Norte-Americana (4ª Revisão)

EDM= Episódio Depressivo Moderado

EFN = Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo

FAN= Fator anti-núcleo

g= gramas

HU= Hospital Universitário

IgG= Imunoglobulina G

IgM= Imunoglobulina M

IPED= Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico da APAE

LCR= Líquido céfalo-raquidiano  
LES =Lupus Eritematoso Sistêmico  
mg= miligramas  
ml= mililitros  
MMPI =Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota  
MMP-9= Metaloproteinase da matriz sérica  
MMS= Miniexame do Estado Mental  
N= Fator N(Neuroticismo – ajustamento emocional)  
N1= Fator N1(sub-escala de vulnerabilidade da EFN)  
N2= Fator N2(sub-escala de desajustamento psicossocial da EFN)  
N3= Fator N3(sub-escala de ansiedade da EFN)  
N4= Fator N4 (sub-escala de depressão da EFN)  
OMS= Organização Mundial de Saúde  
p.ex.=por exemplo  
pts= pontos  
RNA= ácido ribonucléico  
SLAM= *Systemic Lupus Activity Measure*  
SLEDAI =*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*  
SNC=Sistema Nervoso Central  
T0 = Tempo 0 -1ª avaliação  
T1= Tempo 1 - 2ª avaliação (3 meses)  
T2= Tempo 2 - 3ª avaliação (6 meses)  
UFMS= Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
UFRJ= Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFRGS= Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
USP= Universidade de São Paulo  
UCDB= Universidade Católica Dom Bosco  
SM = Salários mínimos  
VT= Valor total

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar traços de personalidade e suas alterações em pacientes do sexo feminino com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES). Foram selecionadas 20 pacientes do Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Após a avaliação inicial, estas foram reavaliadas em 3 e em 6 meses, em relação à presença de Transtornos Psiquiátricos (particularmente alterações da personalidade) e atividade da doença lúpica. Além das avaliações clínicas psiquiátricas e reumatológicas, as escalas utilizadas para avaliação das pacientes foram a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) e a *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI).

Em todos os tempos analisados não houve relação significativa entre alterações da personalidade e atividade do LES. De acordo com a EFN, haveriam 6 pacientes (30%) com pontuação sugestiva de Transtornos de Personalidade, porém apenas 2 (10%) tiveram este diagnóstico pela avaliação psiquiátrica. Também não foi encontrado um padrão típico de personalidade ou prevalência de um Transtorno de Personalidade específico na amostra; ao contrário, verificou-se que as pacientes lúpicas podem apresentar os mais variados tipos de comportamento e sintomas psiquiátricos, sendo o diagnóstico psiquiátrico mais freqüente (65%) o de Episódio Depressivo Moderado.

**Palavras-chave:** Transtornos Psiquiátricos; alterações da personalidade; Lupus Eritematoso Sistêmico; atividade da doença lúpica.

## ***ABSTRACT***

*The aim of this study was the evaluation of personality traits and their alterations in female patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). Twenty patients were selected from the Ambulatory of Rheumatology of the University Hospital of Universidade Federal de Mato Grosso do Sul(UFMS). After the initial evaluation, the patients were reappraised at 3 and 6 months, due to psychiatric manifestations (specially personality disorders) and SLE activity. Besides the psychiatric and rheumatological evaluation, the standardized scales used were the Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo(EFN), to measure personality traits and their alterations, and the Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI).*

*In all evaluations there was no significant relationship between personality alterations and SLE activity. By EFN scores, there were 6 Patients (30%) with probable Personality Disorder diagnosis, but only 2 (10%) had this diagnosis in psychiatric evaluation. No typical personality pattern or prevalent Personality Disorder was found in the sample. On the contrary, it was verified that SLE patients can present variable types of behaviour and psychiatric symptoms; Moderate Depressive Episode was the most frequent psychiatric diagnosis (65%).*

***Key Words:*** *Psychiatric Disorders; Personality alterations; Systemic Lupus Erythematosus; SLE activity.*



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. ASPECTOS GERAIS DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multisistêmica, de causa desconhecida e natureza auto-imune, caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos. Evolui com as mais variadas manifestações clínicas, e com períodos de exacerbação e remissão<sup>(1)</sup>.

Por ser uma doença de comprometimento sistêmico e, às vezes, de início abrupto, já foi chamada de “epilepsia do sistema imune”<sup>(2)</sup>. Devido a seu polimorfismo clínico, os quadros costumam ser complexos e de difícil reconhecimento, o que contribui para deixar de se fazer o diagnóstico precoce e a instituição da terapêutica adequada que, com certeza, modificaria a evolução clínica dos pacientes.

O LES têm prevalência maior no sexo feminino, principalmente durante a idade fértil (os sintomas geralmente se iniciam durante a 2ª ou 3ª décadas de vida). Segundo dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos o LES é três vezes mais comum em mulheres negras do que em brancas; também é mais freqüente em pacientes de origem hispânica, latina, asiática e de descendência índia<sup>(3,4)</sup>. Pons-Estel et al<sup>(5)</sup> avaliaram uma população latino-americana verificando a relação entre etnia e LES. Dos 1.214 pacientes lúpicos avaliados, 44,2% eram mestiços, 41,7% brancos e 12,5% foram denominados afro-latino americanos. Não foram encontrados estudos epidemiológicos brasileiros sobre este tema.

Existe, também, uma prevalência importante em algumas famílias (10 a 20% dos pacientes com LES têm uma história familiar de doença auto-imune)<sup>(3)</sup>.

Sua etiologia é ainda obscura. Hoje, há consenso entre a comunidade científica<sup>(1,3,6)</sup> quanto à origem multifatorial da doença, envolvendo fatores hormonais (estrogênio), genéticos, ambientais (radiação ultravioleta, medicamentos), infecciosos (virais?), e estresse psicológico. Este último fator é considerado, por muitos estudiosos, como de particular importância no desencadeamento da doença e de suas agudizações<sup>(2,7)</sup>.

A fisiopatologia do LES caracteriza-se por formação de imunocomplexos constituídos por autoanticorpos e auto ou heteroantígenos que se depositam na parede de vasos de pequeno e médio calibre, em território da microcirculação. Estes, após a ativação do sistema de

complemento, ativam os mediadores da inflamação, produzindo ao final um processo de vasculite leucocitoclástica, com freqüente necrose da parede vascular e dos tecidos por ela nutridos, gerando alterações estruturais e funcionais em vários órgãos ou sistemas, como o ósteo-articular e o renal <sup>(6)</sup>.

O Sistema Nervoso Central (SNC) é freqüentemente atingido, gerando sintomas neurológicos e/ou psiquiátricos, tais como: convulsões, cefaléia, síndrome orgânica cerebral e psicose<sup>(1,3,8)</sup>. Alguns trabalhos têm correlacionado estas manifestações clínicas à presença de alguns anticorpos, como o anti-P ribossomal, anti-SSa, anti-DNA, anti-cardiolipina e anti-fosfolípidos, entre outros<sup>(9,10,11)</sup>. Especula-se ainda que a ativação do Sistema Imunológico, como ocorre em doenças auto-imunes, possa resultar em alterações em neurotransmissores e, conseqüentemente, em comportamentos<sup>(12)</sup>.

Os atuais critérios de classificação do LES do Colégio Americano de Reumatologia, atualizados por Hochberg et al em 1997<sup>(13)</sup>, consideram como manifestações neuropsiquiátricas do LES apenas quadros psicóticos ou convulsivos. Estes critérios são considerados incompletos por vários autores, que alegam que muitas outras manifestações neuropsiquiátricas podem ocorrer em pacientes lúpicos, relacionadas à atividade da doença no SNC <sup>(8)</sup>.

Em 1999, um subcomitê do *American College of Rheumatology* (ACR) classificou 19 síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES. Entre estas, foram classificadas como síndromes psiquiátricas relacionadas ao comprometimento do SNC: estado confusional agudo, distúrbios cognitivos, psicose, transtornos de humor e de ansiedade<sup>(1)</sup>.

Apesar do aprimoramento dos estudos sobre as manifestações neuropsiquiátricas do LES, verificamos que ainda há poucas referências a sintomas bastante observados por clínicos que convivem freqüentemente com estes pacientes: as alterações de personalidade. É este o principal objeto de estudo deste trabalho.

## **1.2.PERSONALIDADE: O NORMAL E O PATOLÓGICO**

Personalidade, de acordo com a etimologia (*persona* é o nome que davam à máscara usada pelos atores do teatro greco-romano), é a forma como a imagem da pessoa impressiona os demais <sup>(14)</sup>.

Para a Psiquiatria atual, o termo “personalidade” pode ser definido como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo na vida cotidiana, sob condições normais; é relativamente estável e previsível. Já um Transtorno de Personalidade seria uma variação destes traços de caráter que vai além da faixa encontrada na maioria dos indivíduos. Apenas quando estes traços são bastante inflexíveis e mal-ajustados constituem uma classe de Transtorno de Personalidade <sup>(15)</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(16)</sup>, Transtornos de Personalidade diferem de alteração de personalidade pelo tempo e modo de seu aparecimento: eles são condições de desenvolvimento, as quais aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. Em contraste, a alteração de personalidade é adquirida, usualmente, durante a vida adulta, seguindo-se ao estresse grave ou prolongado, privação ambiental extrema, transtorno psiquiátrico sério ou doença ou lesão cerebral. A Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), em vigor há 13 anos, codifica como Transtorno Orgânico de Personalidade um quadro clínico em que há uma alteração de personalidade devido a uma condição médica geral. Este transtorno caracteriza-se por uma acentuada mudança no estilo e traços de personalidade, a partir de um nível anterior de funcionamento. O paciente deve apresentar evidências de um fator orgânico causal precedendo o início da alteração da personalidade<sup>(16)</sup>.

Embora as alterações de personalidade tenham sido excessivamente estudadas nos pacientes com Artrite Reumatóide (AR), encontramos poucos trabalhos com este enfoque nos pacientes com LES. Os pacientes lúpicos teriam um padrão característico de personalidade? A atividade da doença, o estresse psicológico imposto por esta e as medicações usadas no tratamento provocariam alterações em sua personalidade? São questões que procuramos verificar nesta pesquisa.

Primeiramente faremos uma revisão sobre as teorias da personalidade e métodos de avaliação desta. Após isto, descreveremos os principais trabalhos científicos já publicados sobre as alterações da personalidade no LES.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. TEORIAS DA PERSONALIDADE

As teorias da personalidade buscam fazer uma descrição de como as pessoas diferem em seu modo de ser. A psicologia da personalidade como ciência baseia-se na medida de características como ansiedade, sociabilidade ou curiosidade. As escolas principais de teorias da personalidade são a psicanalítica, comportamental, humanística e a de psicologia de traços, que descreveremos posteriormente <sup>(17)</sup>.

#### 2.1.1. Teorias do Egito Antigo e contribuição dos grandes filósofos

Os antigos egípcios já formulavam algumas teorias a respeito dos elementos que formavam o ser humano, utilizando suas crenças religiosas. Um de tais elementos era o *ba*, palavra que pode ser traduzida por sublime, nobre, poderoso e cuja idéia se assemelha ao nosso conceito de alma. Nos papiros e monumentos ele está representado por um falcão com cabeça humana. Outro elemento era o *ka*, ligado ao corpo de alguma forma, que é definido como uma individualidade ou personalidade abstrata, dotada de todos os atributos característicos e que possuía existência independente. Tinha liberdade para mover-se de um lugar a outro da terra, à sua vontade, e podia entrar no céu e conversar com os deuses. Como se vê, em certo sentido o *ka* corresponde ao "eu" do indivíduo. Nasceu com a pessoa e forma parte integrante do seu ser mas, apesar disso, é encarado em alguns aspectos como distinto dele. Era para esse *ka* que os egípcios providenciavam todo o equipamento funerário, a comida e a bebida das tumbas e o próprio túmulo era conhecido como “*a casa do Ka*” <sup>(18)</sup>.

A primeira grande descrição da personalidade no pensamento ocidental foi feita por Platão. Em “A República” <sup>(19)</sup> ele faz extensas comparações entre as constituições de diferentes estados e a constituição da alma. O autor julgava que as características psicológicas eram inatas e as considerava como propriedade do sujeito e não do seu *status* social.

Uma das questões mais recorrentes nas teorias da personalidade têm sido a relativa importância da natureza da pessoa *versus* sua criação. Psicólogos de traços, particularmente os interessados no estudo do temperamento, freqüentemente apontaram para diferenças inatas da

personalidade, enquanto os comportamentalistas e psicanalistas colocaram grande ênfase sobre as influências formativas do ambiente e das experiências da primeira infância. Por mais que reconhecesse a influência do potencial inato, Platão estava agudamente ciente da influência da educação. Grande parte de “A República” é dedicada a suas opiniões sobre os efeitos do exercício físico, instrução mental, poesia e música no desenvolvimento da personalidade.

Aristóteles <sup>(20)</sup> fez uma análise detalhada do caráter humano, definindo características como coragem, temperança, generosidade, orgulho, ambição, irascibilidade, amistosidade, jactância (arrogância) e vergonha. Atribuiu variações patológicas destes traços a defeitos inatos ou processos de doença. Considerou as variações dentro da gama normal como decorrentes de treinamentos e hábitos. Foi o primeiro a criar taxonomias racionais de traços que anteciparam as taxonomias empíricas dos analistas de fatores do Século XX.

No Séc. XVIII, Kant publicou a obra “Antropologia de um ponto de vista pragmático”, em que considera tanto as variações naturais como morais do caráter e reintroduz a taxonomia do médico romano Galeno <sup>(21)</sup>, dos tipos colérico (explosivo, ambicioso, magno), fleugmático (lento, corpulento, preguiçoso), sanguíneo (otimista, falante, irresponsável) e melancólico (introspectivo, melancólico, magro).

Schopenhauer <sup>(22)</sup>, seguidor de Kant no Século XIX, desenvolveu a hipótese de que o sofrimento ou bem-estar do indivíduo não seriam determinados por condições, mas sim por seu temperamento.

A psicologia rompeu com a filosofia em relação precisamente a uma necessidade de buscar verificação empírica de hipóteses, mas trouxe conceitos acumulados por mais de dois milênios de pensamento profundo sobre a natureza humana.

### **2.1.2. Teorias psicanalítica, comportamental e humanística**

Sigmund Freud, no início do século XX, desenvolveu a teoria psicanalítica, que aborda significativamente o tema da formação da personalidade. Ele enfatizava o papel de determinantes inconscientes do comportamento e das experiências da infância no desenvolvimento psicológico. Propôs a psicanálise como forma de verificação e tratamento de distúrbios psicológicos, através da análise do discurso do paciente e interpretação de sonhos. Sua teoria é muito criticada por

basear-se em evidências de difícil comprovação, e por isto é considerada por muitos autores como não científica. <sup>(23)</sup>

Watson <sup>(24)</sup> propôs que uma psicologia científica deveria confinar-se a um exame de comportamento observável, e explicar toda conduta humana em termos de estímulos e respostas aprendidas. Essa teoria já havia sido abordada por Pavlov <sup>(25)</sup>, que desenvolveu a teoria do reflexo condicionado.

Talvez o comportamentalista mais influente do século XX seja Skinner <sup>(26)</sup>. O conceito básico desenvolvido por ele foi o condicionamento operante, no qual os comportamentos ocorrem em função da história de reforços do organismo. Sua visão sobre a personalidade era extremamente reducionista. Acreditava que um indivíduo teria sua personalidade determinada por um repertório de comportamentos transmitidos pela família e/ou por seu ambiente social.

Esta posição foi rejeitada tanto pelos psicólogos humanistas, que atribuem mais opções e controle à pessoa do que Skinner, como por psicólogos de traços que vêem consistências de comportamento que parecem transcender às contingências do meio ambiente reforçador. Muitos psicólogos da personalidade alegaram que a experimentação laboratorial controlada era uma base pobre para construir teorias da personalidade, já que as pessoas desempenham um grande papel em selecionar e moldar seus próprios ambientes. O comportamentalismo radical de Skinner foi rejeitado ou modificado por vários teóricos de aprendizagem posteriores, que reconheceram o poder do condicionamento, mas também diferenças entre espécies e entre indivíduos dentro de uma mesma espécie <sup>(15)</sup>.

A abordagem social-cognitiva da personalidade, desenvolvida por Bandura, <sup>(27)</sup> encontra-se entre as mais influentes das pesquisas atuais. Ela enfoca o entendimento que as pessoas têm de si mesmas e como estas auto-avaliações moldam metas, planos e comportamentos. As pessoas moldariam a própria personalidade no decorrer da vida de acordo com sua própria experiência e observação dos outros. O padrão total da experiência conduz a uma expectativa generalizada de reforços ou a um senso geral de auto-eficácia. Devido a sua origem na teoria da aprendizagem social, ela enfatiza o papel do meio ambiente e assinala que o senso de *self* (conjunto de percepções e crenças que a pessoa têm sobre ela mesma) varia de cenário a cenário.

A teoria humanista, segundo seus fundadores Rogers e Maslow enfatiza o valor inerente das pessoas, a tendência inata para lutar pelos potenciais individuais e a importância do autoconceito no desenvolvimento da personalidade <sup>(28)</sup>.

### 2.1.3. Modelos de traço e fator

Diferenças individuais são preocupações periféricas em muitas teorias da personalidade, como a comportamental e humanista, mas elas são o foco central das teorias de traço.

O estudo das variações no caráter e temperamento humanos, data pelo menos de Teofrasto<sup>(29)</sup>, filósofo grego cujo “Caráteres” relatou 30 tipos diferentes de personalidade.

Os estudos científicos de diferenças individuais na personalidade podem ser traçados a partir de Francis Galton, na Inglaterra, que lançou as fundações da psicometria, e a de Heimans, na Holanda, que realizou o 1º estudo em grande escala de traços da personalidade<sup>(15)</sup>.

O primeiro grande teórico de traços da personalidade nos EUA foi Gordon Allport<sup>(30)</sup>, cujo livro de 1937 “*Personality: A Psychological interpretation*” apresentou os tópicos básicos da psicologia de traços.

Allport definiu um “traço” como “uma estrutura neuropsíquica que têm a capacidade de produzir muitos estímulos funcionalmente equivalentes, e iniciar e orientar formas equivalentes (significativamente consistentes) de comportamento adaptativo e expressivo. Nesta visão, algo nos cérebros das pessoas pouco sociáveis as faz sentir mesmo perguntas simples, ou saudações normais, como afrontas pessoais, e sua atitude mal-humorada é expressa em uma enorme variedade de situações sociais.

-Características principais dos traços<sup>(30)</sup>:

a) Traços são tendências a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações. Comportamentos que são específicos a um cenário, ou situações isoladas, podem ser melhor consideradas hábitos do que traços; são evidências de consistência intersituacional que podem inferir um traço. Apenas vendo-se um mesmo comportamento em muitas situações é que se pode detectar um padrão consistente.

b) Traços são características relativamente duradouras. Neste aspecto eles se distinguem de humores transitórios ou episódios de um transtorno mental que afetem a pessoa.

c) Os traços são continuamente distribuídos, geralmente aproximando-se de uma curva de distribuição normal. Embora se possa falar de pessoas introvertidas e extrovertidas, de fato a maioria apresenta ambos os traços. Com a possível exceção da masculinidade/feminilidade não há nenhuma evidência de “tipos” de personalidade distintos e separados.

#### 2.1.4. Estrutura de personalidade e Análise Fatorial

O problema para os psicólogos de traços foi escolher um conjunto manejável de traços a partir de muitos construtos possíveis. Termos de traços são altamente redundantes; por exemplo: “ansioso”, “preocupado”, “nervoso”, refletem características semelhantes (quando não idênticas) de modo que seria necessário um procedimento para identificar grandes grupos de traços que covariassem entre si<sup>(15,30)</sup>.

A análise fatorial, uma técnica estatística que reduz a complexidade de um conjunto de correlações entre variáveis, foi primeiramente usada em pesquisa da personalidade por Guilford<sup>(31)</sup>, e permaneceu uma de suas ferramentas básicas. Os fatores ou dimensões identificadas nos processos correspondem a grupos de traços intimamente relacionados; o conjunto de dimensões básicas identificado pela análise fatorial constitui um modelo de estrutura de traços da personalidade.

Raymond Cattell<sup>(32)</sup> desenvolveu um dos primeiros e mais influentes modelos de fatores. Ele raciocinou que, no transcorrer da evolução cultural, qualquer traço da personalidade importante na interação social humana teria sido percebido e nomeado. Os 4000 termos de traços identificados por Allport foram assim agrupados em uma listagem exaustiva de características de personalidade (esta suposição tornou-se conhecida como hipótese léxica).

Cattell agrupou sinônimos e quase sinônimos para obter um conjunto de 35 variáveis da personalidade, e então pediu aos respondentes para classificarem pessoas conhecidas sobre cada um desses conjuntos de termos. Intercorrelacionou as classificações e as agrupou identificando 12 fatores. Junto com mais 4 fatores encontrados em pesquisa usando questionários de auto-relato, estes tornaram-se a base para o *16 Personality Factor Questionnaire* (16PF), uma escala amplamente usada nas pesquisas de personalidade dos últimos 30 anos.



Originalmente os teóricos esperavam que a análise fatorial supriria uma solução objetiva para a questão da estrutura da personalidade, mas durante muitos anos analistas fatoriais concordaram sobre muito pouco. Eysenck <sup>(33)</sup> acreditava que o modelo de Cattell era irreproduzível e desnecessariamente complexo. Propôs então um modelo bidimensional simples, que identificava Extroversão-Introversão(E) e Neuroticismo – ajustamento emocional(N) como superfatores e mostrou que, se as escalas do 16 PF são elas mesmas fatores, elas se assemelham ao seu E e N. Desenvolveu uma série de instrumentos para medir esses fatores e, posteriormente um 3º fator denominado psicoticismo. A estatura de Eysenck como teórico da aprendizagem e crítico da psicanálise contribuiu muito para a importância destas dimensões em contextos psiquiátricos.

#### **2.1.5. O modelo de cinco fatores**

Muitos estudiosos consideraram o modelo de Cattell muito complexo, e o de Eysenck insuficiente. Criaram, então, o modelo dos 5 fatores de personalidade, descrito no Quadro 1 (pág 10).

#### **2.1.6 Hereditariedade e Traços de Personalidade**

Até recentemente, os teóricos supunham que a personalidade era moldada por uma variedade de influências ambientais, como o amor e a disciplina parental. Entretanto, existem poucas pesquisas que comprovem isto.

Nos últimos 20 anos, estudos de genética do comportamento, usando muitas amostras, medições de personalidade e métodos de análise de dados convergiram para a surpreendente conclusão de que os traços de personalidade são, em uma extensão considerável, herdáveis<sup>(15,23)</sup>. Segundo estas pesquisas, influências ambientais como educação e religiosidade parecem ter pouca ou nenhuma influência sobre a personalidade adulta. Este achado dramático e contraintuitivo poderá reformar as teorias da personalidade. Conforme Sandra Scarr <sup>(34)</sup> comentou: “a psicologia atualmente não tem teorias adequadas para explicar a variação individual em comportamentos porque nossas teorias abordam as fontes erradas de variação. As teorias futuras darão um lugar proeminente a influências genéticas e psicologia desenvolvimental, tentando

explicar como traços herdáveis podem vir a ser expressados em diferentes famílias e cenários sociais”.

**- Quadro 1: Exemplos de adjetivos relacionados aos 5 fatores\***

Neuroticismo (N)	Ansioso Autopiedade Tenso Sensitivo Instável Preocupado
Extroversão (E)	Ativo Assertivo Energético Entusiasta Sociável Falante
Abertura (O)	Artístico Curioso Imaginativo Original Interesses amplos
Afabilidade (A)	Apreciativo Perdoador Generoso Gentil Simpático Confiante
Conscienciosidade (C)	Eficiente Organizado Planejador Confiável Responsável Meticuloso

\*Adaptada de Costa & McCrae, 1999<sup>(17)</sup>, pág 564

Estudos longitudinais da personalidade na fase adulta revelam um quadro claro de estabilidade predominante da gama inteira de traços de personalidade. Ou seja, os níveis médios da maioria de traços não aumentam nem declinam muito com a idade e as pessoas tendem a manter a mesma ordem de classificação. Tanto mudanças sistemáticas como idiossincráticas de personalidade parecem ocorrer mais na faixa etária dos 20 aos 30 anos de idade. **Após os 30 anos, entretanto, geralmente não ocorrem mais mudanças, mesmo na velhice, a não ser que ocorram transtornos demenciais ou outras patologias psiquiátricas<sup>(15)</sup>.**

Poucos dados sobre os efeitos de longo prazo da psicopatologia sobre a personalidade estão disponíveis. Pacientes em recuperação de Transtorno Depressivo Maior geralmente classificam-se alto nas medições de N, e este pode ser um resultado da experiência da depressão. No entanto, os poucos estudos prospectivos sobre o primeiro episódio de Depressão Maior tipicamente mostram que os pacientes classificaram-se alto em N mesmo antes do 1º episódio, sugerindo que um N alto pode ser uma característica duradoura de pessoas propensas à depressão clínica <sup>(30)</sup>.

Concluimos, portanto, que os autores divergem quanto à predominância dos fatores ambientais ou da hereditariedade na formação da personalidade. Entretanto, com certeza cada um destes fatores exerce uma importância fundamental neste processo.

### **2.1.7. Teorias da psicopatologia**

Há diversas definições e classificações dos primeiros estudiosos da psicopatologia, em meados do século passado, sobre a personalidade humana.

De vital importância é a contribuição de Kurt Schneider, *apud* Paim <sup>(35)</sup>, que define a personalidade como o conjunto dos sentimentos e valorizações, das suas tendências e volições. Exclui deste conceito a inteligência com suas faculdades de juízo, lógica e memória, e os sentimentos e tendências corporais ou vitais, mas admite o íntimo relacionamento destas partes com a individualidade humana, pois a inteligência é condição para o desenvolvimento da personalidade. As personalidades anormais seriam, para Schneider, variantes, desvios do plano médio, para baixo ou para cima, da personalidade humana. Das personalidades anormais separa como psicopáticas aquelas que sofrem ou fazem sofrer à sociedade. Classificou tipos de

“psicopatas” como os hipertímicos, depressivos, lábeis de humor, explosivos, frios de ânimo, abúlicos, necessitados de valorização e fanáticos. Alguns autores, como Paim <sup>(35)</sup>, consideravam ainda a classificação de Schneider superior à atual.

Este último autor <sup>(35)</sup> acreditava que no estudo da personalidade deveriam ser considerados três aspectos: constitucional ( hereditário), temperamental (fisiológico) e caracterológico (psicossocial). A constituição seria a base hereditária da personalidade; o temperamento, a fase fisiológica-endócrina e o caráter a face psicológica da personalidade.

As ligações entre psicopatologia e psicologia de traços são íntimas e complexas. Durante décadas psiquiatras e psicólogos administraram testes como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, o MMPI <sup>(36)</sup> e o de avaliação de personalidade de Cattell -16PF<sup>(32)</sup> para informar sobre o diagnóstico de transtornos mentais. Psicólogos de traços usaram estes mesmos testes para examinar as relações entre personalidade e outros critérios como preferência vocacional, potencial criativo e enfrentamento de estresse. A linha divisória entre variações normais em disposições de personalidade e psicopatologia é frequentemente indistinta <sup>(15,23)</sup>.

Esta falta de clareza impõe mais um problema para a nosologia psiquiátrica que para as teorias de traços da personalidade. Supõe-se que um diagnóstico psiquiátrico representa a presença de um transtorno distinto, e a 4ª edição do *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-IV <sup>(37)</sup>, assim como o CID 10 <sup>(16)</sup> especificam os critérios que devem ser preenchidos para conferir a cada diagnóstico. O CID 10, classificação utilizada pela maior parte dos psiquiatras brasileiros, classifica 8 transtornos específicos de personalidade: paranóide, esquizóide, anti-social, emocionalmente instável ou *borderline*, histriônico, anancástico, evitativo ou esquivo e dependente.

Este modelo categórico é apropriado para alguns transtornos, mas não para outros. Pode ser difícil separar, por exemplo, fobia social de timidez extrema ou de um transtorno de personalidade esquiva. Esta dificuldade é consistente com os modelos de traços de personalidade que consideram as diferenças individuais como variáveis de distribuição contínua <sup>(17)</sup>.

Uma teoria da psicopatologia é da que alguns transtornos psiquiátricos refletem traços de personalidade extremos. Entre traços que covariam em populações normais para definir o chamado fator N, estão as predisposições a experimentar níveis crônicos de afetos negativos como medo, raiva, vergonha e tristeza. Pessoas com altos escores nestes traços podem qualificar-

se para um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Personalidade *Borderline* e outros<sup>(17)</sup>.

Os critérios diagnósticos atuais definem Transtornos de Personalidade como traços de personalidade inflexíveis e mal adaptativos. Se estes traços são os mesmos ou diferentes dos encontrados em populações não-psiquiátricas é uma pergunta razoável. Diversos estudos recentes convergiram em encontrar ligações fortes e reproduzíveis entre as escalas de personalidade baseadas no DSM-IV e no CID 10 e os cinco fatores, tanto em populações normais como em populações clínicas. Exatamente como estes traços de personalidade estão relacionados aos transtornos é uma questão de controvérsia<sup>(17)</sup>.

Neuroticismo pode ser também considerado um fator de risco para outros transtornos psiquiátricos que não tenham semelhança com tais traços. Diversos estudos recentes verificaram que pessoas com altos escores em medições de N estão sob risco aumentado de subsequente diagnóstico de Depressão Maior. Controle pobre de desejos e impulsos e preocupação excessiva com o funcionamento físico são também características associadas a N, e pessoas com índices altos em N podem também estar predispostas a transtornos alimentares e hipocondria.

Neuroticismo é, em essência, uma disposição generalizada a experimentar aflição psicológica<sup>(23)</sup>. Portanto é provável que todas as populações clínicas de abusadores de drogas a esquizofrênicos, classifiquem-se alto em N.

Historicamente, os termos neurose e histeria estão intimamente relacionados. A noção de doença histérica é muito antiga, remontando a Hipócrates. Sua delimitação acompanhou as metamorfoses da história da Medicina. No século XIX, estudiosos da psicanálise como Charcot, Freud, Breuer e Janet resgataram estes termos para o pensamento médico<sup>(38)</sup>. Inicialmente eles foram usados para identificar transtornos psiquiátricos de origem funcional, intimamente relacionados ao controle da ansiedade. Estes termos não existem mais nas classificações psiquiátricas atuais. Muitos psicólogos da personalidade objetam ao termo “neuroticismo” como rótulo para uma dimensão da personalidade normal, devido à sua sugestão de psicopatologia<sup>(15)</sup>.

Outros psiquiatras se objetam ao termo porque ele parece estar ligado a uma nosologia psiquiátrica ultrapassada. Porém o termo serve a um propósito útil: ele é um lembrete para clínicos de que os pacientes com uma ampla variedade de diagnósticos partilham muitas características relacionadas à angústia psicológica crônica, e isso, por seu turno, é um lembrete para os psicólogos da personalidade, de que a diferença entre funcionamento normal e anormal é

freqüentemente apenas uma linha tênue. O clichê de que todas as pessoas são mais ou menos neuróticas têm, portanto, uma base científica <sup>(17)</sup>.

### **2.1.8. Testes para avaliação da personalidade e sua aplicação**

Inúmeros testes já foram desenvolvidos para auxiliar na avaliação e diagnóstico de pacientes por psiquiatras e psicólogos. Estes auxiliam sobremaneira na compreensão e planejamento terapêutico para o paciente. Temos escalas internacionalmente usadas como MMPI e o 16PF e escalas desenvolvidas no Brasil como a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) <sup>(39)</sup>.

Psicólogos da personalidade dedicaram anos ao desenvolvimento de inventários de auto-relato e a utilidade desta abordagem à avaliação está acima de dúvidas. Auto-relatos, no entanto, não são de modo algum infalíveis. Os pacientes podem não entender suas próprias personalidades ou podem deliberadamente representar a si mesmos erroneamente. Preocupações sobre defensividade e respostas socialmente desejáveis levaram ao uso de testes projetivos e ao desenvolvimento de escalas de validade especiais, para detectar e corrigir respostas distorcidas <sup>(40)</sup>.

Avaliar uma ampla gama de traços de personalidade dá ao clínico um senso mais completo de como é a pessoa, o que pode ser útil para muitos propósitos além da formulação de um diagnóstico. Um perfil de personalidade completo pode assinalar os pontos fortes e fracos do paciente e auxiliar na abordagem e seleção de um modo de tratamento ideal.

Pacientes baixos em afabilidade, desconfiados e não cooperativos podem ter dificuldades em formar uma aliança terapêutica com o médico; em contraste pacientes vulneráveis e submissos podem tornar-se extremamente dependentes do médico.

Alguns estudos controlados e uma boa quantidade de experiência clínica sugerem que os traços de personalidade influenciam a eficácia de diversos tipos de intervenções de tratamento <sup>(15)</sup>.

### **2.1.9. Tratamento de Transtornos de Personalidade**

As teorias psicodinâmicas comportamental e humanística especificam os mecanismos pelos quais crêem que a psicopatologia é criada e mantida, e propõem também pontos de intervenção.

Evidências recentes sobre o substancial caráter hereditário da maioria dos traços de personalidade indicam que os traços têm uma estrutura neuropsíquica subjacente. Pesquisas sobre a psicofisiologia dos traços são um tópico de crescente interesse e revelam uma base neurofisiológica de muitas formas de psicopatologia. Neste amplo sentido, abordagens psicofarmacológicas associadas à psicoterapia são em princípio consistentes com as teorias de traço da personalidade: se traços da personalidade e transtornos refletem processos cerebrais, drogas como antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos podem ser instrumentos úteis para a melhora de quadros como os Transtornos de Personalidade <sup>(41)</sup>.

Estudos longitudinais mostram que as pessoas mudam pouco no transcorrer da experiência normal, mas não descartam a possibilidade de mudanças através de intervenções terapêuticas. A Psicoterapia provavelmente não fará mudanças dramáticas e duradouras em traços de personalidade básicos, mas melhoras modestas podem ser suficientes para permitir que pacientes funcionem eficazmente na vida cotidiana. Intervenções podem ser particularmente eficazes na fase adulta inicial quando os traços não estão plenamente desenvolvidos. Mesmo sem mudar a personalidade, a psicoterapia (principalmente na linha cognitivo-comportamental, técnica com vasta comprovação científica) pode ajudar o paciente a adaptar-se à sua própria natureza. A pessoa cronicamente ansiosa pode aprender técnicas de relaxamento, um indivíduo disfórico pode aprender habilidades sociais que melhorem seus relacionamentos interpessoais. Ajudar pacientes a lidar com suas próprias predisposições duradouras de personalidade pode prepará-los para inúmeras situações vitais <sup>(42)</sup>.

## **2.2. TRABALHOS QUE VERIFICARAM ASPECTOS DA PERSONALIDADE EM PACIENTES COM LES**

Liang et al <sup>(43)</sup> estudaram aspectos psicológicos de voluntários com LES e AR, utilizando entrevistas estruturadas e testes padronizados para avaliação de personalidade. Não encontraram

diferenças significativas entre os grupos. A perda de função física, de independência e de interação social foram os temas mais levantados nas entrevistas. Foram relatadas, também, relações alteradas com cônjuges e familiares, sugerindo isolamento e conflitos. Entretanto, para os pacientes lúpicos as questões emergentes foram: receio da morte, fadiga, interferência no planejamento familiar e gravidez, alterações da aparência desencadeadas pela doença ou pelo uso de corticoesteróides e necessidade de prevenção dos raios solares. Observou-se, ainda, neste estudo, que os dois grupos tinham escores elevados para hipocondria, depressão e histeria. Muitos pacientes enfatizaram a importância de sua relação com seus médicos, sendo uma abordagem compreensiva considerada importante para o ajuste psicológico e social requerido pela doença.

Segundo Cabral et al <sup>(44)</sup> as conseqüências psicológicas e sociais de uma doença são dependentes de vários fatores, como gravidade da doença, sua fase evolutiva, estilo de vida e, essencialmente, da personalidade do enfermo. As características de personalidade podem favorecer o desencadeamento da doença ou até mesmo o agravamento do quadro clínico, através de condutas que dificultam a recuperação.

Liang et al <sup>(45)</sup> desenvolveram uma escala para avaliar a atividade sistêmica do Lupus, a *Systemic Lupus Activity Measure* (SLAM). Nesta escala, sintomas depressivos leves e alterações de personalidade são considerados como sinais de disfunção cortical e denotam uma atividade da doença em grau leve.

Lim et al <sup>(46)</sup> realizaram um estudo de caso-controle comparando a morbidade psiquiátrica de pacientes lúpicos de origem oriental e ocidental. Entrevistaram 30 pacientes com LES em Londres e Cingapura. As pacientes residentes em Cingapura apresentaram maiores índices de morbidade psiquiátrica em relação às residentes em Londres. Foi encontrada uma correlação significativa entre a presença de sintomas psiquiátricos e a atividade lúpica. Os autores consideraram ainda que fatores culturais e o estresse psicológico relacionado à doença contribuíram de forma importante para o desenvolvimento das manifestações psicopatológicas.

Braden <sup>(47)</sup> acompanhou 291 pacientes com LES antes e após um curso de orientação sobre a doença e seu tratamento. Antes do curso, o autor encontrou elevados índices de incerteza, depressão, sensação de incapacidade e menos valia entre os pacientes. Todos estes sintomas tiveram melhora após as orientações, sessões de psicoterapia e técnicas de relaxamento. Os



pacientes passaram a compreender melhor a doença e a seguir corretamente as orientações médicas.

Waterloo et al<sup>(36)</sup> avaliaram o estado psíquico de 30 pacientes utilizando um questionário para avaliar o estado de saúde global e o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI). Cerca de 50% das pacientes apresentavam algum distúrbio psiquiátrico, sendo a depressão o mais prevalente (28% dos casos). Dificuldades no relacionamento social, desconforto em situações sociais e humor depressivo foram freqüentes e associados com alterações da pele e das articulações.

Onda & Kato<sup>(48)</sup>, no Japão, avaliaram 24 pacientes internados e 6 em nível ambulatorial, sendo que todos apresentavam alguma sintomatologia psiquiátrica. Os sintomas mais prevalentes foram classificados como “neuróticos”(33,3%), seguidos pelos de humor ( 23,3%). Em 37,8% dos casos os sintomas ocorreram durante a fase ativa do LES (início ou recorrência da doença). Os sintomas neuróticos seriam uma tendência a ficar preocupado, extremamente inseguro, ansioso e afetivamente lábil. O neurotismo (ou neuroticismo) é considerado um traço comportamental, ou seja, um traço de personalidade<sup>(20)</sup>. Os autores deste estudo<sup>(48)</sup>, portanto, encontraram evidências de alterações de traços de personalidade no curso da doença lúpica. Consideraram, ainda, que o LES têm um “efeito desintegrador sobre o Ego” do paciente, permitindo a emergência de vários fenômenos psicopatológicos. Além disso, fatores adicionais como comprometimento orgânico secundário, estrutura de personalidade e influências ambientais podem desencadear um quadro psiquiátrico.

Segui et al<sup>(49)</sup>, em estudo longitudinal, avaliaram 20 pacientes com LES em fase ativa da doença, aplicando escalas psicológicas e psiquiátricas. As avaliações foram repetidas após 1 ano, quando todas as pacientes se encontravam em fase inativa. No episódio agudo, 40% dos casos apresentavam sintomas psiquiátricos, sendo os mais prevalentes os ansiosos e depressivos. Na 2ª avaliação, quando as pacientes se encontravam em inatividade, apenas 10% apresentavam sintomatologia psiquiátrica significativa; além disso, mostravam níveis mais baixos de estresse psicológico, maior atividade ocupacional e melhor funcionamento global. Entretanto, não houve diferenças estatisticamente significativas nos índices de prejuízo cognitivo, depressão e debilitação física entre as fases ativa e inativa da doença.

Sato<sup>(50)</sup>, em estudo de revisão sobre manifestações psiquiátricas da corticoterapia, afirma que o uso de glicocorticóides pode ocasionar inúmeros sintomas psiquiátricos. Entre estes,

podemos citar a labilidade emocional, depressão, distração e perplexidade, que podem ser consideradas alterações de personalidade. Entretanto, no LES e em outras patologias auto-imunes é muitas vezes difícil diferenciar se os sintomas estariam sendo causados pela medicação ou pela atividade da doença no SNC.

Santoantonio <sup>(51)</sup> realizou, no Brasil, um estudo comparando um grupo de adolescentes (12 a 17 anos) com LES com um grupo controle. Avaliou aspectos da personalidade destas pacientes utilizando um teste projetivo, o *Rorschach*. As pacientes com LES apresentaram elevada interiorização dos afetos, maiores dificuldades no manejo do estresse, baixa auto-estima e autopercepção, embora não tenha sido encontrada diferença estatística significativa entre os grupos.

Bae et al <sup>(52)</sup> fizeram um estudo multicêntrico retrospectivo, nos EUA, avaliando 200 pacientes em 5 centros de tratamento. Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas, socioeconômicas, psicossociais e a atividade da doença. Pacientes com maior suporte social (brancos, de classe média, com seguro de saúde) e baixa atividade da doença tiveram uma melhor evolução do quadro, com saúde mental mais preservada.

No Japão, Ishikura et al <sup>(53)</sup> avaliaram 84 pacientes ambulatoriais, do sexo feminino, em torno de 20 anos de idade. Foram estudadas características psicológicas como traços de ansiedade, sintomas depressivos e ideação suicida. Os autores verificaram que as pacientes que não haviam entendido a doença no momento do diagnóstico e início do tratamento, tinham maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos. A ausência de um companheiro também teve correlação significativa com sintomas depressivos. O conhecimento dos efeitos colaterais dos corticoesteróides correlacionou-se com sintomas de ansiedade. Dificuldades na relação com os familiares e uso de altas doses de corticóides tiveram uma correlação com ideação suicida. Os autores não encontraram, ainda, relação entre as características psicológicas e atividade da doença. Concluem que abordagens direcionadas a uma melhor compreensão da doença pelas pacientes, orientações quanto ao relacionamento familiar e esclarecimentos em relação à corticoterapia seriam benéficos.

Dobkin et al <sup>(54)</sup> estudaram 120 pacientes do sexo feminino com LES, provenientes de várias clínicas reumatológicas do Canadá. Avaliações padronizadas do funcionamento psicossocial das pacientes foram feitas no início do estudo, e após 3, 9 e 15 meses. Os pesquisadores observaram que, apesar das flutuações na atividade da doença, a maior parte das

pacientes cooperava adequadamente com o tratamento. Em 40% dos casos, entretanto, verificou-se um estresse psicológico importante e foi sugerida uma maior intervenção psicossocial.

Ward et al <sup>(55)</sup> realizaram, nos EUA, um estudo que visava determinar se o estresse psicológico causaria mudanças na atividade do LES. Examinaram 23 pacientes, prospectivamente, por 40 semanas, aplicando de 2/2 semanas escalas para avaliar depressão, ansiedade e atividade lúpica. Mudanças nos sintomas depressivos e ansiosos foram correlacionadas à atividade da doença.

Yuko et al <sup>(56)</sup> avaliaram, também de forma prospectiva, 279 pacientes do sexo feminino estudando a correlação de fatores psicológicos com o estado físico e mental das pacientes. Encontraram uma correlação significativa da atividade da doença e sintomas neuróticos. Os autores concluíram, por meio dos dados levantados, que fatores psicológicos, como traços de personalidade, têm efeito tanto no desenvolvimento da doença como em mudanças no estado físico das pacientes.

Martins et al <sup>(57)</sup> fizeram, em Portugal, um estudo correlacionando personalidade e reatividade neuroendócrina no LES. Utilizaram o teste de resposta do hormônio adrenocoticotrófico (ACTH) ao hormônio liberador de corticotrofina (CRH) e a aplicação do MMPI, entre outras avaliações clínicas e laboratoriais. Os pacientes com LES apresentaram níveis baixos de deidroepiandrosterona e escores neuróticos elevados. Respostas altas do ACTH ao CRH correlacionaram-se com escores neuróticos mais baixos; entretanto, escores de neuroticismo mais altos não foram correlacionados a reduções significativas da resposta do ACTH ao CRH.

Trysberg & Tarkowski <sup>(58)</sup> fizeram uma revisão sobre estudos recentes relacionados ao acometimento do SNC pelo LES. Os trabalhos evidenciaram alterações imunológicas (polimorfismo da apolipoproteína E; presença de anticorpos antifosfolípidos pró-trombóticos; presença de anticorpos anti-ribossomo P; anti-neuronais e anti-DNA; aumento dos níveis de interleucina 6 e substâncias correlatas no LCR); bioquímicas (aumento dos níveis de enzimas proteolíticas como a metaloproteinase da matriz sérica – MMP-9, que levaria a lesões neurodegenerativas; presença de moléculas solúveis indicando destruição neuronal, como neurofilamentos); de neuroimagem (lesões isquêmicas focais, atrofia cortical, dilatação ventricular e outras) e neuropsicológicas (disfunções cognitivas e alteração comportamental). Os autores enfatizaram que as alterações neuropsiquiátricas do LES podem se manifestar

inicialmente de forma sutil, como leves disfunções cognitivas ou discretas alterações do comportamento. A detecção precoce destas alterações por testes neuropsicológicos seria importante para que se tentasse, através do tratamento, impedir a progressão da lesão do SNC.

Nery et al <sup>(59)</sup> também realizaram uma revisão de estudos sobre a associação ou influência do estresse psicossocial em pacientes com LES. Verificaram que a maioria dos estudos não encontrou associações entre o estresse e a piora da atividade clínica ou laboratorial do LES. Alguns autores encontraram uma associação entre a presença de estresse e uma pior percepção da saúde física pelo paciente. Diferenças relacionadas à resposta do paciente ao estresse podem ser devidas às características individuais de personalidade.

Vertzman & Pinheiro, *apud* Lemle <sup>(60)</sup>, desenvolvem há cerca de três anos, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o projeto “Patologias Narcísicas e Doenças Auto-Imunes: Estudo Comparativo sob a ótica da psicanálise”. Segundo estes autores, a partir de dados da experiência clínica e de algumas referências da literatura, os pacientes lúpicos teriam uma configuração psíquica narcísica (seriam pessoas egoístas, arrogantes, voltadas somente para si). Considerando a melancolia um paradigma do funcionamento narcísico, os autores decidiram fazer um estudo comparativo, avaliando de forma qualitativa (de acordo com o referencial psicanalítico) pacientes lúpicos e melancólicos. Até o presente momento, os autores afirmam ter encontrado entre os pacientes com LES os mais variados tipos de organização psíquica, e não uma maior incidência de personalidades narcísicas.

Ayache & Costa <sup>(61)</sup> publicaram, em 2005, artigo de revisão sobre alterações da personalidade no LES utilizando parte dos dados da revisão de literatura acima exposta. Este trabalho encontra-se exposto no anexo A.

Fazendo uma síntese dos estudos relatados, verificamos que vários autores concluíram, através de seus estudos, que os fatores psicológicos (incluindo traços de personalidade) têm importância como codeterminantes, desencadeantes, exacerbadores ou patoplásticos da doença lúpica. Alguns verificaram ainda que alterações de personalidade podem ser decorrentes do estresse psicológico imposto pela patologia, da atividade da doença no SNC e/ou do uso de medicações como os imunossupressores e corticóides.

A revisão de literatura, portanto, não nos permitiu responder às questões levantadas. Os estudos são inconclusivos quanto à presença de um padrão de personalidade nas pacientes lúpicas. Quanto às alterações de personalidade desencadeadas pela doença ou uso de medicação,

os resultados dos trabalhos são ainda controversos: alguns autores encontraram esta correlação, outros não.

A avaliação da personalidade da paciente lúpica é bastante complexa, devido à variedade de fatores que podem lhe causar interferência. Verificando a necessidade de mais estudos que se proponham a elucidar estas questões, decidimos realizar esta pesquisa.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. GERAIS**

- Aprimorar o conhecimento psicológico e psiquiátrico sobre as pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico, permitindo uma melhora da relação médico-paciente e, conseqüentemente, da aderência e resposta ao tratamento;
- Realizar um trabalho interdisciplinar, integrando alunos dos Cursos de Medicina, Psicologia e médicos residentes das áreas de Reumatologia e Psiquiatria da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Avaliar traços de personalidade e suas possíveis alterações em pacientes do sexo feminino com o diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico, procurando relacionar mudanças na atividade da doença com alterações nos traços de personalidade destas pacientes.
- Avaliar as características sócio-demográficas do grupo estudado;
- Verificar se existe um ou mais padrões característicos de personalidade no grupo estudado;
- Verificar a presença de padrões de comportamento ou transtornos psiquiátricos associados à doença, em suas fases ativa e inativa.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. AMOSTRA

Os sujeitos de nossa pesquisa foram 20 pacientes do sexo feminino, com LES, atendidas no Ambulatório de Colagenoses do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). O projeto foi submetido ao Comitê de ética da UFMS e aprovado em 27/04/2004. O certificado de aprovação encontra-se no apêndice A.

As pacientes foram encaminhadas para a pesquisa após avaliação por médico psiquiatra e reumatologista, obedecendo aos seguintes critérios:

#### Critérios de Inclusão:

- sexo feminino
- faixa etária: 18 a 50 anos de idade
- diagnóstico de LES pelos critérios do ACR<sup>(62)</sup> ( a paciente deveria preencher no mínimo 4 critérios)
- pontuação no Miniexame do Estado Mental<sup>(63)</sup> maior ou igual a :
  - 18 pontos – para pacientes com escolaridade baixa-média
  - 26 pontos – para pacientes com alta escolaridade
- concordância da paciente em participar da pesquisa após explanação e entendimento da mesma e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### Critérios de exclusão:

- pacientes analfabetas
- pontuação no Miniexame do Estado Mental inferior a:
  - 18 pontos – para pacientes com escolaridade baixa-média
  - 26 pontos – para pacientes com alta escolaridade
- pacientes que não preencheram o número mínimo de critérios de LES pela ACR
- pacientes que apresentaram, pela avaliação psiquiátrica, quadros depressivos graves, psicóticos ou outros que estavam prejudicando intensamente suas funções mentais.

- pacientes com outras doenças crônicas associadas ou outras afecções que poderiam interferir na avaliação.
- pacientes com gravidez suspeita ou confirmada.
- pacientes em uso de psicotrópicos na 1ª avaliação.

As pacientes foram selecionadas para a pesquisa através da revisão dos prontuários das pacientes com LES do ambulatório, de maio a junho de 2004. Aquelas que pelos dados do prontuário encaixavam-se nos critérios acima expostos, foram convidadas a participar da pesquisa. Deste modo, selecionamos 40 pacientes, porém nem todas foram localizadas ou concordaram em participar. Conseguimos uma amostra de 20 pacientes, que pode ser considerada não probabilística e por julgamento.

## **4.2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA**

### **4.2.1. Instrumentos de avaliação**

#### a) Critérios Diagnósticos de LES pela ACR (anexo B)

O diagnóstico de LES baseia-se na presença de pelo menos 4 dos 11 critérios de classificação propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR)<sup>(62)</sup>, expostos no anexo A.

#### b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B)

A pesquisadora elaborou o Termo de Consentimento de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde<sup>(64)</sup>. O mesmo encontra-se exposto no apêndice B.



c) Miniexame do Estado Mental - MMS (anexo C)

Este instrumento foi originariamente elaborado por Folstein et al <sup>(65)</sup> e traduzido por Bertolucci et al <sup>(66)</sup>. É composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas:

- orientação para tempo (5 pontos)
- orientação para local (5 pontos)
- registro de 3 palavras (3 pontos)
- atenção e cálculo (5 pontos)
- lembrança das três palavras (3 pontos)
- linguagem (8 pontos)
- capacidade construtiva visual (1 ponto)

O escore deste exame pode variar de 0 a 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser administrada em 5 a 10 minutos <sup>(63)</sup>. Avalia as funções cognitivas de uma forma global e nos permite verificar se o paciente têm condições de ser submetido a outras avaliações que exijam um nível mínimo de funcionamento intelectual. Para isto, o paciente deve atingir um escore mínimo para pessoas com seu nível de escolaridade.

Tombaugh & McIntyre <sup>(67)</sup> observaram que a escala têm boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (0,80 a 0,95).

d) Avaliações Psiquiátricas (apêndice C)

As avaliações psiquiátricas foram realizadas através de anamnese e exame psíquico das pacientes. O roteiro utilizado foi o padronizado pelo Serviço de Psiquiatria da UFMS.

e) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN (anexo D)

Esta escala é um instrumento para avaliação de uma dimensão da personalidade humana denominada Neuroticismo/Ajustamento Emocional. Neuroticismo, também denominado Fator N,

conforme já relatado, refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional e representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experenciam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento) e os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes <sup>(17,23,39)</sup>. Segundo Hutz & Nunes <sup>(39)</sup>, o fator N apresenta estreita correlação com os transtornos de personalidade catalogados nos sistemas diagnósticos psiquiátricos atuais, como o DSM-IV <sup>(37)</sup> e CID-10 <sup>(16)</sup>.

Um alto nível de neuroticismo está associado a respostas de *coping* mal-adaptadas. *Coping* seria um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e externas, que surgem em situações de estresse<sup>(68)</sup>.

A escala foi elaborada no Brasil, por Hutz & Nunes<sup>(39)</sup>, a partir de vários estudos e tradução de escalas internacionais para a avaliação da personalidade. Diversas Universidades Brasileiras participaram da coleta de dados para sua validação e normatização, que foi feita pela equipe de pesquisa do Laboratório de Mensuração do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Pode ser utilizada para pesquisa, ensino e aconselhamento psicológico e há indicações de que o instrumento apresenta boa capacidade de discriminação, servindo com recurso clínico para indicação de transtornos de personalidade. Segundo os autores <sup>(39)</sup>, o teste é de fácil aplicação, podendo ser realizado por médicos, psicólogos ou estudantes destas áreas após treinamento; estes afirmam ainda que o teste não têm tempo determinado para ser encerrado, porém usualmente dura 30 minutos.

O instrumento consta de 82 itens, distribuídos nas seguintes sub-escalas: N1- Vulnerabilidade (23 itens); N2- Desajustamento psicossocial (14 itens); N3- Ansiedade (25 itens); N4- Depressão (20 itens).

A listagem dos itens que compõem as sub-escalas encontra-se no anexo E. Para o cálculo geral da Escala, deve se efetuar a soma da pontuação dos escores padronizados das quatro sub-escalas (N1, N2, N3 e N4) através de procedimentos específicos relacionados pelos autores. Este cálculo pode ser feito manualmente ou através do computador. Escores gerais entre 80 a 120 pontos são esperados para a maior parte da população. Valores mais altos ou mais baixos podem indicar um Transtorno de Personalidade, exigindo uma investigação mais aprofundada por parte do psiquiatra ou psicólogo.

A partir do escore bruto de cada sub-escala, pode ser calculado um escore percentílico para cada fator. Um valor maior que 70 pontos ou menor que 30 pontos encontrado em algum desses escores pode indicar um distúrbio psicológico e/ou psiquiátrico mais específico\*.

Segundo Hutz & Nunes, 2001<sup>(39)</sup>:

A interpretação dos resultados da EFN deve ser feita principalmente a partir dos escores das sub-escalas do instrumento, pois separadamente são capazes de dar informações mais precisas e particulares a respeito da pessoa que está sendo avaliada. É importante salientar que resultados altos ou baixos em uma ou mais das sub-escalas de neuroticismo podem indicar transtornos de personalidade, sem permitir, no entanto, a elaboração de um diagnóstico final sobre os casos avaliados.

Em relação à interpretação das sub-escalas, os autores relatam:

- N1 (Vulnerabilidade): indivíduos com escores altos neste fator geralmente apresentam baixa auto-estima; medo que seus amigos os deixem (sendo capazes de ter atitudes que os desagradam na tentativa de impedir este abandono); insegurança, dependência, indecisão. São, portanto, características de um Transtorno de Personalidade Dependente.

Já escores muito baixos neste fator podem indicar pessoas com grande independência em relação aos outros, chegando à frieza e falta de sensibilidade, individualismo excessivo, padrões distorcidos de relações interpessoais. Estas características são sugestivas de um Transtorno de Personalidade Esquiva.

- N2 (Desajustamento Psicossocial): Escores altos neste fator descrevem comportamentos sexuais de risco ou atípicos, consumo exagerado de álcool, hostilidade com pessoas ou animais, necessidade recorrente de chamar a atenção, tendência à manipulação das pessoas, descaso com regras sociais, etc. Agrupa, portanto, sintomas típicos de Transtorno de Personalidade Antissocial e *Borderline*.

Ainda não se têm clareza do significado de escores baixos para este fator.

---

\*Hutz, C.S. Comunicação pessoal por E-mail, em 2/5/2006

- N3 (Ansiedade): Pessoas com escores altos neste fator geralmente apresentam sintomas somáticos de transtornos relacionados com ansiedade (p.ex. tontura, vertigem, desmaio), sintomas de pânico, fobias, irritabilidade, transtornos do sono, impulsividade, mudanças de humor, déficit de concentração, etc. Estas características são sugestivas de Transtornos de Ansiedade.

Escore baixo neste fator podem ocorrer em pessoas que se envolvem em situações de risco (físico ou psicológico) sem detectar o perigo que elas representam. Podem indicar também falta de motivação e outros transtornos ainda não bem determinados.

- N4 (Depressão): Os respondentes que apresentam escores altos neste fator tendem a relatar pouca expectativa em relação ao futuro, uma vida monótona e sem emoção, solidão, e podem apresentar ideação suicida. Devem ser cuidadosamente avaliados, especialmente se manifestarem pensamentos de morte ou tentativas de suicídio anteriores. Estes sintomas descrevem pacientes com Transtornos Depressivos.

Indivíduos com escores baixos neste fator podem apresentar nível baixo de auto-crítica, passividade, dificuldade para detectar e enfrentar problemas, o que pode se relacionar diretamente com as estratégias de enfrentamento de uma doença.

#### d) Avaliações Reumatológicas (Apêndice D)

As avaliações reumatológicas foram realizadas através de anamnese, exame físico e avaliação dos exames complementares das pacientes. A anamnese utilizada foi elaborada pela pesquisadora, seguindo o roteiro padrão utilizado no HU-UFMS.

#### e) SLEDAI ( *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*<sup>(69)</sup> - anexo F)

A SLEDAI é uma escala que avalia 24 variáveis associadas à atividade do LES e agrupadas em nove sistemas, em que a gravidade de cada comprometimento recebe pesos diferentes. Assim, peso oito para as lesões do Sistema Nervoso Central e lesões vasculares, peso quatro para a afecção renal e músculo-esquelética, peso dois para as serosas, pele e alterações imunológicas e peso um para os sintomas constitucionais e hematológicos<sup>(69)</sup>.

Para completar a escala, é necessário não somente avaliação clínica detalhada do reumatologista (anamnese e exame físico) e avaliação oftalmológica como também diversos exames complementares (hemograma completo, DLH, aldolase, C3, C4, CH50, anti-DNA, Urina I, proteinúria de 24 horas, eletrocardiograma, ecocardiograma e raio X de tórax). Realizamos anteriormente a estes exames uma pesquisa de  $\beta$ -HCG urinária a fim de descartar gravidez.

A maioria dos exames complementares foi realizada no HU-UFMS, à exceção de algumas provas de atividade da doença (aldolase, C3, C4, CH50 e anti-DNA), que foram realizadas no Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico (IPED) da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em Campo Grande-MS, através de um convênio do serviço de Reumatologia, pois o HU não estava realizando estes exames. Porém, é importante salientar que as pacientes faziam a coleta de sangue no HU; parte do soro era estocado por uma bioquímica e depois levado pela pesquisadora ao IPED.

A avaliação oftalmológica foi realizada no Ambulatório de Oftalmologia do Hospital São Julião (Campo Grande-MS), por médico oftalmologista que se dispôs a atender voluntariamente as pacientes neste local, pois no HU também não havia toda a aparelhagem necessária para realização desta avaliação.

A pontuação na escala pode variar de 0 a 105 pontos (pts). Verificamos na literatura que os pesquisadores adotam diferentes pontuações para definir atividade/inatividade através desta escala <sup>(49,69,70,71,72,73)</sup>. Adotamos a classificação preconizada por Ribeiro et al <sup>(73)</sup>, por tratar-se de estudo mais recente (2005) e mais detalhado sobre os diversos níveis de atividade da doença lúpica: inatividade (0pts); atividade leve (1 a 3 pts); atividade moderada (4 a 7 pts) e atividade severa (maior ou igual a 8 pts).

#### **4.2.2. Cronograma das avaliações e seguimento das pacientes**

Todas as avaliações da pesquisa foram realizadas nos ambulatórios de Reumatologia e Psiquiatria do HU-UFMS, seguindo-se o seguinte fluxograma:

1. avaliação psiquiátrica
2. aplicação da EFN
3. avaliação reumatológica
4. aplicação da SLEDAI

Todas estas avaliações eram realizadas juntamente com os exames complementares, no decorrer de uma semana, a fim de se comparar possíveis alterações na atividade da doença lúpica com alterações da personalidade. Após a avaliação inicial (T0), as pacientes foram reavaliadas após 3 meses (T1) e 6 meses (T2), a fim de verificar possíveis alterações na EFN de acordo com o curso da doença e/ ou fatores externos, como estressores psicossociais que poderiam emergir em momentos diferentes. Consideramos nosso estudo, portanto um estudo de coorte prospectivo.

Por ser bastante extensa, a 1ª avaliação (T0) foi subdividida em 2 etapas (avaliação psiquiátrica 1 e 2 e avaliação reumatológica 1 e 2, realizadas no intervalo de uma semana); em T1 foram realizadas as avaliações de número 3 e em T2 as de número 4, como pode ser verificado nos apêndices C e D.

Para o preenchimento da SLEDAI, como já foi explicitado, foi necessária a realização de anamnese reumatológica, exame físico e diversos exames complementares. Estes últimos eram realizados durante a semana da avaliação, sob orientação da pesquisadora. Mesmo com um número pequeno de pacientes na amostra (20), a duração da coleta de dados foi de 20 meses (junho de 2004 a janeiro de 2006), pois só podíamos avaliar 1 a 2 pacientes por semana, caso contrário não conseguiríamos encaixá-las para realizar os exames necessários no período adequado.

A pesquisadora foi auxiliada, nas avaliações e seguimento das pacientes por acadêmicos de Medicina, Psicologia e médicos-residentes das áreas de Reumatologia e Psiquiatria que também se dispuseram a trabalhar voluntariamente no projeto. Teve ainda o apoio de uma Professora de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), especialista em testes psicológicos para avaliação de Personalidade, para o treinamento da aplicação da EFN e orientações. As avaliações reumatológicas e a aplicação da SLEDAI foram supervisionadas por médicos do Serviço de Reumatologia da UFMS.

#### **4.2.3. Análise dos dados**

Após o encerramento das avaliações, foi realizada a análise dos dados e conclusão do trabalho, utilizando estatística descritiva e analítica. Na análise estatística, contamos com o auxílio de Albert Schiaveto de Souza, Doutor em Neurofisiologia pela Universidade de São Paulo

(USP) de Ribeirão Preto-SP e Professor de Bioestatística da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

A comparação dos escores percentílicos (N1 a N4) da EFN, da soma dos escores padronizados da EFN e dos escores obtidos na SLEDAI, para os Tempos 0, 1 e 2, foi realizada pelo teste não paramétrico de Friedman, com pós teste de Student-Newman-Keuls. A relação entre: a) a avaliação psiquiátrica e o escore obtido na EFN, b) o escore percentílico em N4 e a presença ou não de Episódio Depressivo Moderado (EDM) e c) a pontuação na SLEDAI e o escore da EFN, foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado. A relação entre a classificação pela EFN e o tempo, bem como a relação entre a atividade da doença, avaliada de acordo com a pontuação na SLEDAI e o tempo, foi avaliada pelo teste de McNemar. A relação entre a dose de prednisona utilizada pela paciente e a presença ou não de EDM foi avaliada pelo teste exato de Fisher. Outras variáveis avaliadas neste estudo foram também apresentadas na forma de estatística descritiva, gráficos e tabelas. A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Software* SigmaStat, versão 2.0, considerando relações ou diferenças significativas quando o valor de “p” foi menor que 0,05<sup>(74)</sup>.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Na Tabela 1 (pág 33) estão descritas as características sócio-demográficas de nossa amostra. Escolhemos trabalhar apenas com pacientes do sexo feminino, pois, como já foi salientado na introdução, a incidência de LES é maior neste sexo <sup>(3)</sup>. Além disto, obtivemos um grupo mais homogêneo para ser analisado.

A faixa etária determinada foi a de 18 a 50 anos de idade, pois é aquela em que há maior incidência da doença. Além disso, após esta idade, as pacientes com LES podem começar a apresentar sintomas demenciais, por alterações vasculares no SNC <sup>(6)</sup>; isto prejudicaria sua avaliação, tendo em vista que nos quadros demenciais pode haver acentuação de traços de personalidade. Também optamos por selecionar apenas pacientes maiores de 18 anos, pois, segundo evidências de literatura, até esta idade a personalidade encontra-se em formação <sup>(23)</sup>.

Pacientes analfabetas, com escores abaixo do normal no MMS e com distúrbios psiquiátricos graves foram excluídas, pois a aplicação da EFN exige um nível mínimo de cognição preservado <sup>(39)</sup>.

Foram excluídas também pacientes em uso de psicotrópicos na 1ª avaliação. Porém, quando detectado um transtorno psiquiátrico como p.ex. depressão moderada, a psiquiatra entrou com a medicação indicada para o quadro, e verificou se houveram diferenças na EFN nas avaliações posteriores, com a paciente em uso de antidepressivo. Como já foi relatado, pacientes com distúrbios psiquiátricos graves, que geralmente exigem o uso de psicotrópicos em altas doses, foram excluídas.

Não incluímos, ainda, pacientes com outras doenças crônicas importantes, como AR ou diabetes, pois pacientes com mais de uma doença crônica geralmente são submetidas a um nível de estresse maior e usam ainda mais medicamentos que as pacientes que apresentam apenas LES.

Pacientes com gravidez suspeita ou confirmada também não puderam entrar no estudo, não somente porque a gestação é um período de intensas transformações psicológicas, mas também porque pacientes gestantes não poderiam ser submetidas a alguns exames necessários para a pesquisa (p.ex., raio X de tórax).



**Tabela 1:** Distribuição das 20 pacientes segundo etnia, faixa etária, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, profissão e renda familiar, Campo Grande, 2004-2006\*.

<b>Dados sociodemográficos</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Etnia</b>		
Branca	09	45%
Afro-descendentes	10	50%
Amarela	01	05%
<b>Faixa etária</b>		
18-28 anos	08	40%
29-39 anos	07	35%
40-50 anos	05	25%
<b>Estado civil</b>		
Casada	12	60%
Solteira	05	25%
Viúva	02	10%
Separada	01	05%
<b>Naturalidade</b>		
Campo Grande	03	15%
Interior do MS	15	75%
Outros estados	02	10%
<b>Procedência</b>		
Campo Grande	15	75%
Interior do MS	05	25%
<b>Escolaridade</b>		
5ª a 8ª série	09	45%
2º grau incompleto	02	10%
2º grau completo	05	25%
Superior completo	04	20%
<b>Ocupação/profissão</b>		
Lides do lar	11	55%
Secretária	02	10%
Advogada	01	05%
Enfermeira	01	05%
Professora aposentada	01	05%
Serviços gerais	01	05%
Alfabetizadora	01	05%
Vendedora	01	05%
Telefonista	01	05%
<b>Renda familiar em SM</b>		
Menos que 1 SM	01	05%
1 a 2 SM	11	55%
3 a 4 SM	05	25%
5 SM ou mais	03	15%

\* Indicadores sociais mínimos de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) <sup>(75)</sup>.

Observamos que 50% de nossa amostra foi composta por afro-descendentes (9 pacientes declararam-se pardas e uma paciente negra); 45% de pacientes de etnia branca e apenas 5% (uma paciente) da raça amarela. Em nossa revisão de literatura, encontramos dois trabalhos que afirmam que o LES é mais freqüente na raça negra<sup>(3,6)</sup>; entretanto, os mesmos afirmam que, embora a doença pareça ser mais prevalente na raça negra, pode ocorrer em todas as etnias. Além disto, alguns estudos antropológicos e sociológicos afirmam que a raça parda inclui mestiços de origem negra e indígena<sup>(76,77)</sup>. Já Pons-Estel et al<sup>(5)</sup>, em trabalho latino-americano, verificaram em sua amostra uma prevalência maior da doença em mestiços (44,2%) e brancos (41,7%), e menor em afro-latino-americanos (12,5%).

A faixa etária das pacientes variou entre 18 e 45 anos de idade, sendo composta em sua maior parte por mulheres em idade fértil, sendo a idade média de  $31,75 \pm 8,30$  anos (média±desvio padrão da média), em conformidade com alguns estudos da literatura<sup>(3,6)</sup>. Porém, outros trabalhos, como os de Waterloo et al<sup>(36)</sup> e Dobkin et al<sup>(54)</sup> obtiveram amostras com pacientes de maior faixa etária (médias de idade de  $42,7 \pm 12,4$  e  $42,5 \pm 10,8$  anos, respectivamente).

Em relação ao estado civil, a maior parte das pacientes declarou-se casada, de forma semelhante a alguns estudos, como o de Segui et al<sup>(49)</sup> e Dobkin et al<sup>(54)</sup>.

Verificamos ainda um fenômeno bastante comum: a emigração das pacientes do interior para a capital do estado (a maioria é natural do interior do estado, mas atualmente reside em Campo Grande).

A média de escolaridade de nossas pacientes foi de  $10,1 \pm 2$  anos. Este dado é inferior ao encontrado em artigos internacionais, como o de Ainiala et al<sup>(78)</sup> e Ward et al<sup>(55)</sup>, que encontraram em suas pacientes um nível médio de estudo de  $13 \pm 3$  anos e  $14,2 \pm 2,8$  anos, respectivamente.

Quanto à ocupação/profissão, a maior parte das pacientes (55%) declarou-se dona-de-casa (lides do lar); 6 (30%) exerciam profissões para as quais geralmente não se exige alta escolaridade (secretária, serviços gerais, alfabetizadora, vendedora e telefonista). Apenas 2 pacientes (10%) exerciam profissão relacionada a seu curso universitário (advogada e enfermeira). Das outras 2 pacientes com curso superior, uma (5%) estava aposentada e a outra (5%) não exercia a profissão (formou-se em Letras, porém trabalha como secretária). Estes dados diferem também dos apresentados por Segui et al<sup>(49)</sup>, em que apenas 25% das pacientes declararam-se donas-de casa.

Em relação à renda familiar, verificamos que a maior parte das pacientes (60%) relatou ter uma renda familiar bastante baixa (até 2 SM); 5 pacientes (25%) têm renda de 3 a 4 SM e apenas 3 (15%) têm renda equivalente ou superior a 5 SM. Não foram encontrados dados comparativos com estudos brasileiros e é impossível comparar este dado com parâmetros internacionais.

## 5.2. RESULTADOS DA EFN NOS TEMPOS ANALISADOS E SUA RELAÇÃO COM OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A Tabela 2 nos mostra os escores gerais da EFN em T0, T1 e T2 (conforme relatado na metodologia, os escores gerais são obtidos pela soma dos escores padronizados da escala). Verificamos que, das 20 pacientes que participaram da 1ª avaliação, 19 (95%) estiveram presentes na 2ª e 17 (85%) na 3ª.

**Tabela 2:** Escores Gerais da EFN, nos Tempos 0, 1 e 2; Campo Grande, 2004-2006.

Escore na EFN	T0 (n=20)	T1 (n=19)	T2 (n=17)
	Nº (%)	nº (%)	Nº (%)
Anormal (menos que 80 pontos)	02 (10%)	05 (26%)	05 (29%)
Normal (80-120 pontos)	17 (85%)	14 (74%)	11 (65%)
Anormal (mais que 120 pontos)	01 (05%)	00 (00%)	01 (06%)

Foram interpretados como anormais os valores abaixo de 80 ou acima de 120 pontos, que, conforme descrito na metodologia, seriam valores indicativos de Transtornos de Personalidade.

Houve uma relação significativa entre a pontuação na EFN e os tempos do estudo. Esta relação foi observada entre o T0 e o T1 (teste McNemar,  $p=0,019$ ) e entre T0 e T2 ( $p=0,037$ ). Entre o T1 e o T2, não houve relação significativa ( $p=0,118$ ). Para este teste o escore pela EFN foi subdividido em: a) anormal e b) normal. Estes resultados juntos indicam que com o tempo houve uma diminuição da frequência de casos classificados pela EFN como normais e um

aumento dos casos classificados como anormais, especialmente para escores menores que 80 pontos.

Acreditamos que isto se explique parcialmente pelo fato de que, em T1, 6 pacientes (46,1%) diagnosticadas como deprimidas em T0 estavam tomando antidepressivo, e 4 (30,7%) em T2. O uso desta medicação pode ter diminuído as pontuações nas sub-escalas relacionadas à depressão e ansiedade. Os antidepressivos utilizados pela pesquisadora foram os disponíveis na rede pública de saúde: amitriptilina (25 a 50 mg/dia), imipramina (25 a 50 mg/dia) e fluoxetina (20 a 40 mg/dia). Entretanto, o esperado com o uso de antidepressivos seria uma normalização dos escores gerais, e não uma diminuição para níveis considerados abaixo do normal.

**Tabela 3:** Diagnóstico psiquiátrico, de acordo com a avaliação psiquiátrica pelos critérios do CID 10, em relação ao escore na EFN, no Tempo 0, Campo Grande, 2004-2006.

Avaliação Psiquiátrica (CID 10)	Escore na EFN		Total
	Normal n° (%)	Anormal n° (%)	N° (%)
Episódio Depressivo Moderado (EDM)	10 (50%)	-	10 (50%)
EDM e Transtorno de Personalidade Dependente	-	01 (05%)	01 (05%)
EDM e Deficiência Mental Leve	02 (10%)	-	02 (10%)
Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>	01 (05%)	-	01 (05%)
Uso abusivo de Álcool e Dependência de Tabaco	01 (05%)	-	01 (05%)
Sem diagnóstico psiquiátrico	03 (15%)	02 (10%)	05 (25%)
<b>Total</b>	<b>17 (85%)</b>	<b>03 (15%)</b>	<b>20 (100%)</b>

Verificamos na Tabela 3 que não houve uma relação significativa entre a avaliação psiquiátrica e o escore obtido na EFN (teste do qui-quadrado,  $p=0,060$ ). Das 3 pacientes (15%) classificadas como anormais pela EFN, apenas uma (5%) teve um diagnóstico psiquiátrico pela avaliação clínica (Transtorno de Personalidade Dependente). Além disso, 14 pacientes (70%) com diagnóstico psiquiátrico obtiveram um escore geral normal na EFN. Não encontramos,

portanto, conforme os autores afirmam, uma correlação da EFN com a nosologia psiquiátrica atual.

Observamos ainda que 15 pacientes (75%) apresentavam algum quadro psiquiátrico em T0. O diagnóstico mais prevalente em nossa amostra, de acordo com a avaliação clínica, foi o de Episódio Depressivo Moderado (EDM), o único diagnóstico psiquiátrico em 10 pacientes (50%). 2 pacientes (10%) apresentaram um diagnóstico de EDM e Deficiência Mental Leve; 1 paciente (5%) apresentou um quadro clínico compatível com EDM e Transtorno de Personalidade Dependente.

Também tivemos uma paciente (5%) com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade *Borderline*; 1 paciente (5%) com diagnóstico de Uso Abusivo de Álcool e Dependência de Tabaco; somente 5 pacientes (25% da amostra) não tiveram nenhum diagnóstico psiquiátrico em T0.

Das 13 pacientes (65%) que apresentavam EDM em T0 (como único diagnóstico ou em co-morbidade), 5 (25%) já haviam apresentado episódios depressivos anteriores. Além disso, 4 pacientes (20%) que não apresentavam nenhum diagnóstico psiquiátrico em T0 também relataram quadros depressivos prévios. Assim, podemos afirmar que 17 pacientes (85%) de nossa amostra apresentaram, em algum momento de suas vidas, episódios depressivos.

A prevalência de transtornos psiquiátricos em nossa amostra foi bastante alta (75%). Este índice mostrou-se superior aos encontrados por Waterloo et al <sup>(36)</sup> (50%) e Hutchinson et al <sup>(79)</sup> (44%). Talvez esta diferença se explique pelo número restrito de pacientes em nossa amostra.

Verificamos através da literatura que a Depressão é um diagnóstico significativamente relacionado ao LES. Muitas vezes os primeiros sintomas da doença lúpica são os depressivos (p.ex. fadiga, alterações do sono, inapetência, dores musculares) <sup>(3,6)</sup>. A prevalência de Depressão em nossa 1ª avaliação (T0) foi de 65%, superior à encontrada por Waterloo et al <sup>(36)</sup> (28%) e Hutchinson et al <sup>(79)</sup> (27%). Mais uma vez, acreditamos que esta diferença deve-se ao número de pacientes avaliadas.

Duas pacientes (10%) tiveram o diagnóstico de Deficiência Mental Leve. Esta prevalência é discretamente inferior à encontrada nos estudos de Ainiala et al <sup>(78)</sup> (26%) e Monastero et al <sup>(80)</sup> (26,9%).

Uma paciente (5%) teve o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Dependente. Não encontramos na literatura nenhuma referência a este diagnóstico em pacientes com LES.

Entretanto, existem estudos <sup>(36,54)</sup> que verificaram nas pacientes com LES aspectos psicológicos como sentimentos de incapacidade, baixa auto-estima, introversão, sensibilidade emocional extrema e insegurança. Estas características são compatíveis com este Transtorno, porém nestes trabalhos os autores não relataram este diagnóstico.

Uma paciente (5%) teve o diagnóstico de Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade *Borderline* (ou emocionalmente instável). Novamente, não encontramos na literatura nenhuma referência a este último transtorno em pacientes com LES; porém também existem trabalhos que encontraram nas pacientes lúpicas sintomas como hostilidade, comportamento psicopático, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, sintomas paranóides, depressivos, histriônicos, pouca colaboração com o tratamento e tentativas de suicídio <sup>(36,54,81)</sup>. Estes sintomas poderiam configurar quadros de Transtorno de Personalidade *Borderline*, mas estes autores também não referiram este diagnóstico em suas avaliações. Em relação ao Transtorno Bipolar, encontramos duas referências nos artigos pesquisados: Ainiala et al <sup>(78)</sup> encontraram, em 2% de sua amostra pacientes com Transtorno Bipolar; já Hutchinson et al <sup>(79)</sup> verificaram uma prevalência maior deste distúrbio em sua amostra: 27%. A diferença entre a prevalência encontrada em nosso estudo e o último trabalho mencionado pode ser creditada, mais uma vez, ao pequeno tamanho de nossa amostra.

Uma paciente (5%) apresentou um diagnóstico de Abuso de álcool e Dependência de tabaco. Não encontramos trabalhos que tenham verificado a prevalência destes distúrbios no LES. Entretanto, Majka & Holers <sup>(82)</sup> identificaram relação entre o uso do tabaco e progressão mais rápida da doença renal no LES. Zerbini & Fidelix <sup>(83)</sup> assinalam ainda que o uso de cigarro pode piorar as manifestações vasculares e pulmonares no LES. O uso crônico de bebida alcoólica, de forma abusiva, pode piorar o prognóstico da doença lúpica devido a diversos fatores: lesão à diversos órgãos, principalmente no SNC; inúmeras interações medicamentosas podem ocorrer, gerando prejuízos importantes ao paciente. A paciente foi orientada quanto a estas questões, sendo-lhe sugerido tratamento para estas patologias.

Na tabela 4 (pág 39) verificamos o número de pacientes e pontuação dos escores percentílicos das sub-escalas da EFN, em T0. Como já foi relatado, segundo Hutz\* (pág 27), escores percentílicos abaixo de 30 ou acima de 70 pontos são considerados anormais e sugerem um transtorno relacionado ao fator analisado na sub-escala, mesmo que a paciente tenha um valor total da escala dentro do normal.

**Tabela 4:** Número de pacientes e pontuação dos escores percentílicos das sub-escalas da EFN, em T0, Campo Grande, 2004-2006.

Fatores da EFN	Escore percentílicos da EFN			Total
	Menos que 30 pontos	Entre 30 e 70 pontos	Mais que 70 pontos	
	n° (%)	n° (%)	n° (%)	n° (%)
<b>N1</b>	03 (15%)	09 (45%)	08 (40%)	20 (100%)
<b>N2</b>	06 (30%)	13 (65%)	01 (05%)	20 (100%)
<b>N3</b>	03 (15%)	07 (35%)	10 (50%)	20 (100%)
<b>N4</b>	06 (30%)	08 (40%)	06 (30%)	20 (100%)

No Tempo 0 não houve relação significativa entre os escores percentílicos e os fatores da EFN (teste do qui-quadrado,  $p=0,243$ ). Para este teste os escores pela EFN foram subdivididos em: a) anormal (menor que 30 pontos e maior que 70 pontos) e b) normal (entre 30 e 70 pontos).

Observamos nesta avaliação, em relação aos fatores:

- N1: 8 pacientes (40%) apresentaram um valor acima do esperado, sugerindo um possível Transtorno de Personalidade Dependente; entretanto, apenas 1 paciente (5%) foi diagnosticada, pela avaliação psiquiátrica, como portadora deste transtorno, associado à EDM. 3 pacientes (15%) obtiveram um escore abaixo do esperado, sugerindo um transtorno de personalidade esquiava; entretanto, nenhuma paciente teve este diagnóstico pela avaliação psiquiátrica.

- N2: Apenas uma paciente (5%) apresentou um valor acima do esperado em relação a este fator, sugerindo um Transtorno de Personalidade Anti-social ou *Borderline*. Entretanto, isto não foi confirmado pela avaliação psiquiátrica, apesar da mesma ter sido diagnosticada como portadora de EDM e Transtorno de Personalidade Dependente. 5 pacientes (25%) apresentaram um valor abaixo do esperado, mas, segundo os próprios autores<sup>(39)</sup>, ainda não se tem clareza do significado de escores baixos neste fator; uma destas pacientes (5%) teve diagnóstico clínico de Transtorno de personalidade *Borderline*.

- N3: 10 pacientes (50%) apresentaram um valor acima do esperado para este fator; este resultado pode indicar Transtornos de Ansiedade, porém nenhuma paciente foi diagnosticada

cl clinicamente com este tipo de Transtorno nesta avaliação. 3 pacientes (15%) apresentaram escores abaixo do normal, que segundo os autores podem refletir sintomas como impulsividade, comportamentos de risco e falta de motivação. Entretanto, estas pacientes não apresentaram quaisquer destes sintomas pela avaliação clínica.

- N4: 6 pacientes (30%) apresentaram um valor acima do normal neste fator. Destas, 3 (15%) tiveram diagnóstico de EDM; 2 (10%) de EDM e Deficiência Mental Leve e 1 (5%) de Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade *Borderline* pela avaliação clínica. Das 6 pacientes (30%) que apresentaram um escore abaixo do normal, 3 (15%) tiveram diagnóstico de EDM, 1 (5%) de Abuso de álcool e Dependência de tabaco e 2(10%) não apresentavam nenhuma patologia psiquiátrica nesta 1ª avaliação. Conforme já relatado, pacientes com escores baixos neste fator podem apresentar baixa auto-crítica, passividade e dificuldade para enfrentar problemas; entretanto, isto não foi observado na avaliação clínica.

**Tabela 5:** Resultados dos escores percentílicos para cada fator e soma dos escores padronizados da EFN, nos Tempos 0, 1 e 2, Campo Grande, 2004-2006.

Tempos analisados	Escore percentílicos por fator				Soma dos escores padronizados
	N1	N2	N3	N4	
<b>T0</b>	59,47 ±31,55*	39,63 ±26,66	64,55 ±28,34	53,59 ±30,93	102,03 ±13,58
<b>T1</b>	47,27 ±36,09	29,34 ±23,74	51,84 ±31,22	38,92 ±31,19	95,19 ±14,29
<b>T2</b>	42,90 ±34,61	23,82 ±29,18	45,14 ±38,00	39,38 ±30,20	92,05 ±17,46
<b>Valor de “p”</b>	0,007**	0,126	0,054	0,112	0,005**

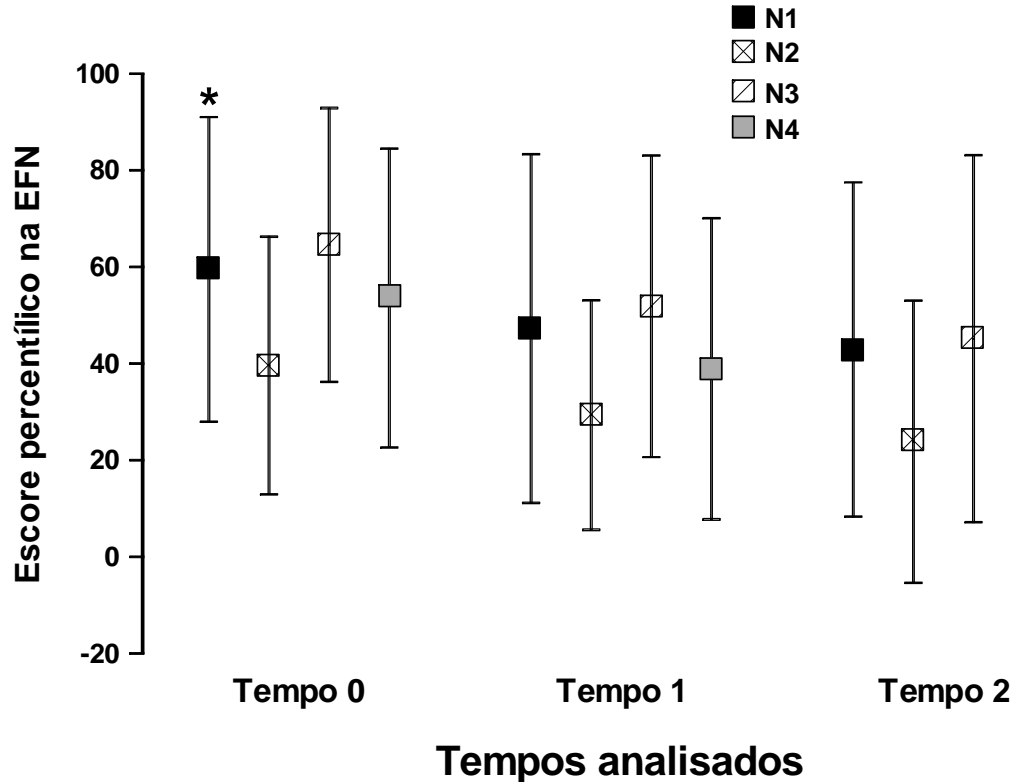
\* Média±desvio padrão da média

\*\* Teste de Friedman com pós-teste de Student-Newman-Keuls ( $p<0,05$ ), escore no Tempo 0 significativamente maior do que nos Tempos 1 e 2.



Em relação à Tabela 5 (pág 40), podemos observar:

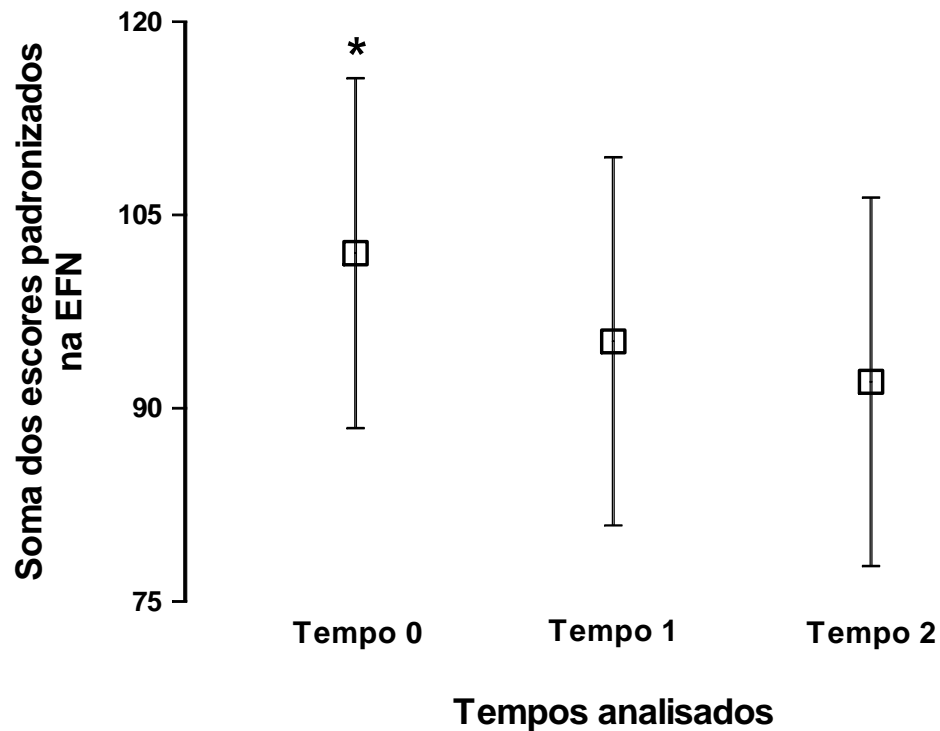
- No Tempo 0, para o fator N1, o escore percentílico na EFN foi de  $59,47 \pm 31,55$  pontos (média  $\pm$  desvio padrão da média), no Tempo 1 o escore foi de  $47,27 \pm 36,09$  pontos e no Tempo 2 o escore foi de  $42,90 \pm 34,61$  pontos. No fator N1, o escore no Tempo 0 foi significativamente maior do que aquele para os Tempos 1 e 2 (teste de Friedman:  $p=0,007$ ; com pós teste de Student-Newman-Keuls:  $p<0,05$ ).
- No Tempo 0, para o fator N2, o escore percentílico na EFN foi de  $39,63 \pm 26,66$  pontos (média  $\pm$  desvio padrão da média), no Tempo 1 o escore foi de  $29,34 \pm 23,74$  pontos e no Tempo 2 o escore foi de  $23,82 \pm 29,18$  pontos. No fator N2, não houve diferença significativa no escore da EFN, entre os Tempos analisados (0, 1 e 2) (teste de Friedman:  $p=0,126$ ).
- No Tempo 0, para o fator N3, o escore percentílico na EFN foi de  $64,55 \pm 28,34$  pontos (média  $\pm$  desvio padrão da média), no Tempo 1 o escore foi de  $51,84 \pm 31,22$  pontos e no Tempo 2 o escore foi de  $45,14 \pm 38,00$  pontos. No fator N3, não houve diferença significativa no escore da EFN, entre os Tempos analisados (0, 1 e 2) (teste de Friedman:  $p=0,054$ ).
- No Tempo 0, para o fator N4, o escore percentílico na EFN foi de  $53,59 \pm 30,93$  pontos (média  $\pm$  desvio padrão da média), no Tempo 1 o escore foi de  $38,92 \pm 31,19$  pontos e no Tempo 2 o escore foi de  $39,38 \pm 30,20$  pontos. No fator N4, não houve diferença significativa no escore da EFN, entre os Tempos analisados (0, 1 e 2) (teste de Friedman:  $p=0,112$ ).
- No Tempo 0, a soma dos escores padronizados na EFN foi de  $102,03 \pm 13,58$  pontos (média  $\pm$  desvio padrão da média), no Tempo 1 o escore foi de  $95,19 \pm 14,29$  pontos e no Tempo 2 o escore foi de  $92,05 \pm 17,46$  pontos. Na soma dos escores padronizados, o escore no Tempo 0 foi significativamente maior do que aquele para os Tempos 1 e 2 (teste de Friedman:  $p=0,005$ ; com pós teste de Student-Newman-Keuls:  $p<0,05$ ).



**Figura 1:** Gráfico ilustrando o escore percentílico nos fatores 1, 2, 3 e 4 da EFN, nos três tempos analisados. Os boxes representam os valores médios e as barras o desvio padrão da média. \* Diferença significativa em relação aos Tempos 1 e 2, no fator N1 (teste de Friedman:  $p=0,007$ ; com pós teste de Student-Newman-Keuls:  $p<0,05$ ).

Observamos, de acordo com a Tabela 5 (pág 40) e Figuras 1 e 2 (págs 42 e 43), que a média dos escores percentílicos e gerais da EFN teve uma tendência à diminuição no decorrer do estudo, embora não tenha sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa por alguns testes. Como já foi relatado, acreditamos que a diminuição dos escores percentílicos, e, conseqüentemente, do escore geral ( soma dos escores padronizados), pode estar relacionada ao uso de antidepressivos por algumas pacientes nos tempos 1 e 2. Entretanto, nem todas as pacientes deprimidas fizeram uso da medicação prescrita pela psiquiatria. As pacientes que não seguiram a orientação médica alegaram os seguintes motivos: não encontraram o medicamento na rede pública; não quiseram tomar mais uma medicação, pois achavam que já tomavam remédios demais; não aceitaram o diagnóstico de depressão, por isto não tomaram o antidepressivo. Souza et al (2005)<sup>(84)</sup> e Silva et al (2005)<sup>(85)</sup> relacionam vários fatores que

dificultam a adesão do paciente ao tratamento antidepressivo: dificuldade de aceitação da doença pelo próprio paciente e frequentemente também por familiares e amigos, que ainda não consideram a depressão como uma doença; os efeitos colaterais dos medicamentos; medo de ficar dependente do medicamento; interações medicamentosas; informações insuficientes a respeito da doença e do tratamento; dificuldades na relação médico-paciente.



**Figura 2:** Gráfico ilustrando a soma dos escores padronizados na EFN nos tempos analisados. Os boxes representam os valores médios e as barras o desvio padrão da média. \* Diferença significativa em relação aos Tempos 1 e 2 (teste de Friedman:  $p=0,005$ ; com pós teste de Student-Newman-Keuls:  $p<0,05$ ).

Verificamos, portanto, que os escores da EFN, como os próprios autores<sup>(39)</sup> afirmam, são apenas indicativos de Transtornos de Personalidade. Apenas 1 paciente (5%) teve um diagnóstico clínico de Transtorno de Personalidade Dependente confirmado pelos escores geral e específico (N1) da escala. Entretanto, apesar de apresentar um diagnóstico de depressão (EDM), seu escore percentílico relacionado a este fator (N4) estava dentro do normal. A outra paciente também

diagnosticada como portadora de um Transtorno de Personalidade (*Borderline*), entretanto, obteve valores normais nos escores gerais da EFN e, paradoxalmente, um valor baixo (5 pts) na sub-escala relacionada a este fator (N2).

Em nosso estudo, de acordo com a avaliação psiquiátrica, tivemos uma prevalência de 10% de Transtornos de Personalidade em nossa amostra (2 pacientes); de acordo com a EFN, 5% (apenas uma paciente). Como já foi ressaltado, não encontramos trabalhos na literatura que tenham verificado especificamente a presença de Transtornos de Personalidade, diagnosticados pelos critérios do CID 10<sup>(16)</sup>, em pacientes com LES. Porém, como já foi descrito, vários trabalhos utilizaram escalas de personalidade que revelaram a presença de vários sintomas destes transtornos nas pacientes com a doença lúpica. Entretanto, a prevalência destes sintomas não está bem especificada nestes estudos<sup>(36,54,80)</sup>.

De acordo com o valor global da EFN em T0, conforme exposto na Tabela 2 (pág 35), 3 pacientes (15%) tiveram uma pontuação anormal; em T1, 5 (26%), e em T2, 6 (35%), o que seria sugestivo de Transtorno de Personalidade. Entretanto, destas, apenas uma paciente (5%) recebeu este diagnóstico pela avaliação psiquiátrica.

Quanto aos escores percentílicos das sub-escalas, como podemos observar na Tabela 4 (pág 39), um número substancial da amostra apresentava alterações compatíveis com Transtornos de Personalidade. Entretanto, apenas 2 pacientes (10%) receberam estes diagnósticos de acordo com a avaliação clínica psiquiátrica, que ainda é considerada padrão-ouro de certeza diagnóstica. Segundo Bernik<sup>(86)</sup>, mesmo antes do surgimento de escalas de avaliação, a observação cuidadosa sempre foi a mais valiosa fonte de informação sobre fenômenos psiquiátricos. Entretanto, devemos salientar que, apesar de nossa avaliação psiquiátrica estar embasada nos critérios do CID 10<sup>(16)</sup>, ainda é bastante subjetiva, sendo a escala um método mais objetivo de avaliação.

Nossos achados coincidem ainda com os de Vertzman & Pinheiro, *apud* Lemle (2005)<sup>(60)</sup>, que mesmo usando outro referencial (psicanalítico), encontrou, como em nosso estudo, pacientes com os mais variados tipos de organização psíquica, o que contraria a proposta de que as pacientes lúpicas teriam um modelo próprio, homogêneo e específico de funcionamento psicológico.

**Tabela 6:** Relação entre os escores percentílicos em N4 e o diagnóstico de casos de EDM, em T0, T1 e T2, Campo Grande, 2004-2006.

Tempos/ Diagnóstico de EDM	Escores percentílicos em N4			Teste do qui- quadrado	
	Menos que 30 pontos	Entre 30 e 70 pontos	Mais que 70 pontos	Valor de “p”	
	n° (%)	N° (%)	N° (%)		
<b>T0</b>	<b>Sim</b>	03 (15%)	05 (25%)	05 (25%)	0,472
	<b>Não</b>	03 (15%)	03 (15%)	01 (05%)	
<b>T1</b>	<b>Sim</b>	05 (26%)	04 (21%)	01 (05%)	0,971
	<b>Não</b>	04 (21%)	04 (21%)	01 (05%)	
<b>T2</b>	<b>Sim</b>	02 (12%)	02 (12%)	04 (24%)	0,046*
	<b>Não</b>	06 (35%)	03 (18%)	00 (00%)	

\* Relação significativa entre o escore percentílico em N4 e a presença ou não de episódio depressivo moderado (EDM).

Como podemos observar na Tabela 6, no decorrer do estudo houve uma diminuição na prevalência de EDM na amostra. Em T0, a prevalência de EDM era de 13 pacientes (65%); em T1, de 10 pacientes (52,6%) e em T2, de 8 pacientes(47%). É importante salientar que as pacientes que tomaram a medicação antidepressiva prescrita tiveram melhora do quadro depressivo; as que não fizeram uso permaneceram deprimidas. Além disto, como já foi relatado, em T1 e T2 algumas pacientes não compareceram às avaliações.

No Tempo 0 e no Tempo 1 não houve relação significativa entre o escore percentílico em N4 e a presença ou não de episódio depressivo moderado (teste do qui-quadrado, T0:  $p=0,472$ ; T1:  $p=0,971$ ). Por outro lado, no Tempo 2 houve uma relação significativa entre o escore percentílico em N4 e a presença ou não de EDM (teste do qui-quadrado,  $p=0,046$ ), indicando que quanto maior o escore percentílico em N4, maior o número de casos de EDM e vice-versa. É interessante ressaltar, portanto, que, embora não tenhamos encontrado uma alta prevalência de Transtornos de Personalidade em nossa amostra, encontramos índices significativos de depressão, e pelo menos em um dos momentos do estudo (T2) o diagnóstico clínico de depressão relacionou-se ao diagnóstico pelo escore percentílico da EFN.

### 5.3. RELAÇÃO ENTRE DOSE DE PREDNISONA E PRESENÇA DE EDM EM T0

Como podemos visualizar na Tabela 7, no Tempo 0 não houve relação significativa entre a dose de prednisona utilizada pelas pacientes e a presença ou não de EDM (teste exato de Fisher,  $p=0,070$  – tendência de relação: quanto maior a dose de prednisona, maior o número de casos de EDM). Este dado não confere com a maior parte dos trabalhos da literatura médica, que encontraram associações importantes entre dose de prednisona e presença de depressão, como Alheira&Brasil (2005) <sup>(87)</sup> e Johnson et al (2006) <sup>(88)</sup>.

**Tabela 7:** Relação entre a dose de prednisona utilizada pelas pacientes e o diagnóstico de casos de EDM, em T0, Campo Grande, 2004-2006.

Diagnóstico de EDM	Dose diária de prednisona		Teste do qui-quadrado
	0-30mg	40-80 mg	
	n° (%)	n° (%)	valor de “p”
Sim	05 (25%)	08 (40%)	0,070
Não	06 (30%)	01 (05%)	

### 5.4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO REUMATOLÓGICA E DA SLEDAI NOS TEMPOS ANALISADOS

Como observamos na Tabela 8 (pág 47), os sintomas mais freqüentes em nossa amostra, em todos os tempos analisados, foram alopecia, eritema malar e cefaléia. Estes achados diferem parcialmente dos estudos de Ribeiro et al <sup>(73)</sup>, que encontraram maior prevalência em sua amostra de sintomas cutâneos (33%), artrite/miosite (18%) e pleurite/pericardite (7%) e de

**Tabela 8:** Resultados da avaliação reumatológica, nos Tempos 0, 1 e 2, Campo Grande, 2004-2006.

<b>Avaliação Reumatológica</b>	<b>T0 (n=20)</b>	<b>T1 (n=19)</b>	<b>T2 (n=17)</b>
<b>Sintomas</b>	<b>n° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>n° (%)</b>
Alopecia	09 (45%)	07 (37%)	05 (29%)
Eritema malar	08 (40%)	07 (37%)	05 (29%)
Cefaléia	03 (15%)	02 (11%)	04 (24%)
Artrite	02 (10%)	02 (11%)	01 (06%)
Miosite	01 (05%)	02 (11%)	02 (12%)
Vasculites	01 (05%)	-	-
Úlceras de mucosas	01 (05%)	02 (11%)	01 (06%)
Déficit de memória	01 (05%)	01 (05%)	01 (06%)
Artralgia	-	06 (32%)	01 (06%)
Cólicas abdominais	-	-	02 (12%)
Dorsalgias	-	-	02 (12%)
Alterações visuais	-	-	01 (06%)
Epigastralgia	-	-	01 (06%)
Dor torácia	-	-	01 (06%)
<b>Alteração em exames complementares</b>	<b>n° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>n° (%)</b>
Diminuição em C3, C4, CH50	12 (60%)	08 (42%)	04 (24%)
Proteinúria	07 (35%)	03 (16%)	05 (29%)
Leucopenia	03 (15%)	01 (05%)	03 (18%)
Hematúria	03 (15%)	01 (05%)	03 (18%)
Leucocitúria	03 (15%)	04 (21%)	-
Pericardite	03 (15%)	01 (05%)	01 (06%)
Anti-DNA	02 (10%)	01 (05%)	-
<b>Medicações utilizadas</b>	<b>n° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>n° (%)</b>
Sem medicação	01 (05%)	-	01 (06%)
Outros*	01 (05%)	-	-
Prednisona	01 (05%)	-	-
Prednisona+outros	02 (10%)	-	-
Prednisona+Cloroquina	02 (10%)	01 (05%)	02 (12%)
Prednisona+Cloroquina+outros	04 (20%)	04 (21%)	02 (12%)
Prednisona+Azatioprina	01 (05%)	01 (05%)	01 (06%)
Prednisona+Azatioprina+outros	03 (15%)	02 (11%)	02 (12%)
Prednisona+Azatioprina+Cloroquina	01 (05%)	-	01 (06%)
Prednisona+Azatioprina+Cloroquina+outros	04 (20%)	04 (21%)	04 (24%)
Prednisona+Cloroquina+Amitriptilina+outros	-	02 (11%)	01 (06%)
Prednisona+Azatioprina+Fluoxetina+outros	-	01 (05%)	02 (12%)
Prednisona.+Cloroquina+Azatioprina+Amitriptilina	-	01 (05%)	-
Prednisona+Cloroquina+Azatioprina+Fluoxetina+outros	-	01 (05%)	-
Prednisona+Fluoxetina+outros	-	-	01 (06%)
Fluoxetina+outros	-	01 (05%)	-
Deflazacort+Clloxazolam+outros	-	01 (05%)	-

\* Antiinflamatórios não esteróides, analgésicos, relaxantes musculares, antihipertensivos, diuréticos, cloreto de potássio, antiácidos e outros.

Bezerra et al <sup>(89)</sup>, que encontraram maior frequência de artrite (87,2%), fotossensibilidade (66,5%) e eritema malar(60,4%).

Em relação às alterações laboratoriais, as mais prevalentes em nossa amostra foram diminuição dos níveis de complemento, proteinúria e leucopenia. Estes achados são parcialmente semelhantes aos de Ribeiro et al <sup>(73)</sup>, que encontraram também maior frequência de diminuição do complemento (65%), anticorpos anti-DNA (11%) e leucopenia (7%). Porém são bastante diferentes dos verificados por Bezerra et al <sup>(89)</sup>, que constataram maior frequência de células LE (57%), leucopenia (42,7%) e anticorpos anti-cardiolipina (41,5%).

Quanto à utilização das medicações reumatológicas, encontramos altas taxas de adesão ao tratamento nas 3 avaliações: Em T0, 90% das pacientes estavam em uso da medicação; em T1, 89,4% e em T2, 94,1%. Estes dados são similares aos de Tayer et al (2001) <sup>(90)</sup> e Omdal et al (2003) <sup>(81)</sup> e diferentes de Waterloo et al (2001) <sup>(91)</sup>, que encontrou uma menor taxa de adesão ao tratamento em sua amostra (68%).

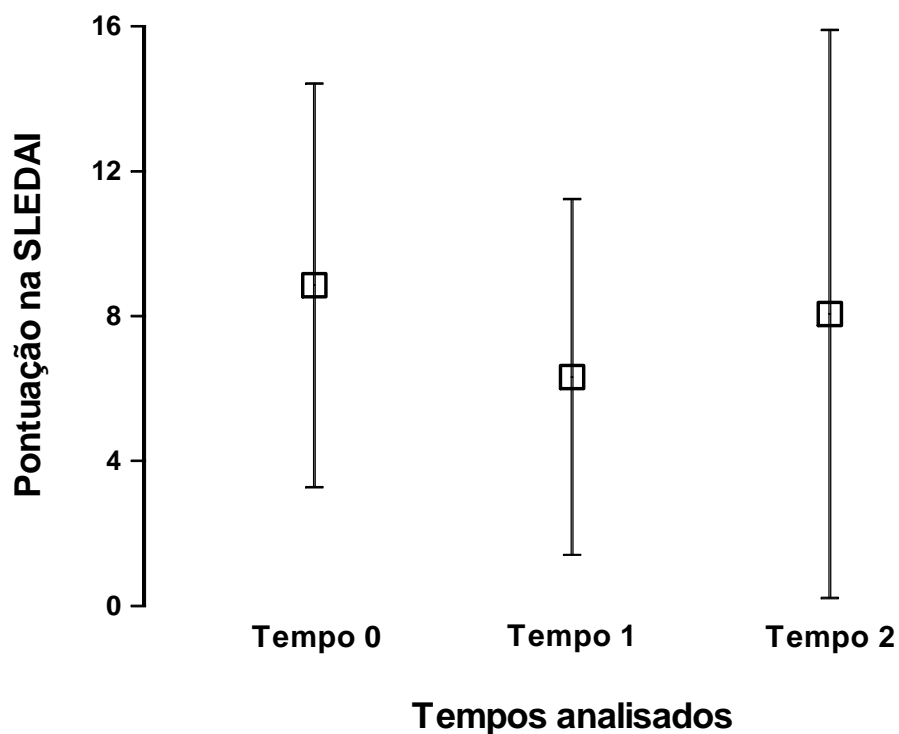
Em relação às medicações utilizadas, verificamos que os medicamentos mais utilizados, em média, pelas pacientes no decorrer do estudo foram: prednisona (91,1%), cloroquina (60,7%) e azatioprina (52,2%). Como verificamos na Tabela 8 (pág 47), a prednisona foi o medicamento mais utilizado, em doses que variavam de 5 a 80 mg/dia, em monoterapia ou associada a outras medicações, em casos de maior atividade da doença. Somente 1 paciente (5%) em T0 e 1 paciente (5,8%) em T2 estavam sem medicação. Esta prevalência de uso das medicações reumatológicas pelas pacientes mostra-se bem superior aos trabalhos encontrados na literatura, como os de Tayer et al (2001) <sup>(90)</sup> e de Waterloo et al (2001) <sup>(91)</sup>. No primeiro estudo citado, apenas 54% das pacientes estavam em uso de corticóide, e 37% em uso de antimaláricos, sendo que o uso de imunossupressores não foi relatado. Já no segundo, 46% estavam em uso de corticóides, 43% em uso de antimaláricos e 32% em uso de azatioprina. Estes dois estudos, como o nosso, avaliaram pacientes ambulatoriais.

A maioria das pacientes relatou não fazer uso da medicação reumatológica apenas quando não a encontram na rede pública e/ou não têm condições financeiras para comprar os medicamentos. Entretanto, 2 pacientes(10%) relataram espontaneamente uma dificuldade de aceitação da doença e do tratamento, que fazem de forma irregular. Estas dificuldades, porém, mostraram-se bem maiores na aceitação do diagnóstico e tratamento da depressão, apesar da explicação da doença para a paciente e prescrição de antidepressivos existentes na rede pública.



**Tabela 9:** Atividade da doença de acordo com a pontuação na SLEDAI, nos Tempos 0, 1 e 2, Campo Grande, 2004-2006.

Pontuação na SLEDAI	T0 (n=20)	T1 (n=19)	T2 (n=17)
Atividade da doença	N° (%)	n° (%)	n° (%)
Inatividade (0 pontos)	01 (05%)	02 (10%)	02 (12%)
Atividade leve (1-3 pontos)	02 (10%)	02 (10%)	03 (17%)
Atividade moderada (4-7 pontos)	05 (25%)	10 (53%)	04 (24%)
Atividade severa (8 pontos ou mais)	12 (60%)	05 (27%)	08 (47%)



**Figura 3:** Gráfico ilustrando a pontuação na SLEDAI nos tempos analisados. Os boxes representam os valores médios e as barras o desvio padrão da média (teste de Friedman:p=0,193).

Como podemos observar na Tabela 9 (pág 49), houve uma relação significativa entre a atividade da doença, avaliada de acordo com a pontuação na SLEDAI e o tempo de tratamento. Esta relação foi observada entre o Tempo 0 e o Tempo 1 (teste McNemar,  $p=0,019$ ), entre o Tempo 0 e o Tempo 2 ( $p=0,009$ ) e entre o Tempo 1 e o Tempo 2 ( $p=0,044$ ). Para este teste a atividade da doença foi subdividida em: a) inatividade/atividade leve e b) atividade moderada/severa. Estes resultados juntos indicam que com o tempo houve uma diminuição da frequência de casos com atividade moderada/severa e um aumento dos casos de inatividade/atividade leve da doença. Estes achados são semelhantes aos de Toledano et al <sup>(92)</sup>, que, em estudo prospectivo com 70 pacientes lúpicos ambulatoriais, em Cuba, concluíram que após a administração de medicação adequada aos pacientes, houve uma diminuição da pontuação da SLEDAI de uma atividade moderada/severa para leve, ao final do estudo.

Na Figura 3 (pág 49), observamos que no Tempo 0 a pontuação média na SLEDAI foi de  $8,85\pm 5,57$  pontos (média±desvio padrão da média), no Tempo 1 a pontuação foi de  $6,32\pm 4,91$  pontos e no Tempo 2 a pontuação foi de  $8,06\pm 7,84$  pontos. Não houve diferença significativa na pontuação da SLEDAI, na comparação entre os Tempos 0, 1 e 2 (teste de Friedman,  $p=0,193$ ). Estes resultados diferem dos de Mirzayan et al <sup>(93)</sup>, que em estudo prospectivo na Alemanha, avaliaram 120 pacientes com LES, obtendo uma média inicial da SLEDAI de 5,8; após 1 ano, 5,2 e após 2 anos 4,3 pontos. Segundo os autores, o valor da SLEDAI após 1 ano correlacionou-se com os níveis de fator anti-núcleo (FAN), anticorpos anti-DNA de dupla hélice, linfopenia, anemia e com a pontuação inicial da SLEDAI; O valor após 2 anos correlacionou-se apenas com o nível de anticorpos anti-DNA de dupla hélice e com a pontuação inicial da SLEDAI.

De 7 pacientes que tiveram uma diminuição significativa na pontuação da SLEDAI no decorrer do estudo, 5 (71,4%) estavam tomando, ao final das avaliações, a medicação reumatológica de forma correta associada ao antidepressivo prescrito pela Psiquiatria; 1 (14,2%) estava tomando corretamente apenas a medicação reumatológica que lhe havia sido prescrita, pois não teve diagnóstico de depressão; 1(14,2%) estava tomando corretamente a medicação reumatológica porém não tomou o antidepressivo prescrito pela pesquisadora.

Oito pacientes mantiveram suas pontuações na SLEDAI sem diferenças significativas no decorrer das avaliações. Destas, 3 (37,5%) estavam tomando corretamente a medicação prescrita pela reumatologia, mas não pela psiquiatria; 3 (37,5%) estavam tomando corretamente a

medicação reumatológica e não tinham diagnóstico psiquiátrico; 2 (25%) não estavam tomando corretamente as medicações reumatológicas e psiquiátricas prescritas.

Quatro pacientes tiveram suas pontuações na SLEDAI aumentadas de forma significativa ao final do estudo. Destas, 2 (50%) estavam tomando corretamente a medicação reumatológica, porém não o antidepressivo prescrito pela pesquisadora; 1 (25%) estava tomando corretamente a medicação reumatológica e o antidepressivo prescrito e 1 (25%) não estava tomando corretamente tanto as medicações reumatológicas como o antidepressivo.

Em virtude do número reduzido de nossa amostra, não podemos generalizar os resultados para toda a população de pacientes com LES; entretanto, observamos que a maioria das pacientes que tiveram melhor evolução no transcorrer da pesquisa foram as que tiveram melhor aderência tanto ao tratamento reumatológico como ao psiquiátrico. De acordo com Fráguas Jr.<sup>(94)</sup>, o tratamento eficaz da Depressão melhora a condição médica de base e a qualidade de vida do paciente, reduzindo a utilização inadequada dos serviços médicos.

## **5.5. RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA EFN E SLEDAI NOS TEMPOS ANALISADOS**

Conforme exposto na tabela 10 (pág 52), em todos os tempos analisados não houve relação significativa entre a pontuação na SLEDAI e o escore da EFN (teste do qui-quadrado, T0:  $p=0,088$ ; T1:  $p=0,348$ ; T2:  $p=0,371$ ). Estes dados são semelhantes aos de Ishikura et al<sup>(53)</sup>, que também não encontraram relação entre as características psicológicas de suas pacientes e a atividade da doença lúpica. Porém, são diferentes dos achados de Segui et al (2000)<sup>(49)</sup>, Ward et al<sup>(55)</sup> e Yuko et al<sup>(56)</sup>, que encontraram relação entre sintomas psiquiátricos (incluindo alterações de personalidade) e a atividade da doença.

**Tabela 10:** Atividade da doença de acordo com a pontuação na SLEDAI, em relação à pontuação na EFN, nos Tempos 0, 1 e 2, Campo Grande, 2004-2006.

<b>Pacientes de acordo com o escore na EFN</b>						
<b>Pontuação na SLEDAI</b>	<b>T0 (n=20)</b>		<b>T1 (n=19)</b>		<b>T2 (n=17)</b>	
	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>
<b>Atividade da doença</b>	<b>n° (%)</b>		<b>n° (%)</b>		<b>N° (%)</b>	
Inatividade (0 pontos)	00 (00%)	01 (05%)	02 (11%)	00 (00%)	02 (12%)	00 (00%)
Atividade leve (1-3 pontos)	02 (10%)	00 (00%)	01 (05%)	01 (05%)	01 (06%)	02 (12%)
Atividade moderada (4-7 pontos)	04 (20%)	01 (05%)	07 (37%)	04 (21%)	02 (12%)	02 (12%)
Atividade severa (8 pontos ou mais)	11 (55%)	01 (05%)	04 (21%)	00 (00%)	06 (35%)	02 (12%)
<b>Valor de “p” (teste do qui-quadrado)</b>	0,088		0,348		0,371	

## **5.6. RELAÇÃO ENTRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, DIAGNÓSTICO DE EDM E ATIVIDADE DA DOENÇA EM T0**

Na Tabela 11 (pág 53) observamos que, das 13 pacientes com diagnóstico de EDM em T0, 12 (92,3%) apresentavam atividade moderada ou severa da doença. É nítida, portanto, a relação entre a presença de EDM e maior atividade da doença em T0. Podemos observar também, como já foi relatado, que no decorrer do estudo as pacientes que fizeram uso de antidepressivos associados à medicação reumatológica tiveram uma melhor evolução do quadro; acreditamos que estas evidências devam ser melhor estudadas em futuras pesquisas.

Verificamos também que, das 12 pacientes que apresentavam renda familiar menor ou igual a 2 SM em T0, 11 (91,6%) encontravam-se em atividade moderada ou severa da doença. Acredito que podemos afirmar, também em relação a estas variáveis, que é evidente a relação entre uma baixa renda familiar e índices mais altos de atividade lúpica em nossa amostra. Este achado coincide com o de Bae et al <sup>(52)</sup>, que, conforme já relatado em nossa revisão, verificaram, em estudo norte-americano com 200 pacientes, que aqueles com melhor suporte social, brancos e com seguro de saúde tiveram melhor evolução do quadro, com índices baixos de atividade da

**Tabela 11:** Atividade da doença de acordo com o diagnóstico de EDM e características sócio-demográficas, no Tempo 0, Campo Grande, 2004-2006.

Diagnóstico de EDM e características sócio-demográficas	Atividade da doença	
	Inatividade/ atividade leve	Atividade moderada/severa
EDM	n° (%)	n° (%)
Sim	01 (05%)	12 (60%)
Não	02 (10%)	05 (25%)
<b>Etnia</b>		
Branca	02 (10%)	07 (35%)
Parda	01 (05%)	08 (40%)
Negra	00 (00%)	01 (05%)
Amarela	00 (00%)	01 (05%)
<b>Faixa etária</b>		
18 a 28 anos	01 (05%)	07 (35%)
29 a 39 anos	02 (10%)	05 (25%)
40 a 50 anos	00 (00%)	05 (25%)
<b>Estado civil</b>		
Casada	01 (05%)	11 (55%)
Solteira	01 (05%)	04 (20%)
Viúva	01 (05%)	01 (05%)
Separada	00 (00%)	01 (05%)
<b>Escolaridade</b>		
1ª a 4ª série	00 (00%)	00 (00%)
5ª a 8ª série	02 (10%)	07 (35%)
2º grau incompleto	01 (05%)	01 (05%)
2º grau completo	00 (00%)	05 (25%)
Superior completo	00 (00%)	04 (20%)
<b>Profissão</b>		
Lides do lar	02 (10%)	09 (45%)
Secretária	01 (05%)	01 (05%)
Advogada	00 (00%)	01 (05%)
Enfermeira	00 (00%)	01 (05%)
Professora aposentada	00 (00%)	01 (05%)
Serviços gerais	00 (00%)	01 (05%)
Alfabetizadora	00 (00%)	01 (05%)
Vendedora	00 (00%)	01 (05%)
Telefonista	00 (00%)	01 (05%)
<b>Renda familiar</b>		
Menos que 1 salário mínimo	00 (00%)	01 (05%)
1 a 2 salários mínimos	01 (05%)	10 (50%)
3 a 4 salários mínimos	02 (10%)	03 (15%)
Mais que 5 salários mínimos	00 (00%)	03 (15%)

doença. Já Tayer et al <sup>(90)</sup>, em estudo também norte-americano com 81 pacientes, observaram que aqueles em baixas condições socioeconômicas apresentavam maiores sensações de desamparo, depressão e fadiga, associados à atividade mais severa da doença.

Quanto às outras variáveis (etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade e profissão) não encontramos evidências de relação destas com a atividade lúpica. Ressaltamos mais uma vez, entretanto, que o pequeno número de nossa amostra não nos permite extrapolar estes resultados para maiores populações de pacientes com LES.

É importante relatar que em nossa revisão de literatura encontramos poucos estudos que procuraram relacionar os dados demográficos, e particularmente as condições sócio-econômicas, com a atividade do LES. Esperamos que futuros estudos busquem elucidar melhor esta relação, que consideramos de fundamental importância.

## 6. CONCLUSÕES

- No decorrer do estudo, houve uma diminuição dos casos classificados pela Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) como normais e um aumento dos anormais, especialmente para escores menores de 80 pontos, o que seria indicativo de Transtorno de Personalidade. À exceção do fato de que em T1 46,1% das pacientes passaram a tomar antidepressivos (porcentagem reduzida a 30,7% em T2), fato que poderia diminuir as pontuações relativas à depressão e ansiedade, não temos elementos para explicar a diminuição dos escores da EFN, chegando à faixa de anormalidade.
- De acordo com avaliação clínica em T0, 75% das pacientes apresentava um diagnóstico psiquiátrico, sendo mais prevalente o de Episódio Depressivo Moderado (EDM), em 65% dos casos. Apenas 2 pacientes (10%) tiveram diagnóstico de Transtorno de Personalidade, sendo uma delas classificada como portadora de um Transtorno de Personalidade Dependente, e a outra, *Borderline*. Os outros distúrbios mentais encontrados foram: Deficiência Mental Leve (10%); Transtorno Afetivo Bipolar (5%); Abuso de álcool (5%) e Dependência de Tabaco (5%).
- Não encontramos na literatura trabalhos que mencionem a prevalência do diagnóstico de Transtornos de Personalidade, de acordo com os critérios da CID 10, em suas amostras.. Porém, em vários estudos há descrição de características psicológicas compatíveis com os Transtornos de Personalidade encontrados em nosso estudo.
- Não houve uma relação significativa entre o diagnóstico psiquiátrico (pelos critérios da CID 10) em T0 e o escore geral da EFN, pelo teste do qui-quadrado.
- Também não houve relação entre os escores percentílicos da EFN em T0 e o diagnóstico psiquiátrico; o mesmo se repetiu em T1. Apenas em T2, houve uma relação significativa entre o escore percentílico em N4 e a presença ou não de EDM.
- No escore geral e no escore percentílico do fator N1, a pontuação no tempo 0 foi significativamente maior que nos tempos 1 e 2. Já para os escores percentílicos dos fatores N2, N3 e N4 não houve diferença significativa entre os tempos analisados.
- As pacientes com diagnóstico de EDM demonstraram uma dificuldade de aceitação da doença e do tratamento antidepressivo. Em T1, apenas 46,1% estavam utilizando o antidepressivo prescrito, porcentagem reduzida a 30,7 em T2.

- Não foi encontrado, em nossa amostra, um padrão típico de personalidade ou prevalência específica de um Transtorno de Personalidade. Verificamos, através da avaliação psiquiátrica e das respostas da EFN, os mais variados tipos de organização psíquica.
- Não foi encontrada uma relação significativa entre a dose de prednisona utilizada pelas pacientes e a presença de EDM.
- Em T0, 95% das pacientes estavam em uso da medicação reumatológica; em T1, 100%, e em T2, 94,2%. Verificamos, portanto, uma excelente aderência das pacientes ao tratamento reumatológico.
- De acordo com a pontuação na SLEDAI, no decorrer do estudo houve uma diminuição dos casos de atividade moderada/severa da doença lúpica e um aumento dos casos de inatividade/atividade leve.
- Verificamos que 71,4% das pacientes que tiveram uma diminuição significativa da pontuação na SLEDAI estavam tomando, ao final do estudo, medicação reumatológica associada à psiquiátrica (antidepressivo).
- Em todos os tempos analisados não houve relação significativa entre a pontuação na SLEDAI e o escore da EFN. Não foi encontrada, portanto, associação entre alterações da personalidade e atividade da doença lúpica.
- Em T0, 92,3% das pacientes com diagnóstico de EDM e 91,6% das pacientes com renda igual ou inferior a 2 SM encontravam-se em atividade moderada/severa da doença.
- De acordo com as probabilidades estatísticas, se tivéssemos uma amostra maior talvez várias associações entre aspectos da doença lúpica, quadros psiquiátricos e dados sócio-demográficos que não foram confirmadas neste trabalho apresentariam significância estatística. Fazem-se necessários, portanto, estudos com um número maior de pacientes para que estas hipóteses sejam mais acuradamente verificadas.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sato EI, Bonfá ED, Costallat, LTL, Silva, NA, Brenol, JCT, Santiago MB, Szajubok JCM, Rachid Filho A; Barros RT; Vasconcelos M: Consenso Brasileiro para o tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico. Rev Bras Reumatol 2002; 42: 362-369.
2. Moreira MD; Mello Filho J: Psicoimunologia hoje. In: Mello Filho, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artmed, 1992. pp 119-151.
3. Bonfá ESDO; Borba Neto EFB: Lupus Eritematoso Sistêmico. In: Bonfá, ESDO; Ioshinari, NH: Reumatologia para o clínico. Editora Roca, São Paulo, 2000. pp 25-33
4. Centers for disease Control and Prevention (CDC). Eliminate disparities in Lupus. Disponível em: <http://www.cdc.gov.omh.AMH/factsheets/lupus.htm>. Acessado a 11/6/2006.
5. Pons-Estel BA; Cattogio LJ; Cardiel MH; Soriano ER; Gentiletti S; Villa AR et al. The GLADEL Multinational Latin American Prospective Inception Cohort of 1214 patients with Systemic Lupus Erythematosus: Ethnic and Disease Heterogeneity among “Hispanics”. Medicine 83(1): 1-17, January 2004. Disponível em: <http://www.md-journal.com/pt/re/medicine/abstract>. Acessado a 11/6/2006.
6. Hahn BH: Pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus. In: Kelley WN, Harris Jr ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology Vol 2. Fifth Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Co 1997. pp 1089-1103.
7. Araújo GRB: De “lupus” et homine: contribuições a um espaço de atuação do psiquiatra em Hospital Geral. Rio de Janeiro, 1989. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio de Janeiro].
8. Miguel Filho EC: Alterações Psicopatológicas no Lupus Eritematoso Sistêmico. São Paulo, 1992. [Tese de Doutorado- Universidade de São Paulo]

9. Moran M; Dubester S: Connective Tissue diseases. In: Stoudemire A, Fogel BS: Psychiatric Care of the Medical Patient. New York, Oxford University Press, 1993. pp 739-745.
10. Leritz E, Brandt J, Minor M, Reis-Jensen F, Petri, M: Neuropsychological functioning and its relationship to antiphospholipid antibodies in patients with Systemic Lupus Erythematosus. J Clin Exp Neurops 2002; 24: 527-533.
11. Kelly MJ, Rogers, MP: Neuropsychiatric Aspects of Systemic Lupus Erythemathosus. In: Stoudemire A, Fogel B: Medical-Psychiatric Practice Vol 3. Washington DC, American Psychiatric Press 1995. pp 183-214.
12. Maes MBE, Bonaccorso S, Hunsel FV, et al: Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder and patients with major depression, but not in patients with fibromyalgia. Acta Psych Scand 1998; 98:328-335.
13. Hochberg MC et al: Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. Arthritis Rheum 1997; 40:1725.
14. Zimmerman DE: A formação psicológica do médico. In: Mello Filho, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artmed, 1992. pp 64-69.
15. Kaplan H, Sadock B: Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. pp 686-705.
16. Organização Mundial De Saúde – OMS: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. pp 194-206.
17. Costa PT, McCrae RR. Teorias da personalidade e psicopatologia: Abordagens derivadas da Filosofia e da Psicologia. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria. São Paulo, Artmed, 1999. pp 477-557.

18. Netto IS: O fascínio do Egito Antigo. <http://www.geocities.com.tioisma2002/crenfune.htm>. Acessado a 13/06/2006.
19. Plato: The Republic. Oxford University Press, London, 1941.
20. Aristotle: Nicomachean Ethics. Hackett, Indianapolis, 1985.
21. Clagget M. Greek Science in Antiquity. New York: Dover, 2001.
22. Schopenhauer A. The world as will and representation, Ed 3. Dover, New York, 1969.
23. Hockenbury DH, Hockenbury SE. Personalidade. In: Hockenbury DH, Hockebury SE. Descobrimos a psicologia. 1º edição brasileira: Ed. Manole, Barueri-SP, 2003. pp 367-407
24. Watson D, Clark LA. Special Issue on personality and psychopathology. J Abnomn Psychol 1994; 130:1.
25. Pavlov I. On conditioned reflexes. In HERNSTEIN R & BORING EG. A source book in the History of Psychology. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1965.
26. Skinner BF. About behaviorism. Knopf, New York, 1974.
27. Bandura A. Social Learning Theory: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977.
28. Rogers CR. A way of being. Boston, Houghton Mifflin, 1980.
29. Theophrastus. The characters. Taylor, London, 1824.
30. Allport GW. Personality: A psychological interpretation. Holt, New York, 1937.
31. Guilford JP. Fundamental statistics in psychology and education. New York, McGraw-Hill Book Company, Inc. 1986.

32. Cattell RB, Cattell KS, Cattell HEP. 16 PF questionnaire (5<sup>th</sup> ed). Champaign, III. Institute for personality and ability testing, 1993.
33. Eysenck HJ. Personality, genetics and behavior. New York, Praeger, 1982.
34. Scarr S. Distinctive environments depend on genotypes. *Brain Behav Sci* 1987; 10: 38.
35. Paim I. Transtornos de personalidade. In: Paim, I. *Tratado de Clínica Psiquiátrica*. EPU, São Paulo, 1980. pp 315-329.
36. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren, S: Emotional status in Systemic Lupus Erythematosus. *Scand J Rheumatol* 1998; 27: 410-4.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> edition). Washington, D.C: APA, 1994.
38. Laplanche J, Pontalis JL: *Vocabulário da psicanálise*. Editora Martins Fontes, São Paulo, 1995.
39. Hutz CS, Nunes CHSS. *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN)*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.
40. Anastasi A; Urbina S. *Psychological testing* (7<sup>th</sup> edition). Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall, 1997.
41. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jan 25; (1)
42. Bajaj P, Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005Jan;18(1):27-31.

43. Liang MH, Rogers M, Larson M, Eaton HM, Murawski BJ, Taylor JE, Swafford J, Schur PH. The psychosocial impact of Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1984; 27:13-9.
44. Cabral MA, Giglio JS, Stangehaus G. Características de personalidade de pacientes artríticos reumatóides, tratados no ambulatório de um Hospital-Escola. *Revista ABP-APAL* 1986; 8:102-106.
45. Liang MH, Socher SA, Larson MG, Schur PH. Reliability and validity of six systems for the clinical assesment activity in Systemic Lupus Erithematosus. *Arthritis Rheum* 1989 32(9): 1107-18.
46. Lim LC, Lee T, Boey M: Psychiatric manifestation of Systemic Lupus Erythematosus in Singapore: A cross-culture comparison. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 520-3.
47. Braden CJ: Patterns of change over time in learned response to chronic illness among participants in a Systemic Lupus Erythematosus self-help course. *Arthritis Care Res*, 4(4):158-67,1991.
48. Onda K, Kato SA. Clinical study of psychopathology in Systemic Lupus Erythematosus. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* , 2000; 102(7): 616-39.
49. Segui J, Ramos-Casals M, Garcia-Carrasco M, Flores T, Cervera R, Valdes M, Font J, Ingelmo M: Psychiatric and psychosocial disorders in patients with Systemic Lupus Erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus* 2000; 9(8):584-8.
50. Sato EI. Manifestações psiquiátricas da corticoterapia. In: *Psiquiatria na prática médica*. Departamento de Psiquiatria UNIFESP-EPM. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/>. Acessado a 23/10/2004.

51. Santoantonio J. Estudo de características da personalidade de adolescentes com Lupus Eritematoso Sistêmico por meio do método de Rorschach. São Paulo, 2001 [Tese de Doutorado - UNIFESP].
52. Bae SC, Hashimoto H, Karlson, EW, Liang MH, Daltroy L H. Variable effects of social support by race, economic status, and disease activity in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 2001; 28(6):1245-51.
53. Ishikura R, Morimoto N, Tanaka K, Kinukawa N, Yoshizawa S, Horiuchi T, Nakashima H, Otsuka T. Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatol* 2001; 20(6): 394-400.
54. Dobkin PL, Costa D, Fortin PR, Edworthy S, Barr S, Esdaili JM, Senecal JL, Goulet JR, Choquette D, Rich E, Beaulieu A, Cividino A, Ensworth S, Smith D, Zummer M, Gladman D, Clarke A. Living with lupus: a prospective pan-Canadian study. *J Rheumatol* 2001; 28 (11): 2442-8.
55. Ward MM, Marx AS, Barry NN. Psychological distress and changes in the activity of Systemic Lupus Erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*2002; 41 (2):184-8.
56. Yuko M, Takeshi S, Yumiko A, Toru H, Shigeru H. Psychological profiles and health status in Japanese female patients with Systemic Lupus Erythematosus: the Miyagi Lupus Collaborative Study. *Journal of Epidemiology/ Japan Epidemiological Association* 2002; 2 (2):55-53.
57. Martins JM, Alves J, Trinca A, Grima B, Vale S, Vasconcelos T, Riso N, Riscado V, Costa JC. Personality, brain asymmetry, and neuroendocrine reactivity in two immune-mediate disorders: a preliminary report. *Brain, behavior and immunity, Elsevier Science*, 2002;16, 383-397.
58. Trysberg T, Tarkowsky A. Cerebral inflammation and degeneration in Systemic Lupus Erythemathosus. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16:527-533.

59. Nery FG, Borba EF, Lotufo Neto, FL. Influência do estresse psicossocial no Lupus Eritematoso Sistêmico. Rev Bras Reumatol 2004; 44(5):355-61.
60. Lemle, M. Lupus e patologias narcísicas: existe relação? Disponível em [http://www.faperj.br/boletim\\_interna.phtml](http://www.faperj.br/boletim_interna.phtml). Acessado a 27/05/2006.
61. Ayache DCG, Costa IP. Alterações da personalidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico. Rev. Bras. Reumatol. set./out. 2005, vol.45, no.5, p.313-318.
62. Tan EM, Cohen AS, Fries JF et al. Special article: The 1982 revised criteria for the Classification of Systemic Lupus Eritematosus. Arthritis Rheum 1982; 25: 1271-1277.
63. Almeida, OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. In: Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo, Lemos Editorial, 2000. pp 331-335.
64. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res25197.htm>. Acessado a 7/9/2003.
65. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Minimental state: a practical method for guiding the clinician. J Psychiat Res 1975; 12:189-98.
66. Bertolucci PHF, Brucki MD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuro-Psiquiatria 1994; 52: 1-7.
67. Tombaugh TN, Mcntyre NJ. The minimental state examination: a comprehensive review. J Am Geriatrics Society 1992; 40:922-35.
68. Lazarus S, Folkman S. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Soc Sci Med 1988; 26(3):309-17.

69. Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MB, Caron D, Chang C H. Committee on Prognosis Studies in SLE: Derivation of the SLEDAI-A disease activity index for lupus patients. *Arthritis Rheumatism* 1992; 35, 630-640.
70. Chan YET, Ko OKH, Lawton JWM, Lau CS. The use of anti-ribosomal P antibodies in the diagnosis of cerebral Lupus- superiority of western blotting over enzyme-linked immunosorbent assay. *HKMJ* Vol 4 No 2 June 1998; pp145-150.
71. Gladman DD, Urowitz MB, Kagal A, Hallett D. Accurately describing changes in disease activity in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 2000 Feb; 27(2): 377-9.
72. Costa CAC, Papi JA, Coelho HSM, Nogueira C, Vanderboght B, Soares JAS. Prevalência de Hepatite C em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico do HUCCF-UFRJ. *Rev Assoc Med Bras* vol 48 No 1 São Paulo, Jan/Mar 2002;44-7.
73. Ribeiro FM, Leite MAP, Velaverde GC; Santos CLF, Lugon JR. Activity of Systemic Lupus Erythematosus in end-stage renal disease-study in a Brazilian cohort. *Am J Nephrol* 2005; 25:596-603.
74. Shott S. *Statistics for health professionals*. London: W.B. Saunders Company, 1990.
75. IBGE. Indicadores sociais mínimos. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadores\\_mínimos](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadores_mínimos). Acessado a 9/4/2006.
76. Joffily B. “Raça ou cor” no Censo 2000. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/diario/2002>. Acessado a 21/5/2006.
77. Com Ciência-O Brasil negro. População negra no mercado de trabalho. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/negros/05.shtml>. Acessado a 16/4/2006.
78. Ainiala H, Loukkola J, Peltola J, Korpela M, Hietaharju A. The prevalence of neuropsychiatric syndromes in Systemic Lupus Erythematosus. *Neurology*, Vol 57(3), Aug 2001, 496-500.



79. Hutchinson GA, Nehall FRC, Simeon DT. Psychiatric Disorders in Systemic Lupus Erythematosus. *W.I.Med.J* 1996; 45: 48.
80. Monastero R, Bettini P, Del Zotto E, Cottini E, Tincani A, Balastrieri G et al. Prevalence and pattern of cognitive impairment in Systemic Lupus Erythematosus patients with and without neuropsychiatric manifestations. *Journal of the Neurological Sciences* 2001; 184:33-39.
81. Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. Fatigue in patients with Systemic Lupus Erythematosus: The psychosocial aspects. *J Rheumatol* 2003; 30:2.
82. Majka DS, Holers VM. Cigarette smoking and the risk of Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2006 May; 65(5):561-3.
83. Zerbini CAF, Fidelix TSA. *Conversando sobre Lupus*. Editora Roca, São Paulo, 1989.
84. Souza JA, Fontana JL, Pinto MA. Depressão: Uma doença, várias apresentações. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. *Depressão: Diagnóstico e tratamento pelo clínico*. Editora Roca, São Paulo, 2005. pp 1-12.
85. Silva AG. Adesão ao tratamento da depressão. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. *Depressão: Diagnóstico e tratamento pelo clínico*. Editora Roca, São Paulo, 2005. pp 203-210.
86. Bernik MA. Dificuldades na utilização de escalas de avaliação de sintomas ansiosos em psicofarmacologia clínica e experimental. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/ansi256h.htm>. Acessado a 23/05/2006
87. Alheira FV, Brasil MAA. O papel dos glicocorticóides na expressão dos sintomas de humor - uma revisão. *Rev. Psiq Rio Gd. Sul* vol.27 no.2 Porto Alegre Maio/Agosto2005. pp177-186.

88. Johnson SA, Fournier NM, Kalynchuk LE. Effect of different doses of corticosterone on depression-like behavior and HPA axis responses to a novel stressor. *Behav Brain Res* 2006 Apr 3; 168(2):280-8.
89. Bezerra ELM, Vilar MJP, Barbosa OFC, Santos SQ, Castro MA, Trindade MC, Sato EI. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): perfil clínico-laboratorial dos pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-Natal/Brasil) e índice de dano nos pacientes com diagnóstico recente. *Rev. Bras. Reumatol.* V45 n.6 São Paulo nov./dez 2005. V45, N° 6, 339-342.
90. Tayer WG, Nicassio PM, Weisman MH, Schuman C, Daly J. Disease status predicts fatigue in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 2001; 28:9; pp1999-2007.
91. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgen S. Neuropsychological function in Systemic Lupus Erythematosus: a five-year longitudinal study. *Rheumatology* 2002; 41; 411-415.
92. Toledano ZMG, Llerena GAR, Martinez HA, Carballeira RT. Medición de atividade lúpica en pacientes portadores de Lupus Eritematoso Sistêmico. *Revista Cubana de Reumatologia*, V II, No 1, 2000. pp 4-11.
93. Mirzayan MJ, Schmidt RE, White T. Prognostic parameters for flare in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheumatology* 2000; 39; pp1316-1319.
94. Fráguas Jr R: Depressão no contexto médico. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Editora ArtMed, São Paulo, 2000. pp 179-186.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

**- CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA  
DA UFMS**

## APÊNDICE B

### **- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## APÊNDICE C

### - AVALIAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

## APÊNDICE D

### - AVALIAÇÕES REUMATOLÓGICAS

# ANEXOS



ANEXO A

- TRABALHO PUBLICADO

## ANEXO B

### - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE LES PELA ACR

## ANEXO C

### **- MINIEXAME DO ESTADO MENTAL-MMS**

## ANEXO D

### **-ESCALA FATORIAL DE AJUSTAMENTO EMOCIONAL/NEUROTICISMO(EFN)**

## ANEXO E

### **- LISTAGENS DOS ITENS DAS SUB-ESCALAS DA EFN**

## ANEXO F

### **- SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DISEASE ACTIVITY INDEX (SLEDAI)**

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.