

RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM LÚPUS¹

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY, DEPRESSION AND ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENT WITH LUPUS

Patrícia Regina Bastos NEDER², Eleonora Arnaud Pereira FERREIRA³
e José Ronaldo Matos CARNEIRO⁴

RESUMO

Objetivo: identificar a relação entre níveis de ansiedade, depressão e comportamentos de adesão ao tratamento em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Método:** estudo epidemiológico transversal com 30 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de LES, em seguimento no ambulatório de reumatologia de um hospital público de referência na cidade de Belém do Pará, com idades entre 18 e 50 anos, atendidas de maio a novembro de 2008, distribuídas em dois grupos de categorias: Adesão (n=17) e Não Adesão (n=13). Utilizou-se: roteiros de entrevista (em pré-consulta e em consulta de retorno), Escalas Beck e SF-36. **Resultados:** não houve relação estatisticamente significativa entre adesão, características sociodemográficas e níveis de ansiedade. Entretanto, foi observada relação significativa entre adesão e ausência de internação hospitalar. O Grupo Adesão apresentou menor nível de depressão e melhor domínio nos aspectos sociais. **Conclusão:** o estudo chama atenção para a necessidade de acompanhamento psicológico a pacientes com LES e com indicadores de depressão a fim de prevenir psicopatologias e de promover a adesão ao tratamento.

DESCRITORES: adesão ao tratamento, lúpus eritematoso sistêmico, depressão, ansiedade, doença crônica.

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas que o sistema público de saúde enfrenta é o abandono do tratamento pelo paciente ou o incorreto cumprimento das orientações prescritas pelos profissionais de saúde. A não adesão aos tratamentos constitui, provavelmente, a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo

disfunções no sistema de saúde por meio do aumento da morbidade e da mortalidade^{1,2}.

O curso clínico que muitos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) experimentam pode contribuir negativamente para a adesão ao tratamento da doença, contribuindo para o aparecimento de várias comorbidades, até a morte. Daí a necessidade de estratégias que permitam um enfrentamento da situação,

¹ Trabalho desenvolvido no ambulatório de reumatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

² Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Pará. Professora Auxiliar IV na Universidade do Estado do Pará.

³ Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Pará. Professora Associada IV na Universidade Federal do Pará.

⁴ Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Professor Adjunto na Universidade do Estado do Pará e na Universidade Federal do Pará.

como orientação aos pacientes sobre o surgimento de sintomas que possam estar relacionados à atividade da doença e métodos que auxiliem na prevenção de futuras crises. Assim, uma boa anamnese e empatia entre o médico e o doente podem ser os pilares para um adequado acompanhamento da doença, permitindo boa qualidade de vida³. A implementação dos comportamentos de adesão na rotina de indivíduos com LES poderá ser de grande auxílio no tratamento dessa enfermidade, pois poderá auxiliar na prevenção de complicações clínicas observadas pelo uso de alguns fármacos, contribuindo para a melhora da qualidade de vida desses pacientes⁴.

Pesquisas utilizando as bases de dados Medline/Pubmed e Cochrane, consultadas em junho de 2011, indicaram 151 artigos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa quando se usou os termos Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e adesão ao tratamento. E, desse universo, 87 artigos tratam de ensaios clínicos randomizados em seres humanos com diagnóstico de LES, sendo apenas 10% destes da área da psicologia. Dentre estes últimos, foi possível observar a prevalência de comorbidades entre LES e os estados depressivos.

No Brasil são raros os estudos que chamam atenção para os transtornos depressivos em pacientes com LES. Investigar esta relação pode contribuir para intervenções terapêuticas mais efetivas. Além disso, os estudos deixam dúvidas se os estados depressivos poderiam contribuir para a não adesão ao tratamento.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵, adesão ao tratamento corresponde ao grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto em comum acordo. Sob esta perspectiva, há vários estudos sobre adesão ao tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão⁶, o diabetes⁷ e o HIV/aids⁸, e em menor número os que tratam da adesão ao tratamento do lúpus. Tal conceito atende ao objetivo de análise do estudo no que se refere ao seguimento das regras estabelecidas pelo profissional de saúde.

O LES é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo, caracterizada por alterações imunológicas, com formação de autoanticorpos dirigidos principalmente contra antígenos celulares, alguns dos quais participam da lesão tecidual imunologicamente mediada. Apresenta grande polimorfismo de manifestações clínicas, podendo acometer um ou mais órgãos e sistemas, de maneira concomitante ou consecutiva, assumindo um padrão de recorrência intercalado por períodos de remissão, com evolução e prognósticos muitas vezes imprevisíveis⁹.

O LES apresenta prevalência no sexo feminino

e, entre adultos, a proporção é de nove mulheres diagnosticadas para cada homem. Embora o LES possa ocorrer em qualquer faixa etária, é mais frequentemente observado em mulheres em idade fértil, sendo sua maior frequência entre os 15 e 45 anos de idade¹⁰.

O tratamento é bastante diversificado, dificultando a adesão do paciente. Habitualmente, as medicações utilizadas para o controle da doença durante o período de atividade são indicadas de acordo com as manifestações clínicas (como artrites, lesões cutâneas e insuficiência renal) e a gravidade do caso, incluindo os anti-inflamatórios não hormonais, antimaláricos, corticosteroides e imunossupressores¹¹.

Os pacientes e seus familiares devem ser orientados sobre fatores que influenciam na ativação da doença, como exposição à irradiação ultravioleta, uso de estrógenos e gravidez, entre outros. Também são alertados para a necessidade de suporte psicológico e social ao paciente^{3,12} uma vez que as limitações físicas afetam os pacientes em seus aspectos emocionais e sociais¹³.

Algumas informações gerais sobre a doença, como medidas educacionais e orientações sobre o controle, recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento, devem ser feitas no momento das consultas médicas. É necessário ainda educar o paciente para os cuidados com sua saúde, indicar realização de atividades físicas, dieta adequada, proteção solar e evitar o tabagismo. Estes hábitos poderão contribuir para o controle da doença, proporcionando o prolongamento da vida com produtividade e qualidade¹⁴. Contudo, a aquisição de novos hábitos e estilo de vida por pacientes com diagnóstico de LES não garante o controle satisfatório dos sintomas e manifestações clínicas mais graves, em virtude de ser característico da doença períodos de remissão e exacerbação dos sintomas.

Fatores genéticos e ambientais podem estar relacionados com a resposta fisiológica de parte dos pacientes¹⁵. Estudos laboratoriais^{16,17} fazem esta correlação e mostram que há um padrão diferente de resposta imune nos pacientes com LES, quando comparados a pessoas saudáveis, que pode estar ligado à piora ou exacerbação da doença. Da mesma forma, apontam que estudos sobre variáveis ambientais comprovariam que estressores cotidianos ligados a relacionamentos interpessoais podem preceder a piora da atividade clínica do LES. Embora os resultados desses estudos não tenham sido conclusivos, advertem para a necessidade de novas pesquisas acerca de fatores psicossociais associados ao LES.

A literatura refere que uma porcentagem significativa de mulheres com diagnóstico de LES desenvolve depressão em nível moderado ou grave, o que dificultaria a adesão ao tratamento por estas pacientes¹⁸. Se essa depressão pode ser normalmente esperada devido ao estresse e aos sacrifícios impostos pela doença ou se, ao contrário, é ela que agrava e desencadeia os sintomas e crises agudas, é uma questão de difícil resposta.

Outros estudos informam que 15% das pessoas com doenças crônicas em geral sofrem de depressão e que, entre os pacientes com diagnóstico de lúpus esse percentual pode chegar a quase 60%¹⁹. Mas alertam que, embora a depressão seja muito mais comum em portadores de doenças crônicas do que no resto da população, nem todos apresentarão depressão. Entretanto, os autores destacam que estudos têm documentado que cerca de 30 a 50% destes casos de depressão não são diagnosticados pelos procedimentos médicos de rotina.

Dentre as pesquisas acerca de depressão em pacientes com LES, destaca-se uma que investigou 20 mulheres com diagnóstico de LES em período de atividade e de inatividade da doença a fim de comparar níveis de depressão²⁰. Os autores concluíram que tanto nos momentos de exacerbação dos sintomas como nos de remissão, os níveis de depressão se mantinham presentes.

Outro estudo teve como objetivo estudar a prevalência de alterações de humor em pacientes com LES fazendo correspondência com a percepção global de saúde²¹. Participaram da pesquisa 84 pacientes com diagnóstico de LES e 84 pessoas saudáveis para depressão (de acordo com a escala Beck) e para ansiedade (segundo a escala Hamilton). Os resultados revelaram que os pacientes com LES sofrem mais de ansiedade do que a população normal, sendo que tal achado é mais frequente naqueles com maior idade e com pior percepção de sua própria saúde.

Fatores estressantes associados ao LES também têm sido investigados. Pesquisadores acompanharam 120 pacientes com LES durante 15 meses. Trimestralmente, eram avaliados estressores ambientais do cotidiano, sintomas psiquiátricos, qualidade de vida, suporte social e estratégias de enfrentamento. Além destas variáveis, a atividade da doença também foi avaliada ao início e ao final do estudo²². Os autores verificaram que estresse não predizia aumento da atividade da doença. Porém, todas as pacientes com LES eram participantes de um grupo de psicoterapia, e, segundo os pesquisadores é provável que essa intervenção tenha interferido no controle do estresse, uma vez que todas as medidas avaliadas mostraram melhora ao longo do estudo.

A relação entre doenças reumáticas e depressão chama a atenção da comunidade científica. Um estudo sobre a estimativa da prevalência de depressão em pacientes com síndrome de fibromialgia (que também é classificada como doença reumática, como o LES), bem como da condição de qualidade de vida destes pacientes, avaliou a magnitude da associação entre a depressão e a qualidade de vida²³. Para esse estudo foram selecionados 70 pacientes com fibromialgia que compareceram às consultas médicas em duas instituições públicas e em seis consultórios particulares de reumatologia. Foi aplicado o Medical Outcome Short Form Health Survey (SF-36) para medir a qualidade de vida, composto de oito subescalas, que abordam vários aspectos deste construto. Observou-se queda dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes que também apresentaram quadros depressivos. Desta forma, quanto mais severa a depressão, pior era a percepção da qualidade de vida entre os participantes do estudo, levando os autores a sugerirem que a depressão compromete a funcionalidade social e emocional dos pacientes, uma vez que pessoas depressivas têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, influenciando negativamente o seu relacionamento com outras pessoas.

A avaliação da qualidade de vida pode ser realizada pela administração de escalas e questionários adaptados a contextos culturais específicos. O instrumento de medida da qualidade de vida SF-36 já foi traduzido e validado para a população brasileira. Apresenta 36 itens multidimensionais incluindo oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os escores variam de 0 a 100, onde 0 é o indicativo do pior resultado. As propriedades de medida podem variar para cada população, especialmente se diferem nos aspectos sociodemográficos e no estado geral de saúde²⁴.

O estado geral de saúde também foi investigado por psicólogos que concluíram que, nas equipes multiprofissionais, há ausência de informação acerca das diversas possibilidades de investigação e mensuração da qualidade de vida e que também há uma resistência por parte da equipe em incluir uma avaliação da qualidade de vida em seus pacientes²⁵. Outros profissionais da saúde concluíram que o LES interfere na qualidade de vida dos pacientes avaliados principalmente pelo fator dor nas articulações, condição limitante e desconfortável, além de estados depressivos²⁴. Achados como este vem

atraindo mais pesquisadores no Brasil para a investigação de temas como a qualidade de vida no campo da saúde, mas ainda são poucos os estudos relacionando estas variáveis (depressão, ansiedade e qualidade de vida) com a adesão ao tratamento do LES.

Desse modo, verificou-se a necessidade de se realizar um estudo exploratório com vistas a identificar fatores relacionados à adesão ao tratamento em mulheres com diagnóstico de LES. Neste estudo investigou-se a relação entre adesão ao tratamento e variáveis demográficas e socioeconômicas, indicadores de depressão, ansiedade e qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, transversal, onde participaram 30 pacientes (mulheres) com diagnóstico de LES, consecutivas, em seguimento no ambulatório de reumatologia de um hospital de ensino da rede pública da cidade de Belém, Estado do Pará. Foram incluídas no estudo as pacientes que apresentaram os seguintes critérios: ter diagnóstico de LES, segundo os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia; estar em acompanhamento por, no mínimo, seis meses no ambulatório; ter idade entre 18 e 50 anos; não apresentar outra doença reumática autoimune associada; e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo. Foram excluídas do estudo todas as pacientes que não apresentassem os critérios de inclusão e que estivessem em acompanhamento psiquiátrico (N=31).

Para a realização da presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

(a) Protocolo para análise dos prontuários; (b) Roteiro de Entrevista semi-estruturado, contendo questões sobre características demográficas e da situação socioeconômica, e questões acerca do entendimento da participante sobre o diagnóstico, descrição das regras do tratamento e levantamento do repertório de comportamentos de adesão ao tratamento; (c) Escalas Beck, das quais foram selecionados os Inventários de ansiedade (BAI), e de depressão (BDI); (d) Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*), é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão; é um questionário multidimensional formado por 36 itens, divididos em oito dimensões [funcionamento físico (dez itens), função física (quatro itens), função emocional (dois itens), função social (dois itens), bem-

estar emocional (cinco itens), dor (dois itens), energia/fadiga (quatro itens), saúde geral (cinco itens)], o estado de saúde atual comparado há um ano (um item) e avaliação da saúde no geral (um item) são computados à parte, e os valores de cada item variam de 0 a 100 pontos, correspondendo, respectivamente, ao pior e melhor estado geral de qualidade de vida; e, (e) Roteiro para observação de consulta médica.

Procedimento

As pacientes que aguardavam em sala de espera do ambulatório eram convidadas a participar da pesquisa mediante a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido. Antes da consulta médica, as participantes respondiam, individualmente, ao Roteiro de entrevista fornecendo informações sobre o diagnóstico e o tratamento já prescrito, seguido de levantamento dos comportamentos de adesão já instalados e os sentimentos em relação à doença e ao tratamento. Logo após esse primeiro momento eram aplicadas as escalas Beck (BAI e BDI) e o questionário SF-36, na própria sala de espera do ambulatório.

Em seguida, fez-se a observação direta de uma consulta com o médico reumatologista, com a utilização do roteiro de observação e de um gravador de áudio, cujo objetivo foi registrar as orientações descritas pelo profissional à participante.

No dia da consulta de retorno com o médico, foi realizada mais uma entrevista com cada participante com o objetivo de se obter relatos de adesão ao tratamento indicado na consulta anterior. Ao final da entrevista, foram apresentados os escores obtidos nas Escalas Beck e no SF-36 para cada participante. Os casos indicados para psicoterapia foram encaminhados ao serviço de psicologia de uma clínica escola de universidade pública na cidade.

Por fim, fez-se a análise do prontuário de cada participante, incluindo coleta de dados acerca da evolução clínica da paciente, com histórico de sintomas, tratamento prescrito, internações e outras orientações médicas.

Análise dos dados

A análise das entrevistas foi realizada a partir da transcrição integral das gravações e se estabeleceu os grupos/categorias: adesão e não adesão. Os grupos/categorias se dividiram em adesão para aquelas que seguiram as regras prescritas pelo médico (uso do filtro solar, da prednisona e cloroquina) e não adesão para as que não seguiram as regras referidas. Tais regras

eram comuns a todas as participantes. A análise dos instrumentos padronizados foi realizada de acordo com as normas estabelecidas para cada um.

Inicialmente, foi realizada a análise de conglomerados. Este método é utilizado para “separar os indivíduos em grupos diferentes, sendo que dentro de cada grupo os indivíduos são semelhantes entre si”²⁶. Esta análise foi realizada a fim de dividir a amostra em dois grupos: adesão e não adesão, além de se testar a relevância estatística na divisão da amostra.

Neste estudo, considerou-se como comportamento de adesão ao tratamento, seguindo o conceito da OMS⁵, a correspondência entre as principais orientações para o tratamento, prescritas pelo médico durante a consulta, e o relato de seguimento dessas orientações pela participante na consulta de retorno. As orientações selecionadas como referência para esta análise foram aquelas que estavam presentes em todas as consultas observadas: fazer uso diário de filtro solar e prescrição de cloroquina e de corticóides em doses necessárias para cada paciente. Esse critério também foi escolhido com base nas informações do Guia de Reumatologia¹¹. Portanto, as pacientes que confirmaram seguir regularmente, no mínimo, estas três orientações foram agrupadas no Grupo/categoria Adesão e as restantes na de Não Adesão.

Em seguida, foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais para comparação entre os grupos. Para os testes de hipóteses foi prefixado o nível de significância de $p=0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade. Foram selecionados os seguintes testes estatísticos para o estudo: (a) Teste Qui-Quadrado²⁶, o qual permitiu verificar a associação entre a adesão ao tratamento com as variáveis idade, escolaridade, ocupação, renda, situação conjugal e classe econômica-ABEP; (b) Teste-G, semelhante ao teste Qui-Quadrado conforme afirma Ayres *et al.*²⁶, aplicado sob as mesmas circunstâncias; (c) para testar a diferença entre as médias dos grupos (Adesão x Não Adesão), foi empregado o *Teste t de Student* para amostras independentes, segundo Ayres *et al.*²⁶ para testar se existe diferença entre a média de uma amostra (aleatória) e a média populacional; (d) Teste Exato de Fisher, aplicado para comparar duas amostras independentes, semelhante ao teste Qui-Quadrado, utilizado quando os escores são baixos, inclusive admitidos com valores zero, e (e) Teste U de Mann-Whitney utilizado para comparar duas amostras independentes, o qual revela os valores medianos ao invés da média aritmética, pois é indicado para comparação de dois grupos não pareados para se verificar se pertencem ou não à mesma população e verificar se há evidências para acreditar que valores de um grupo A são superiores aos valores do grupo B.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 pacientes sendo 17 incluídas no grupo Adesão e 13 no grupo Não adesão. As características demográficas das participantes do estudo, idade média, escolaridade, número de filhos etc. encontram-se na Tabela I.

Tabela I - Distribuição das variáveis sociodemográficas no grupo *Adesão* (n=17) e no grupo *Não Adesão* (n=13).

Idade (anos)	fa	fa	Σ	0,6456
18 a 25	5	4	9	
26 a 29	4	1	5	
30 a 40	4	3	7	
41 a 50	4	5	9	
Escolaridade	fa	fa	Σ	0,4214
Fundamental Incompleto	6	4	10	
Fundamental Completo	1	3	4	
Médio Incompleto	2	2	4	
Médio Completo	4	4	8	
Superior Incompleto	3	0	3	
Superior Completo	1	0	1	
Ocupação	fa	fa	Σ	0,4253
Desempregada	6	6	12	
Dona de Casa	6	6	12	
Professora	3	0	3	
Outra	2	1	3	
Renda	fa	fa	Σ	0,5043
<1 SM	2	3	5	
1 SM	3	1	4	
1 a 2 SM	8	5	13	
3 a 4 SM	2	3	5	
5 SM ou mais	2	0	2	
Ignorado	0	1	1	
Classe socioeconômica (ABEP)	fa	fa	Σ	0,7536
Mínimo	8 (D)	4(E)	4	
Máximo	22 (B1)	19 (B2)	22	
Mediana	12	12	12	
1° Quartil	9	11	9	
3° Quartil	13	15	13	

Fonte: Protocolo da Pesquisa.

ABEP/ B1: 21 a 24; B2: 17 a 20; D: 6 a 10; E: 0 a 5.

De acordo com os critérios estabelecidos para a divisão da amostra em dois grupos, observou-se que 17 participantes foram incluídas no Grupo Adesão e 13 foram incluídas no Grupo Não Adesão.

Com relação à idade, observou-se que não houve diferença entre as participantes dos dois grupos (p -valor=0.6456). Também não foram identificadas diferenças significativas quanto à escolaridade (p =0,4214), embora as quatro participantes com curso superior tenham sido classificadas no Grupo Adesão. Também não houve diferença quanto à ocupação (p =0,4253), quanto à renda (p =0,5043) e quanto à classe socioeconômica (p =0,7536).

A avaliação dos aspectos situação conjugal (p =0,5578), número de filhos (p =0,8535), número de abortos decorrentes do LES (0,6814) e tempo de diagnóstico (p =0,8965), entre os dois grupos de categorias, realizada pelo teste Qui-Quadrado, indicou que a adesão ao tratamento independe das mesmas.

A avaliação da quantidade de hospitalizações conforme a adesão ao tratamento, pelo Teste Exato de Fisher, especificamente para a categoria nenhuma hospitalização, obteve p -valor = 0,0014* o qual é altamente significativo, indicando que existe uma real associação entre o comportamento de adesão e a referida condição.

Da amostra estudada, 41,2% das participantes do Grupo/Categoria Adesão afirmaram terem sido hospitalizadas de duas a nove vezes. Entretanto, estas hospitalizações não foram por motivos associados ao LES (como para serem submetidas a cesarianas, por exemplo). No Grupo/Categoria Não Adesão, todas as integrantes já haviam sido hospitalizadas ao menos uma vez em decorrência do LES.

Com relação aos dados obtidos com a aplicação do BDI, o resultado mais relevante foi observado no nível mínimo de depressão, o qual apresentou no Grupo/categoria Adesão (35,3%) proporções maiores do que no Grupo/categoria Não Adesão (15,4%). Entretanto, o p -valor encontrado (p = 0,2217) evidencia que esta diferença não foi estatisticamente significativa. Nos demais níveis (leve, moderado e grave), observou-se que, também, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos/categorias. No entanto é importante considerar que as participantes do Grupo/categoria Adesão mantiveram bom estado de humor, com níveis mínimos de depressão apesar dessa diferença estatística não ter sido significativa.

Quanto aos dados obtidos com a aplicação do BAI, em todos os níveis de ansiedade avaliados (mínimo, leve, moderado e grave), não foram observadas

diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de categorias.

Quanto à qualidade de vida das participantes (Tabela II), os resultados obtidos por meio do SF-36 sugeriram que no domínio Aspectos Sociais a diferença entre as medianas dos Grupos/categorias Adesão (50 pontos) e Não Adesão (36 pontos) foi significativa (p -valor=0,0364*). Neste caso, as participantes do Grupo/categoria Adesão apresentaram uma melhor percepção de seu envolvimento social do que as do Grupo/categoria Não Adesão.

Tabela II – Resultados obtidos com o SF-36 entre as participantes do Grupo Adesão (n =17) e do Grupo Não Adesão (n =13)

Domínio		Adesão	Não Adesão	p-valor
		(n =17)	(n =13)	
Capacidade Funcional	Mediana	38.5	34	0.5864
	(Min, Máx)	(13.5-88.5)	(15-73.5)	
	Média	42.7	37.6	
	Desvio Padrão	±21.8	±18.8	
Aspecto Físico	Mediana	5.0	0.2	0.3152
	(Min, Máx)	(0-10)	(0-80)	
	Média	21.5	16.6	
	Desvio Padrão	±34.4	±31.3	
Dor	Mediana	52	29.8	0.1266
	(Min, Máx)	(12-98)	(0.1-71)	
	Média	53.1	38.4	
	Desvio Padrão	±25.1	±23.6	
Estado geral de saúde	Mediana	47	37	0.233
	(Min, Máx)	(13.8-77)	(8.8-90.8)	
	Média	49.6	40.7	
	Desvio Padrão	±19.5	27	
Vitalidade	Mediana	38.8	55	0.0152*
	(Min, Máx)	(8.8-85)	(30.0-88.8)	
	Média	43.2	56.6	
	Desvio Padrão	±19.2	±16.0	
Aspectos sociais	Mediana	50	36	0.0364*
	(Min, Máx)	(36.3-100)	(11.0-98.8)	
	Média	62.2	44.4	
	Desvio Padrão	±20.9	±29.3	
Aspectos emocionais	Mediana	13.3	0.2	0.5721

	(Min, Máx)	(0-100)	(0-80)	
	Média	25.4	23.6	
	Desvio Padrão	±32.6	±32.1	
Saúde Mental	Mediana	58.8	62.8	0.3358
	(Min, Máx)	(14.8-92)	(12-86.8)	
	Média	53.7	60.2	
	Desvio Padrão	±22.3	±24	

Fonte: Protocolo de pesquisa. *Teste U de Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

Quanto às características demográficas e socioeconômicas, observa-se que os grupos Adesão e Não adesão eram homogêneos e pareados. Desse modo, pode-se afirmar que estas variáveis não influenciaram no quesito adesão ao tratamento do LES. Tais dados corroboram com os encontrados por Cavicchia *et al.*²⁴ que mostrou que as características sociodemográficas são irrelevantes para promover comportamentos de adesão em pacientes com LES.

Em outro ensaio realizado por Reis e Costa²⁷ resultados semelhantes também foram relatados. Os autores destacaram que a adesão ao tratamento da doença não parece estar relacionada ao estado conjugal e ao número de filhos. O estudo revelou, ainda, que orientação sobre a doença por parte dos médicos (incluindo cuidados básicos, como a proteção solar efetiva) pode favorecer o controle da doença e evitar crises de exacerbação. Neste sentido, Pistori e Pasquini⁴ propõem uma educação continuada sobre a doença a pacientes e seus familiares, incluindo a adesão e tratamento para prevenir futuras complicações.

Os resultados do presente estudo também se assemelham aos obtidos por Segui *et al.*²⁰, no qual os pacientes com LES que não mantinham rotina de adesão foram os que apresentaram transtornos de ansiedade e níveis mais altos de depressão, especialmente em períodos de atividade da doença.

Do mesmo modo, há semelhanças com os resultados obtidos no estudo de Skare *et al.*²¹, onde foi identificada a presença de alterações de humor em 44,06% dos participantes com LES, os quais apresentaram escores maiores para ansiedade (medida pela escala de Hamilton) do que a população normal.

Esta variável revela a importância da inserção do psicólogo na equipe multiprofissional enquanto mediador que fornece suporte emocional aos pacientes para o enfrentamento das adversidades inerentes à

doença e auxilie a participação do grupo social como rede de apoio ao paciente com LES. Os resultados confirmam outros achados²⁸, ressaltando a importância do apoio social para o controle de doenças crônicas, sugerindo que o isolamento social e a sensação de não contar com ajuda na manutenção do tratamento de uma doença podem levar ao abandono do autocuidado.

Comparando-se os dois grupos de categorias, embora a análise estatística não tenha indicado diferença significativa, as participantes do Grupo/categoria Adesão obtiveram escores positivos no SF-36, no que se refere à capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais e sociais, assim como relataram sentir menos dor e estado geral de saúde melhor do que as participantes do Grupo/categoria Não Adesão. Os achados confirmam que os comportamentos de seguir as regras descritas pelos profissionais de saúde ajudam no bom estado geral².

CONCLUSÃO

As pacientes que participaram deste estudo não tiveram assistência multiprofissional nos seus atendimentos. Algumas apresentaram comportamentos depressivos que podem se relacionar ao abandono do tratamento e a agravos da doença. Por outro lado, a qualidade de vida das pacientes se mostrou melhor no grupo que aderiu aos comportamentos de autocuidado. Portanto, sugere-se que práticas assistenciais promovam avaliação do estado emocional de mulheres com LES relacionando-o com comportamentos de adesão ao tratamento.

A prevenção de estados graves em pacientes portadores de LES pode se fazer pela organização de equipe de profissionais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais atuantes em períodos regulares. Destaca-se a presença do psicólogo nessa equipe para auxiliar na instalação e manutenção de comportamentos adequados para prevenir psicopatologias e promover a adesão ao tratamento do LES.

Os resultados obtidos nesse estudo mostram que a construção de uma rede de apoio estruturada pode ser uma estratégia para contribuir na melhoria da qualidade de vida, adesão e bem-estar de mulheres diagnosticadas com doenças crônicas como o LES.

O estudo limitou-se em estudar, transversalmente, pacientes com mesmo diagnóstico sem considerar o nível de comprometimento e limitação destes em função da doença. Em novos estudos a medida do nível de atividade do LES e suas consequências para as atividades cotidianas do paciente deveriam ser consideradas por terem um custo na resposta de adesão ao tratamento.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY, DEPRESSION AND ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENT WITH LUPUS

Patrícia Regina Bastos NEDER, Eleonora Arnaud Pereira FERREIRA
e José Ronaldo Matos CARNEIRO

Objective: this study aimed to identify the relationship between levels of anxiety, depression and treatment adherence behavior in patients with Systemic lupus erythematosus (SLE). **Method:** thirty female patients between 18 to 50 years old with SLE participated in the survey from May to November 2008 in a rheumatology outpatient public hospital in the city of Belém, Pará. They were divided into two groups: Adherence (n = 17) and Non Adherence (n = 13). Data were obtained through interviews during the first and the second medical appointment, Beck scales and SF-36. **Results:** there was no significant statistical relation between adherence, social demographic characteristics and levels of anxiety. However, it was noticed significant relation between adherence and non-hospitalization. The Adherence Group presented a lower level of depression and better control of the social aspects. **Conclusion:** the study shows a need for psychological care to patients with SLE and symptoms of depression in order to prevent psychopathologies and promote adherence to treatment.

KEYWORDS: adherence to treatment, systemic lupus erythematosus, depression, anxiety, chronic disease.

REFERÊNCIAS

1. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *The Journ of the Americ Medic Associat.* 1993; 270 (6), 742-744.
2. Gusmão JL, Mion Junior, D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revis Bras de Hipertensão.* 2006; 13(1) 23-25.
3. Araújo AD, Traverso-Yépez, MA. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia.* 2007; 12(2), 119-127.
4. Pistori PA, Pasquini VZ. Cuidados e orientações de enfermagem para pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev de Enfermag. UNISA.* 2009;10 (1) 64-67.
5. World Health Organization -WHO (2003). *Burden of Mental and Behavioural Disorders, 2003.* Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>. Acessado em: 27/09/ 2008.
6. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras de Hipertensão.* 2006; 13(1), 30-34.
7. Gomes DL, Ferreira EAP, Souza, CMC. Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2. *Acta Comportamental.* 2012; 20(3), 327-342.
8. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad de Saúd Públic.* 2007; 23(10), 2305-2306.
9. Pons-Estel GJ, Alarcón GS, Scofield L, Reinlib L, Cooper, GS (February). Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. In *Seminars in arthritis and rheumatism.* 2010; 39 (4), 257-268.
10. Schur PH, Morchella SL. Mucocutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *UpToDate [Internet].* 2011 [cited 2012 Nov 21]; 19(2). Available from: <http://www.uptodate.com/contents/mucocutaneous-manifestations-of-systemic-lupus-erythematosus>.
11. Sato EI. *Reumatologia: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp/Escola paulista de medicina.* 1 ed. Barueri, São Paulo: Manole Editora; 2004.

12. Riskalla MM, Somers CE, Fatica RA, McCune WJ. Tolerabilidade do micofenolato de mofetil em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *The Journ of Rheumatol.* 2003; 30 (7), 1508-1512.
13. Salicio VAMM, Leite CA, Arruda LKAD, Santin ACW, Matos MB, Galera MF et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos no hospital universitário em Mato Grosso - Brasil. *Rev Bras de Ciências da Saúde - USCS.* 2013; 11(36), 50-56.
14. Vieira FTDS. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2013.
15. Nery FG, Borba EF, Lotufo Neto, F. Influência do estresse psicossocial no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras de Reumatol.* 2004; 44(05), 355-61.
16. Hinrichsen H, Barth J, Ruckemann M, Fersfl R, Kirch W. Influence of prolonged neuropsychological testing on immunoregulatory cells and hormonal parameters in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int.* 1992; 12: 47-51.
17. Jacobs R, Pawlak CR, Mikeska E, et al. Systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis patients differ from healthy controls in their cytokine pattern after stress exposure. *Rheumatol Int.* 2001; 40: 868-875.
18. Ayache DCG, Costa IP. Alterações da Personalidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras de Reumatol.* 2005; 45(5), 313-318.
19. Rossoni C, Bisi MC, Keiserman MW, Staub HL. Antimaláricos e perfil lipídico em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol.* 2011; 51(4), 385-387.
20. Segui J, Ramos-Casals M, Garcia-Carrasco M, De Flores T, Cervera R, Valdeés M, et al. 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), 584-588.
21. Skare TL, Biondo CM, Outi DEN, Manfrim EB, Pedri LE, Kuroda MP. Distúrbios de humor em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico. *Rev do Méd Resid.* 2008; 10 (4), 144-148.
22. Dobkin PL, Da Costa D, Fortin PR, Edworthy S, Barr SUS NA, Esdaile JM, Clarke AE. Living with lupus: a prospective pan-Canadian study. *The Journ of Rheumatol.* 2002; 28(11), 2442-2448.
23. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras de Reumatol.* 2005; 45(2), 47-54.
24. Cavicchia R, Neto EB, Guedes LK, Vianna DL. Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Jorn Healt Scienc Institut.* 2013; 31(1), 88-92
25. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad de Saúd Públic.* 2004; 20(2), 580-588.
26. Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos ADA. Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 5 ed. Instituto Mamirauá. Belém; 2007.
27. Reis MG, Costa IP. Qualidade de vida de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras de Reumatol.* 2010; 50 (4), 408-422
28. Neder PRB. Análise da adesão ao tratamento em mulheres com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico. [Dissertação de Mestrado] Belém: Universidade Federal do Pará - UFPA; 2009.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

patneder27@gmail.com

eleonora_arnaud@yahoo.com.br

irnajula@uol.com.br

Recebido em 07.04.2015 – Aprovado em 08.06.2015