

ANÁLISE DO ESTADO MENTAL E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DE MANAUS

ANALYSIS OF MENTAL STATE AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS MONITORED IN A RHEUMATOLOGY SERVICE OF MANAUS

Caroline Pamponet da Fonseca Oliveira*, Diogo da Silva Lima*, Diego da Silva Lima**, Kamila Abtibol Alves**, Domingos Sávio Nunes de Lima***

*Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**Médico formado pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM

***Médico formado pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Integrante do serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima, Hospital Universitário Getúlio Vargas

RESUMO

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença multissistêmica que pode acarretar comprometimentos neuropsiquiátricos envolvendo o sistema nervoso central, dentre os quais o distúrbio cognitivo e a depressão são tipos frequentes. **Objetivo:** Verificar a prevalência de distúrbio cognitivo e depressão em pacientes com LES e sua associação com tempo e atividade da doença, dose acumulada de corticoide, adesão ao tratamento e acometimento neurológico. **Metodologia:** Estudo do tipo coorte transversal com 70 pacientes com LES em acompanhamento em um serviço de reumatologia. Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 55 anos, que preencheram critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Foram realizados uma revisão de prontuários para coletar os dados e um exame clínico para definir o Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (MexSLEDAI). Os testes utilizados para avaliar o distúrbio cognitivo e depressão foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Inventário de Depressão de Beck. **Resultados:** Constatou-se prevalência de depressão de 50% e de distúrbio cognitivo de 20%, além de uma relação estatisticamente significativa entre eles ($p=0,03$). As outras variáveis da doença não se mostraram significantes quando relacionadas à depressão e ao distúrbio cognitivo. **Conclusão:** Verificou-se uma alta prevalência de distúrbio cognitivo e depressão em pacientes com LES e uma associação entre os mesmos. O MEEM e o Inventário de Depressão de Beck mostraram-se eficazes como exames de triagem para detecção dessas manifestações e sua utilização deve ser encorajada a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Manifestações neuropsiquiátricas. Distúrbio cognitivo. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a multisystemic disease that can cause neuropsychiatric impairments involving the central nervous system, among them cognitive disorders and depression are most common. **Objective:** To check the prevalence of cognitive impairment and depression in SLE patients and its association with the time and activity of the disease, cumulative corticosteroid dose, treatment adherence and neurological involvement

Methods: Cross-sectional cohort study on 70 SLE patients followed up at a rheumatology service. We evaluated patients of both sexes, aged between 18 and 55 years old, who fulfilled the American College of Rheumatology (ACR) criteria. A chart review was performed to collect data and a clinical examination was carried to measure the Mexican Erythematosus Systemic Lupus Disease Activity Index (MexSLEDAI). The tests used to assess the cognitive impairment and depression were the Mini Mental State Examination (MMSE) and the Beck Depression Inventory. **Results:** It was verified that the prevalence of depression is of 50% and cognitive impairment is of 20%, besides there is also a statistically significant relationship between them ($p = 0.03$). The other variables of the disease were not significant when related to depression and cognitive impairment. **Conclusion:** A high prevalence of cognitive impairment and depression was verified in patients with SLE and an association between them. The MMSE and the Beck Depression Inventory were effective as screening tests to detect these events and their use should be encouraged in order to improve the quality of life of those patients.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus. Neuropsychiatric symptoms. Cognitive impairment. Depression.

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de caráter auto-imune, multissistêmica, que não possui uma etiologia completamente esclarecida, e é caracterizada pela presença de autoanticorpos. Seu desenvolvimento engloba aspectos genéticos e fatores ambientais. É uma desordem rara, que acomete, principalmente, mulheres jovens.¹

O LES acarreta comprometimentos cutâneos, articulares, renais, pulmonares, cardiovasculares e hematológicos, além de acometimentos neuropsiquiátricos,¹ e este ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes durante a evolução da doença.² Neste, tanto o sistema nervoso central (SNC) quanto o sistema nervoso periférico (SNP) podem sofrer alterações em seu funcionamento, sendo que qualquer local do cérebro pode ser acometido, assim como as meninges, medula espinhal, nervos cranianos e periféricos.³

O subcomitê do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (1999) classificou 19 síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES, sendo elas tanto do SNC quanto do SNP. O distúrbio cognitivo e as desordens de humor (depressão) são duas das classificações relativas ao SNC. Além disso, uma revisão excluiu 14 das 30 síndromes que a literatura possuía como associadas ao LES. Eles identificaram que somente 16 delas, incluindo depressão, ansiedade, psicose, delirium e distúrbio cognitivo, estavam realmente presentes.⁴

O distúrbio cognitivo é um conjunto de sintomas relacionados a uma desordem cerebral. Nele podem estar presentes alterações na memória, na atenção, na orientação, na linguagem, no pensamento e na execução de movimentos.⁵ Sua prevalência em pacientes com LES varia entre os estudos, pelos diferentes critérios utilizados para seu diagnóstico e pelas características da população estudada, encontrando-se em torno de 20% a 70%.^{2,3,6,7}

Algum distúrbio psiquiátrico pode estar presente em 50% dos pacientes com LES. A depressão é a mais prevalente e se encontra em torno de 28% dos casos.⁸ No estado agudo da doença, 40% dos pacientes apresentam sintomas psiquiátricos, e os mais comuns são depressão e ansiedade. Já na inatividade, apenas 10% possuem sintomas significativos.⁹

A depressão é uma síndrome composta por alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de sensação de prazer, apatia) e outras características como alterações cognitivas, vegetativas e psicomotoras.¹⁰

A depressão possui uma alta prevalência em pessoas com doença crônica, incluindo LES, devendo ser pesquisada. Ela está associada a uma idade menor e maior ansiedade. Isso ocorre porque o paciente jovem apresenta dificuldade para lidar com as incapacidades que ocorrem devido ao LES, e um estresse prolongado em ajustar a doença à sua vida.¹¹

OBJETIVOS

O objetivo geral foi verificar a prevalência de distúrbio cognitivo e depressão em pacientes com LES acompanhados no Serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima (AAL).

Como objetivo secundário, foi verificada a associação do distúrbio cognitivo e depressão com o tempo da doença, o índice de atividade da doença conforme o Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (Mex-SLEDAI), a dose acumulada de corticoide, o acometimento neurológico e a implicação na adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e local do estudo

Trata-se de um estudo tipo coorte transversal realizado no período de agosto de 2014 a julho de 2015, no Serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima (AAL), Hospital Getúlio Vargas, na Faculdade de Medicina (FM), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: pacientes com quatro ou mais critérios para classificação de LES, de acordo com o proposto pelo ACR, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 55 anos, que estavam em acompanhamento regular no serviço de Reumatologia do AAL.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com demência devido a outras causas, pacientes com história de acidente vascular cerebral com déficit de linguagem, pacientes com doenças infecciosas com envolvimento do SNC, como HIV e tuberculose e pacientes com acompanhamento prévio em outro serviço.

Desenho do estudo

Os pacientes foram convidados para explicação sobre o projeto durante as consultas de rotina no AAL. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em quem se interessou em participar da pesquisa.

Após a assinatura do TCLE, foi feita uma revisão do prontuário para coletar dados demográficos e referentes à doença, como idade, sexo, tempo de doença, critérios do ACR, dose acumulada de corticóide e acompanhamento regular. O acompanhamento regular se refere ao comparecimento às consultas agendadas, à realização e apresentação dos exames solicitados, e à utilização dos medicamentos conforme orientado. Depois, foi realizado um exame clínico para definir o Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (Mex-SLEDAI). O Mex-SLEDAI foi proposto em 1992 para se adequar à realidade de países em desenvolvimento, e se mostrou tão confiável

quanto o próprio Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI).¹²

A atividade inflamatória é definida por apenas 10 variáveis, diferentemente do SLEDAI que possui 24. Elas são divididas nas seguintes categorias: alteração neurológica, renal, vasculite, hemólise e trombocitopenia, miosite, artrite, alteração mucocutânea, serosite, febre e fadiga, e leucopenia e linfopenia. Dependendo das variáveis e de seus pesos, o escore pode ser de 0 a 32. O paciente pode estar com doença inativa se escore abaixo de 2, provavelmente ativa se escore entre 2 e 5, e claramente ativa se escore maior que 5.¹³

Em seguida, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a existência de um distúrbio cognitivo, o qual é composto por 11 questões, com uma pontuação máxima de 30 pontos. Ele engloba orientação, memória, atenção, cálculo, linguagem, atender comandos, escrever uma frase espontaneamente e copiar um desenho geométrico. O MEEM é um teste de rastreamento e tem como ponto positivo a rapidez de sua realização (5-10 min.), porém não deve substituir exames que concluam o diagnóstico de determinada disfunção.¹⁴

O último a ser aplicado foi o Inventário (ou Escala) de Depressão de Beck (BDI, do inglês: Beck Depression Inventory) pelo qual podemos verificar a existência de depressão. Este foi criado em 1967 com o intuito de medir as manifestações comportamentais da depressão por meio de um método que a definisse e fosse válido, ao invés de se apoiar somente na análise clínica.¹⁵ O inventário é composto por 21 categorias. Cada uma delas descreve uma manifestação da depressão, com gravidade que vai de neutro a máximo (0-3) e, dependendo do número somado, o paciente é diagnosticado com depressão leve (escore de 10-18), moderada (escore de 19-29) ou severa (escore de 30-63).

Análise estatística

Os dados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel, programa que dá a possibilidade de fazer análises estatísticas, tabelas e gráficos. Outros programas utilizados foram o R, o qual é uma linguagem e ambiente para computação estatística e gráficos, e o Minitab, que também realiza análises estatísticas.

Os resultados foram expressos como média e desvio padrão ($X \pm DP$), mediana e limites (Md [limites]), ou porcentagens (%). O nível de significância adotado para a rejeição da hipótese de nulidade foi de 5% ($p < 0,05$). Para as variáveis contínuas não paramétricas foi utilizado o teste de Mann Whitney e para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste Exato de Fischer.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CAAE 30968014.1.0000.5020), financiado pelo CNPq. A participação dos pacientes na pesquisa tem um caráter de confidencialidade e todos os pacientes foram identificados por letras e números, com o objetivo de manter o anonimato.

RESULTADOS

Participaram do estudo 70 pacientes com LES acompanhados no Serviço de Reumatologia do AAL, sendo que 68 (97,14%) eram do sexo feminino. Todos apresentaram os critérios de inclusão, realizaram os testes propostos e tiveram seus respectivos prontuários revisados. Dados gerais desses pacientes podem ser observados na Tabela 1.

Variáveis	Média ± DP	Md [limites]
Idade (anos)	33,7 ± 9	34 [18-55]
Tempo de doença (meses)	101,8 ± 69,8	84 [3-288]
Dose acumulada de corticoide (g)	43,8 ± 31,2	36,2 [0-135,9]
Crítérios do ACR	5,9 ± 1,5	6 [4-11]

ACR: Colégio Americano de Reumatologia; Md: Mediana; DP: desvio-padrão; g: Grama.

Tabela 1. Idade, tempo de doença em meses, dose acumulada de corticoide e critérios diagnósticos do ACR dos 70 pacientes.

Dos 70 participantes, 50% possuem critério neurológico, 50% não possuem. Quanto à escolaridade, 6 (9%) dos participantes completaram o ensino fundamental, 32 (46%) completaram o ensino médio, e 15 (21%) possuem o ensino superior completo.

Pelo MexSLEDAI, 34 (48,57%) pacientes estavam com a doença controlada. Aqueles com doença ativa foram 36 (51,43%). Destes, 19 (27,14%) estavam com ela claramente ativa, e 17 (24,29%) estavam com ela provavelmente ativa. Em relação ao acompanhamento da doença, 61 (87,14%) pacientes fazem acompanhamento regular, tanto por comparecimento à consulta quanto por realizar o que foi orientado durante o atendimento. E apenas 9 (12,86%) participantes foram irregulares nesse quesito. Verificou-se a prevalência de fibromialgia em 7 (10%) pacientes.

A função cognitiva foi avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Observou-se que, entre os participantes do estudo, 14 (20%) possuem algum distúrbio cognitivo.

A presença de depressão foi avaliada pelo Inventário de depressão de Beck. Dos 70 participantes, 35 (50%) possuem algum nível de depressão. Em 18 (25,71%) pacientes foi observado depressão leve; em 12 (17,14%) pacientes, moderada; e em 5 (7,14%) pacientes, grave.

Dos 14 participantes que possuem algum distúrbio cognitivo, 8 se apresentaram com atividade da doença, 12 fazem acompanhamento regular e 8 possuem acometimento neurológico. Na análise estatística feita pelo Teste Exato de Fisher, ao se confrontarem as variáveis citadas acima com o distúrbio cognitivo, não se identificou diferença significativa ($p=0,7$, $p=1$ e $p=0,7$, respectivamente).

Distúrbio Cognitivo	Presente (14)	Ausente (56)	p
Doença ativa - MexSLEDAI (N=36)	8	28	0,7
Acompanhamento regular (N=61)	12	49	1
Acometimento neurológico (N=35)	8	27	0,7
Tempo de doença (meses)	70 [20-170]	100 [3-288]	0,07
Dose de corticoide (gramas)	30 [10-100]	40 [0-110]	0,9

Teste de Fisher para as variáveis categóricas; Teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas; MexSLEDAI: Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; N: Número de valores da amostra; Mediana [limites].

Tabela 2. Distúrbio cognitivo, doença ativa, acompanhamento regular, acometimento neurológico, tempo de doença e dose de corticoide relacionados com 14 pacientes com distúrbio cognitivo e 56 sem distúrbio cognitivo.

Quando é analisada a dose acumulada de corticoide do grupo que possui distúrbio cognitivo, percebe-se que a mediana é de 30 gramas, e metade deles usou a dose de 18 a 82 gramas. Metade do grupo que não possui distúrbio cognitivo usou doses de 20 a 60 gramas, e possui uma mediana de 40 gramas. Já quanto ao tempo de doença, o grupo com distúrbio cognitivo teve uma mediana de 70 meses, com metade deles entre 25 e 95 meses de doença. E metade do grupo sem distúrbio cognitivo tem tempo de doença entre 50 e 150 meses, com mediana de 100 meses. O teste de Mann Whitney foi realizado para analisar estas variáveis e não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre elas, tabela 2 e gráfico 1.

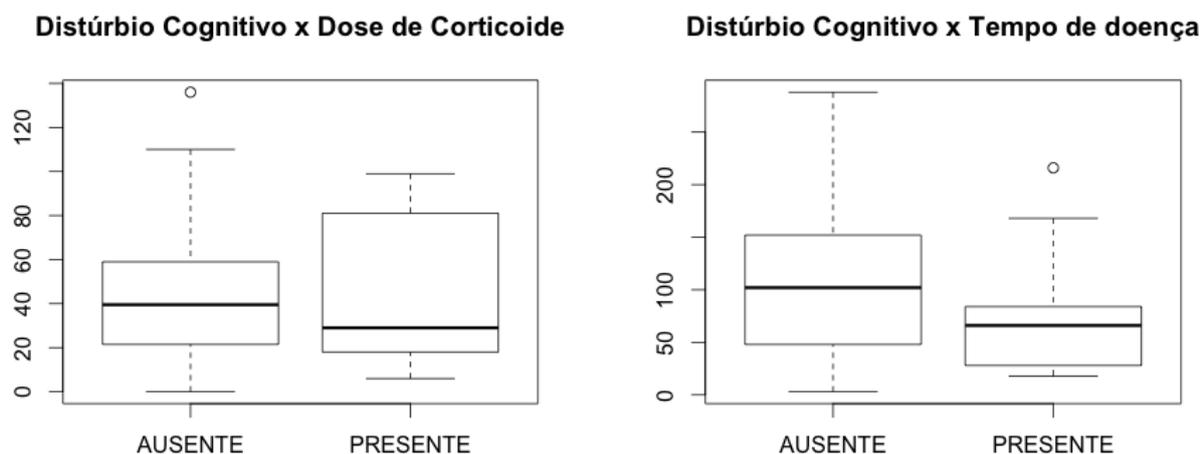


Gráfico 1. Boxplot A: distúrbio cognitivo x dose acumulada de corticoide (gramas).
 Boxplot B: distúrbio cognitivo x tempo de diagnóstico (meses).

Dos 35 pacientes que possuem depressão, 21 estavam com a doença ativa, 29 faziam acompanhamento regular e 19 possuem acometimento neurológico. Não foi encontrada diferença significativa entre depressão e estas variáveis ($p=0,5$, $p=0,3$ e $p=0,5$, respectivamente). Quando comparou-se depressão com a presença de fibromialgia, também não foi encontrada relação estatística ($p=0,3$). No entanto, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre depressão e distúrbio cognitivo ($p=0,03$). Dos 35 pacientes que apresentaram depressão, 10 tinham distúrbio cognitivo, enquanto que dos 35 que não possuem depressão, apenas 4 tinham distúrbio cognitivo.

Depressão	Presente (35)	Ausente (35)	p
Distúrbio Cognitivo (N=14)	10	4	0,03
Doença ativa - MexSLEDAI (N=36)	21	15	0,5
Acompanhamento regular (N=61)	29	32	0,3
Acometimento neurológico (N=35)	19	16	0,5
Tempo de doença (meses)	85 [25-240]	90 [3-240]	1
Dose de corticoide (gramas)	30 [3-110]	45 [0-110]	0,7

Teste de Fisher para as variáveis categóricas; Teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas; MexSLEDAI: Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; N: Número de valores da amostra; Mediana [limites].

Tabela 3. Distúrbio cognitivo, doença ativa, acompanhamento regular, acometimento neurológico, tempo de doença e dose de corticoide relacionados com 35 pacientes com depressão e 35 sem depressão.

Metade do grupo que possui depressão se encaixa entre 20 e 60 gramas de dose de corticoide acumulada, apresentando mediana de 30 gramas. Enquanto que o grupo sem depressão possui uma mediana de 45 gramas. Quanto ao tempo de doença, aqueles com depressão possuem uma mediana de 85 meses, sendo que metade deles se encontram entre 45 e 160 meses. E aqueles sem depressão possuem mediana em torno de 90 meses de doença. As relações entre depressão com dose de corticoide e tempo de doença não apresentaram diferença estatisticamente significativa, tabela 3 e gráfico 2.

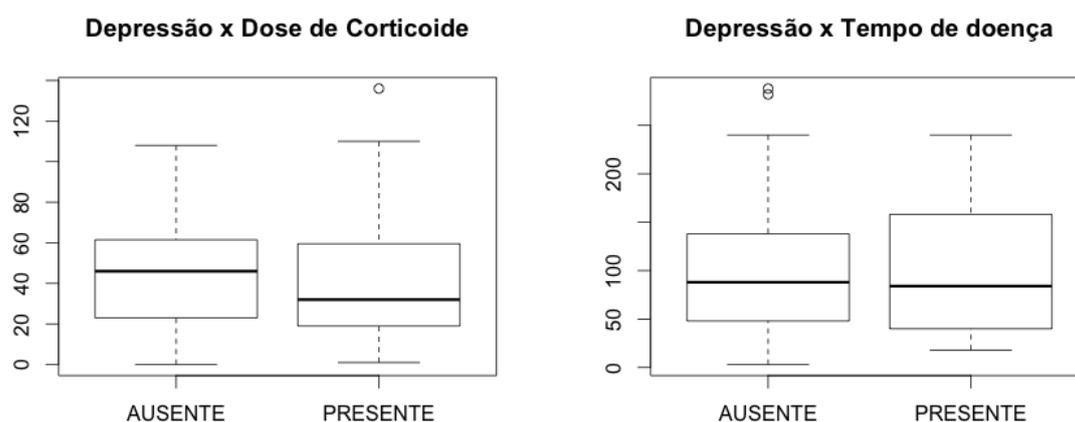


Gráfico 2. Boxplot A: depressão x dose acumulada de corticoide (gramas).
Boxplot B: depressão x tempo de diagnóstico (meses).

DISCUSSÃO

A média de idade de $33,7 \pm 9$ anos observada por este estudo, em pacientes com LES do Ambulatório Araújo Lima, é semelhante à relatada na literatura. Em 2016, realizou-se uma pesquisa envolvendo 50 pacientes com LES que obteve uma média de idade de $33,42 \pm 8,84$ anos.¹⁶ Em outro trabalho feito em 2013, foi encontrada média de $34,8 \pm 10,9$ anos em cem pacientes com LES.¹⁷ Em um estudo realizado em 2009, constatou-se que as pacientes do sexo feminino com LES tiveram uma frequência de 87,5%,¹⁸ e está em concordância com nossa pesquisa, a qual obteve frequência de 97,14%.

Demonstrou-se, em um trabalho de 2010, que 47,4% de pacientes com LES possuem escolaridade em nível fundamental, 41% em nível médio e 11% em nível superior.¹⁹ No presente estudo, obteve-se mais participantes com escolaridade em nível superior (21%) que fundamental (9%), talvez pela dificuldade de locomoção ao local de atendimento por parte dos pacientes com escolaridade baixa, ou uma divergência entre os locais estudados sobre a procura de atendimento particular por pacientes com escolaridade mais alta.

Sintomas depressivos se mostram frequentemente presentes em pacientes com LES. Esta doença influencia os pacientes em nível psicossocial.²⁰ A presença de depressão na população geral é de 6,1%.²¹ Em uma pesquisa de 2013, foram estudados 62 pacientes com LES e observou-se a presença de depressão em 45,2%.¹¹ Outro estudo recente, realizado em 2012, demonstrou uma prevalência de 39%.²² Encontrou-se a presença de depressão em 50% dos participantes, o que se mostra semelhante aos estudos citados.

Verificamos uma prevalência de distúrbio cognitivo de 20%. Em um artigo de revisão de

2012,²³ a frequência relatada variou de 27 a 61%. O autor indicou que essa variação se deve, provavelmente, ao uso de diferentes escalas para avaliar a presença de distúrbio cognitivo. Observa-se que nossa pesquisa revelou uma prevalência que é inferior quando comparada à literatura.

Em 2004 foi realizada uma revisão sobre manifestações psiquiátricas da corticoterapia, a qual afirmou que no LES pode ser difícil diferenciar se esses sintomas são causados pela atividade da doença ou pela medicação.²⁴

Em nossa pesquisa, estavam com a doença ativa 60% dos pacientes com depressão e 42,8% dos sem depressão. Porém, não foi encontrada relação estatisticamente significativa. Isto se mostra semelhante a um estudo realizado em 2013,¹⁷ no qual a frequência de doença ativa em pacientes depressivos foi maior que em não depressivos (40% e 27,5%, respectivamente), embora também não tenha significância estatística. Outra pesquisa de 2006 também não demonstrou relação entre atividade da doença e depressão,¹⁶ indicando que isto pode ter ocorrido pelo tamanho da amostra, fator que também pode ter influenciado nosso resultado.

Um trabalho realizado em 2013,¹¹ assim como em nosso estudo, constatou que não há relação entre o envolvimento do SNC com depressão, e afirma que a explicação sobre isto é incerta e a depressão pode estar envolvida com diversas causas, tanto com uma causa orgânica no SNC quanto a uma reação psicológica em ter a doença. Nesta pesquisa, a depressão não foi um fator que influenciou o acompanhamento desregular da doença.

O tempo de doença não se mostrou fator que contribuísse com o estado depressivo dos pacientes deste estudo. Um trabalho realizado em 2013 também não encontrou relação significativa entre essas duas variáveis.¹¹ Autores de uma pesquisa feita em 1983 citaram sexo feminino, LES e altas doses de corticoide como fatores de risco para síndrome psiquiátrica induzida por esteroides.²⁵ Entretanto, não percebemos relação entre a dose acumulada de corticoide e depressão em nossa pesquisa.

Dois estudos, um realizado em 2010 e outro em 2015, demonstraram que existe uma relação entre distúrbio cognitivo e atividade da doença.^{7,26} Porém, isto não está em concordância com nosso resultado. O motivo para isto não é claro, talvez uma amostra maior de pacientes servisse para elucidar essa questão, novos estudos também seriam de grande valia. Não contamos, também, relação entre o acometimento neurológico e a presença de distúrbio cognitivo.

Pesquisadores realizaram, em 2002, um estudo longitudinal de 5 anos com pacientes lúpicos, e constataram que o déficit cognitivo não é cumulativo com o decorrer da doença.²⁷ Isto se mostra semelhante à nossa pesquisa, já que não encontramos relação entre distúrbio cognitivo e um tempo de doença mais prolongado. Entretanto, percebemos uma tendência a pacientes com menor tempo de doença apresentarem distúrbio cognitivo. O motivo desse achado pode ser devido ao distúrbio cognitivo estar mais presente em pacientes graves, os quais estão em nível hospitalar ou já faleceram.

Em um trabalho de 2015, encontrou-se uma prevalência de 27,9% de distúrbio cognitivo em pacientes com LES sem uso prévio de corticoide, e prevalência de 6,7% nos controles, mostrando que a disfunção foi secundária ao LES.²⁶ Como não encontramos diferença estatisticamente significativa entre a dose de corticoide e a presença de déficit cognitivo, podemos inferir que o LES seria realmente o fator que leva a esse distúrbio.

Neste estudo, constatamos que o distúrbio cognitivo está associado com escores mais altos

de depressão ($p=0,03$). Em 2005, uma pesquisa realizada com 123 pacientes com LES constatou que, além de escores altos de depressão, anticorpos antifosfolídeos positivos, diabetes e baixo nível de escolaridade estavam associados com o distúrbio cognitivo.²⁸

CONCLUSÃO

Na população estudada, verificou-se que distúrbio cognitivo e depressão são frequentes em pacientes com LES. Foi observado, também, que existe uma associação entre depressão e distúrbio cognitivo. Não houve relação significativa entre depressão e distúrbio cognitivo com atividade e tempo da doença, dose de corticoide, acometimento neurológico e adesão ao tratamento. O Mini Exame do Estado Mental e o Inventário de Depressão de Beck se mostraram eficazes como exames de triagem para detecção das manifestações neuropsiquiátricas do LES, e sua utilização deve ser encorajada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Borba EF, Latorre LC, Brenol JCT, Kayser C, Silva NA, Zimmermann AF, et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(4):196-207.
2. Barbosa CMPL, Terreri MTRA, Len CA, Hilario MOE. Manifestações neuropsiquiátricas em crianças e adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil: associação com anticorpos antifosfolípide? *Rev Bras Reumatol*. 2006; 46(5):329-333.
3. Vieira WP, Pinheiro MNA, Sampaio AXC, Callado CM, Vieira RMRA, Callado MRM. Análise de prevalência e evolução das manifestações neuropsiquiátricas moderadas e graves em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico internados no serviço de reumatologia do Hospital Geral de Fortaleza. *Rev Bras Reumatol*. 2008; 48(3):141-150.
4. Jenekens FGI, Kater L. The central nervous system in systemic lupus erythematosus. Part 1. Clinical syndromes: a literature investigation. *Rheumatology*. 2002; 41(6):605-618.
5. Miyoshi K, Morimura Y. **Neuropsychiatric disorders**. Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. Nishinomiya, Hyogo, Japan: Springer; 2010.
6. Melo LF, Da-silva, SL. Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol*. 2012; 52(2):181-188.
7. Maneeton B, Maneeton N, Louthrenoo W. Cognitive Deficit in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2010 Mar; 28(1):77-83.
8. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren S. Emotional status in Systemic Lupus Erythematosus. *Scand J Rheumatol*. 1998; 27(6):410-414.
9. Segui J, Ramos-casals, M, Garcia-carrasco M, de Flores T, Cervera R, Valdés 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.
10. Porto JAD. Depressão: conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):6-11.
11. Maneeton B, Maneeton N, Louthrenoo W. Prevalence and predictors of depression in

- patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. **Neuropsychiatr Dis Treat.** 2013; 9:799-804.
12. Guzman J, CardielMH, Arce-salinas A, Sanchez-guerrero J, Alarcon-segoviaD. Measurement of disease activity in systemic lupus erythematosus. Prospective validation of 3 clinical indices. **J Rheumatol.** 1992; 19(10):1551-1558.
13. Khanna S, Pal H, Pandey RM, Handa R. The relationship between disease activity and quality of life in systemic lupus erythematosus. **Rheumatology (Oxford).** 2004; 43(12):1536-1540.
14. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.** 1975; 12(3):189-198.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry.** 1961; 4:561-571.
16. Oliveira PM. **Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico** [Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2006.
17. Karimifar M, Sharifi I, Shafiey K. Anti-ribosomal P antibodies related to depression in early clinical course of systemic lupus erythematosus. **J Res Med Sci.** 2013; 18(10):860-864.
18. Conde SRSS, Marçal AI, Tavares GF, Souza HCB, Vasconcelos VC. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico em uma população da Amazônia Oriental. **Rev Para Med.** 2009; 23(2).
19. Reis MG, Costa IP. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Rev Bras Reumatol.** 2010; 50(4):408-422.
20. Braga J, Campar A. Biological causes of depression in Systemic Lupus Erythematosus. **Acta Reumatol Port.** 2014; 39(3):218-226.
21. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. **Can J Psychiatry.** 2004; 49(2):124-138.
22. Meszaros ZS, Perl A, Faraone SV. Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: a systematic review. **J Clin Psychiatry.** 2012 Jul; 73(7):993-1001.
23. León T, Henríquez C, Calderón J, Massardo L. Actualización en lupus neuro-psiquiátrico con énfasis en déficit cognitivo. **Rev Med Chile.** 2012; 140(10):1333-1341.
24. Sato EI. **Manifestações psiquiátricas da corticoterapia: psiquiatria na prática médica.** São Paulo: Departamento de Psiquiatria - Unifesp/EPM, 2004. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu4_01.htm>. Acesso em: 30/07/2015>.
25. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. **J Affect Disord.** 1983 Nov; 5(4):319-332.
26. Nishimura K, Omori M, Katsumata Y, Sato E, Gono T, Kawaguchi Y, et al. Neurocognitive Impairment in Corticosteroid-naive Patients with Active Systemic Lupus Erythematosus: A

Prospective Study. **J Rheumatol.** 2015; 42(3):441-448.

27. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren SI. Neuropsychological function in Systemic Lupus Erythematosus: a five-year longitudinal study. **Rheumatology.** 2002; 41:411-415.

28. Mclaurin EY, Holliday SL, Williams P, Brey RL. Predictors of cognitive dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus. **Neurology.** 2005; 64(2):297-303.