

DOI: https://doi.org/10.26694/jcs_hu-ufpi.25950290.2.3.11542

RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS AUTOIMUNES E SUA RELAÇÃO COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE*

RESILIENCE IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES AND ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION AND ANXIETY

Bruna Rufino Leão¹, Ângelo Samuelson Gomes Silva², Jean Moura Lima Noieto², Gabriele Meireles Linhares de Araújo², Maria do Socorro Teixeira Moreira Almeida², Eduardo de Almeida Macedo³

¹ Médica residente, Universidade Federal do Piauí, Teresina – Piauí – Brasil, email: bruna.rufino@hotmail.com

² Médico, Universidade Federal do Piauí, Teresina – Piauí – Brasil, email: angelosamuelson@hotmail.com

² Médico, Universidade Federal do Piauí, Teresina – Piauí – Brasil, email: jeannoieto@gmail.com

² Médica, Universidade Federal do Piauí, Teresina – Piauí – Brasil, email: gabymlinhares@gmail.com

³ Orientadora da pesquisa, médica, doutorado em Ciência Médicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina – Piauí – Brasil, email: smoreira@ufpi.edu.br

⁴ Coorientador da pesquisa, médico, doutorado em Clínica Médica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo – Brasil, email : almeidamacedo@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: Resiliência é um termo originalmente empregado na Física que, posteriormente, passou a ser utilizado também pela Psicologia para descrever a capacidade do indivíduo de recuperar, no contexto de saúde mental, sua própria homeostase e evitar o desenvolvimento de um resultado psicopatológico após exposição aguda ou crônica ao estresse. Um indivíduo com alta resiliência tem, portanto, maior capacidade de manejar suas dores e problemas e, conseqüentemente, adotar uma postura positiva diante, por exemplo, do diagnóstico de doenças crônicas, como as doenças reumáticas autoimunes. **OBJETIVO:** Avaliar o grau de resiliência de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistemico (LES) Artrite Reumatóide (AR) e Esclerose Sistêmica (ES) acompanhados no ambulatório especializado de um hospital universitário, buscando identificar os possíveis fatores associados à baixa resiliência e investigar a relação desta com depressão e ansiedade. **MÉTODOS:** Estudo observacional transversal e descritivo, utilizando-se de questionários de resiliência (Escala de Resiliência de Wagnild & Young), ansiedade e depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS) em pacientes acompanhados no ambulatório especializado de reumatologia. **RESULTADOS:** Foram incluídos neste estudo 44 pacientes (23 com LES, 17 com AR, 4 com ES). Destes, 27,3% tinham grau de resiliência baixo e a prevalência de depressão foi 16,25 maior nestes pacientes do que aqueles com grau moderado e 13,75 vezes maior comparado aos de grau elevado. Também apresentaram prevalência 9,78 vezes maior de distúrbios de ansiedade do que pacientes com grau moderado, e 16,50 vezes maior do que pacientes com grau elevado de resiliência. **CONCLUSÃO:** Pacientes com doenças reumáticas autoimunes, como LES, AR e ES, apresentaram neste estudo

considerável prevalência de baixa resiliência, tendo sido evidenciada também bene entre o grau de resiliência e a presença de ansiedade e de depressão.

DESCRITORES: Resiliência. Ansiedade. Depressão. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Artrite Reumatoide. Esclerose Sistêmica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Resilience is a term originally used in physics which, later, was also used by psychology to describe the individual's ability to recover, in the context of mental health, his own homeostasis and to avoid the development of a psychopathological result after acute exposure or chronic stress. An individual with high resilience is therefore better able to handle his or her pain and problems and, consequently, to adopt a positive posture when facing, for example, the diagnosis of chronic diseases, such as autoimmune rheumatic diseases. **OBJECTIVE:** To evaluate the resilience of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and rheumatoid arthritis (RA) and systemic sclerosis (SSc) followed at a specialized outpatient clinic of a university hospital, seeking to identify the possible factors associated with low resilience and to investigate its relationship with depression and anxiety. **METHODS:** Cross-sectional and descriptive observational study using resilience (Wagnild & Young Resilience Scale), anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) questionnaires in patients followed at a specialized rheumatology outpatient clinic. **RESULTS:** We included 44 patients (23 with SLE, 17 with RA, 4 with SS). Of these, 27.3% had low resilience and the prevalence of depression was 16.25 higher in these patients than those with moderate and 13.75 times higher compared to those with high degree. They also had 9.78 times higher prevalence of anxiety disorders than patients with moderate degree, and 16.50 times higher than patients with high degree of resilience. **CONCLUSION:** Patients with autoimmune rheumatic diseases, such as SLE, RA and ES, presented a considerable prevalence of low resilience in this study, and a correlation between the degree of resilience and the presence of anxiety and depression was also found. **Keywords:** Resilience. Anxiety. Depression. Systemic Lupus Erythematosus. Rheumatoid Arthritis. Systemic Scleroderma.

* Produto final resultante do Trabalho de Conclusão de Curso de Residência em Clínica Médica.

Como citar este artigo (Vancouver):

Leão BR, Almeida MSTM, Macedo EA. Resiliência em pacientes com doenças reumáticas autoimunes e sua relação com depressão e ansiedade. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2019 [acesso em: dia mês abreviado ano];2(3):9-19. Disponível em: DOI:



INTRODUÇÃO

A ocorrência de múltiplas comorbidades ao longo da evolução de doenças reumatológicas autoimunes, como Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Artrite Reumatoide (AR) e Esclerose Sistêmica (ES), é bastante frequente e impõe importantes desafios para o adequado manejo dos pacientes por elas acometidos. Tais complicações podem ocorrer como consequência tanto da doença autoimune em si e das limitações físicas impostas por ela, quanto de complicações do tratamento a longo prazo com imunossupressores e corticosteroides. O crescente aumento na frequência dessas comorbidades tem grande impacto não só no sistema de saúde, mas especialmente na qualidade de vida e mortalidade desses pacientes. Entre as principais doenças que coexistem com as patologias reumatológicas autoimunes, podem ser citadas infecções, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, osteoporose, tumores sólidos, ansiedade e depressão⁽¹⁾.

Diante do diagnóstico de uma doença autoimune crônica e de possíveis comorbidades associadas, é necessário aos pacientes persistência e motivação para aderir ao tratamento proposto e continuar o acompanhamento médico, visto que este, em geral, será necessário por tempo indefinido. Nesse sentido, tem ganhado importância o conceito de resiliência, termo originalmente descrito na Física e, atualmente, estudado pela Psicologia e aplicado à saúde mental. Resiliência consiste na capacidade do indivíduo de recuperar sua própria homeostase e evitar o desenvolvimento de um resultado psicopatológico após exposição aguda ou crônica ao estresse^(2,3).

Um indivíduo com alta resiliência tem, portanto, maior capacidade de manejar suas dores e problemas e, conseqüentemente, adotar uma postura mais positiva diante do diagnóstico de uma doença crônica⁽⁴⁾. Assim, é uma característica desejável, tendo em vista o papel determinante nas conseqüências da doença a curto e longo prazo, já que um indivíduo com alta resiliência é menos vulnerável aos efeitos deletérios da mesma⁽⁵⁾.

De forma objetiva, o grau de resiliência pode ser avaliado por diversas escalas e questionários, como a Escala de Resiliência de Wagnild & Young, The Brief Resilience Scale, The Resilience Scale for Adults, The Vonnor-Davidson Resilience Scale, entre outras^(6,7). No contexto das doenças reumatológicas autoimunes, um estudo realizado em 188 pacientes evidenciou níveis médios a baixos de resiliência em 78,4% daqueles com Artrite Reumatoide e 87,1% daqueles com Lúpus Eritematoso Sistêmico, utilizando a Brief Resilience Scale⁽⁸⁾.

A ocorrência de comorbidades psiquiátricas, sobretudo transtornos do humor e de ansiedade, no contexto de doenças reumatológicas autoimunes, como LES e AR, encontra-se bem documentada na literatura. São descritas, por exemplo, prevalências de depressão e ansiedade de 2 – 91,7% e 4 – 85% no LES e de 34,2% e 38,5% na AR, respectivamente. Tais distúrbios psiquiátricos têm sido implicados, nestes pacientes, em maior risco de desfechos negativos, como incapacidade laboral, baixa adesão ao tratamento, pior qualidade de vida e maior mortalidade^(9,10).

Para melhor avaliação destes distúrbios, há várias ferramentas, que permitem identificar e quantificar sintomas depressivos e de ansiedade. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) é uma das escalas mais utilizadas nos estudos⁽¹¹⁾.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de resiliência de pacientes com doenças reumáticas autoimunes (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatoide e Esclerose Sistêmica) acompanhadas em ambulatório especializado, buscando identificar os possíveis fatores associados à baixa resiliência e investigar a relação desta com depressão e ansiedade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal e descritivo. Foram estudados pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU-UFPI, com o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatoide e Esclerose Sistêmica,

mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente.

O universo da pesquisa foi composto por todos os pacientes com diagnóstico de Lúpus eritematoso sistêmico, Artrite reumatoide e Esclerose sistêmica que realizam acompanhamento no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário do Piauí.

A amostra foi constituída por pacientes que estiveram em acompanhamento no ambulatório de reumatologia do HU-UFPI no período de julho e agosto de 2019, que aceitaram participar da pesquisa e atenderam os critérios de elegibilidade. O tipo de amostragem foi não probabilístico com seleção das participantes por conveniência.

Para inclusão no estudo, foram obedecidos os seguintes critérios: diagnóstico de LES, AR ou ES segundo critérios classificatórios do Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology – ACR) e/ou da Liga Europeia contra as Doenças Reumáticas (The European League Against Rheumatism - EULAR); idade maior ou igual à 18 anos.

Para exclusão do estudo, foram usados os seguintes critérios: diagnóstico estabelecido de doença psiquiátrica ou neurológica que tenha iniciado antes das manifestações da doença reumatológica; sobreposição de patologias reumatológicas.

Os pacientes foram abordados no ambulatório de Reumatologia do HU-UFPI, sendo primeiramente questionados acerca do interesse em participar da pesquisa e após entregue e explicado o TCLE. Ao concordar em participar da pesquisa, foram aplicados pelo pesquisador o questionário sociodemográfico, a Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993) e a escala HADS, todos com validação no Brasil⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993) é formada por 25 itens, com escala tipo Likert, variando entre 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Soma-se as pontuações de todos os itens, que pode variar de 25 (mínima resiliência) a 175 (máxima resiliência). De acordo com os autores da escala, índices acima de 145 pontos demonstram

elevada resiliência; de 125 a 145, moderada resiliência; e pontuações menores que 125, baixa resiliência⁽⁷⁾.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) a princípio foi desenvolvida para uso em ambiente hospitalar, porém este questionário foi validado e tem sido amplamente utilizado também em pacientes ambulatoriais⁽¹¹⁾, com boa correlação diagnóstica com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁽¹⁴⁾. É composta por 14 itens, que se dividem em duas sub escalas: HADS – Depressão (HADS – D) e HADS – Ansiedade (HADS – A), sendo que cada uma tem 7 itens com pontuações totais que vão de 0 a 21 pontos. Em cada subescala, pontuações acima de 8 indicam a presença da condição analisada, seja ansiedade, seja depressão, podendo ser possível a coexistência de ambas. Um diferencial da escala HADS é que não são inclusas manifestações somáticas, apenas os sintomas psíquicos, o que diminui fatores confundidores advindos de possíveis doenças orgânicas.

Foi realizada também pelo pesquisador uma avaliação quanto ao grau de atividade da doença autoimune, de acordo com ferramentas amplamente aceitas para este fim. Para avaliação do LES, foi utilizado o Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) e, para AR, o Disease Activity Score 28 (DAS28)⁽¹⁵⁾. O mesmo não ocorreu com a Esclerose Sistêmica, por não haver índice de atividade de doença atualmente validado para nosso país. O índice SLEDAI define atividade da doença da seguinte forma: LES inativo – escore total 0; Atividade leve – escore total 1 a 5; Atividade moderada – escore total 6 a 10; Atividade alta – escore total 11 a 19; Atividade muito alta – escore total 20 ou mais⁽¹⁶⁾. O índice DAS28 classifica atividade da AR como: DAS28 < 2.6 – remissão da doença; ≥ 2.6 e ≤ 3.2 – baixa atividade de doença; > 3.2 e ≤ 5.1 – moderada atividade de doença e > 5.1 – alta atividade de doença⁽¹⁷⁾.

O período de coleta de dados foi em julho e agosto de 2019. Os dados foram submetidos a processo de digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e posteriormente exportados e analisados no software R versão 3.5.1⁽¹⁸⁾.

O perfil sociodemográfico e características da doença foram caracterizados por meio de frequências absolutas e relativas percentuais, assim como por meio das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana. Na análise bivariada, as associações entre as variáveis do perfil sociodemográfico e o grau de resiliência foram verificadas por meio do teste da estatística escore médio, enquanto a associação entre o grau de resiliência e a presença de ansiedade e de depressão foram feitas pela estatística da correlação — Ambos os métodos se baseiam na distribuição Qui-quadrado para obtenção do valor-p associado. O teste para comparações múltiplas utilizado após o teste do escore médio, para detectar os pares de grupos diferentes, foi com ajuste de Bonferroni. As razões de chances foram calculadas com intervalos de confiança de 95%, para determinar a magnitude do efeito do grau de resiliência na presença de depressão e de ansiedade. Para todas as análises será adotado o nível de significância de 5% e as hipóteses testadas foram todas bilaterais.

Este projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, sob parecer nº 3.374.629/2019 pacientes abordados somente participaram da pesquisa se concordassem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram estudados 44 pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HUUFPI, 23 com o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, 17 com Artrite Reumatoide e 4 Esclerose Sistêmica. Em relação ao perfil sociodemográfico (Tabela 1) dos pacientes em questão, mais de 85% eram do sexo feminino, 75% eram pardos, o estado civil de 50% dos pacientes era casado e de 31,8% era solteiro, 70,5% tinha renda de até 1 salário mínimo e 18,2% apresentava renda entre 1 e 2 salários mínimos, 27,3% eram desempregados, 6,8% etilistas, 4,6% tabagistas, 36,4% praticavam atividades físicas, sendo que 20,5% praticavam com uma frequência de 1 a 4 vezes por semana e 15,9% pelo menos 5 vezes na semana. No que se refere ao grau de escolarização, os pacientes tiveram média de $8,4 \pm 4,93$ anos de estudo variando de 0 a 18 anos, sendo que 50% tinham até 9,5 anos de estudo.

O tempo médio da doença foi de $7,5 \pm 7,63$ anos, variando de 3 meses a 35 anos, sendo que 50% dos pacientes tinham até 5,5 anos de doença. O tempo médio de uso de corticoides foi de $4,3 \pm 6,19$ anos, variando de 3 meses a 35 anos, sendo que 50% dos pacientes tinham até 2 anos de uso. Quanto à dose, 84,1% uma dose de corticoide menor ou igual a 10 miligramas(mg) e 15,9% usava doses maiores que 10mg por dia. Referente ao diagnóstico, 52,3% tinham diagnóstico de LES, 38,6% de Artrite reumatoide e 9,1% de esclerose sistêmica)

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com doenças reumáticas autoimunes segundo o perfil sociodemográfico, Teresina/PI, 2019.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Sexo		
Masculino	6	13,6
Feminino	38	86,4
Cor		
Branco	6	13,6
Pardo	33	75,0

Continua

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com doenças reumáticas autoimunes segundo o perfil sociodemográfico, Teresina/PI, 2019 (continuação).

Negro	5	11,4
Estado civil		
Solteiro	14	31,8
Casado	22	50,0
Viúvo	4	9,1
Divorciado	4	9,1
Renda		
Até 1 salário mínimo	31	70,4
Entre 1 e 2 salários mínimos	8	18,2
Entre 2 e 3 salários mínimos	5	11,4
Desempregado		
Sim	12	27,3
Não	32	72,7
Etilista		
Sim	3	6,8
Não	41	93,2
Tabagista		
Sim	2	4,6
Não	42	95,4
Pratica atividade física		
Sim	16	36,4
Não	28	63,6
Frequência da atividade física (semanal)		
Nenhuma vez	28	63,6
De 1 a 4 vezes	9	20,5
5 ou mais vezes	7	15,9
Dose de Prednisona		
≤ 10 mg/dia	37	84,1
> 10 mg/dia	7	15,9
Diagnóstico		
Lúpus eritematoso sistêmico	23	52,3
Artrite reumatoide	17	38,6
Esclerose sistêmica	4	9,1

Quanto ao grau de atividade da doença, 26,1% dos pacientes com LES estavam com atividade alta e 4,3% com atividade muito alta, enquanto em 41,2% dos pacientes com AR apresentavam atividade alta. Como mencionado anteriormente, o grau de atividade não foi avaliado nos pacientes com ES pela ausência de ferramenta validade para este fim na população brasileira.

O grau de resiliência nos pacientes (Tabela 2) estava distribuído da seguinte forma: 27,3% tinham grau de resiliência baixo, 38,6% tinham grau moderado e 34,1% tinham grau alto. Quanto à presença de ansiedade e depressão, 40,9% tinham depressão e 59,1% apresentavam ansiedade. Neste estudo, 3 pacientes obtiveram diagnóstico de doença psiquiátrica e tratamento médico especializado após o início da

doença reumatológica. Este fator não apresentou impacto no grau de resiliência, nem correlação com nenhuma outra variável estudada, porém a análise é

limitada devido ao baixo número de pacientes nesta situação específica.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes com doenças reumáticas autoimunes segundo o grau de resiliência, presença de ansiedade e depressão. Teresina/PI, 2019.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Grau de resiliência		
Baixo	12	27,3
Moderada	17	38,6
Elevada	15	34,1
Presença de depressão		
Sim	18	40,9
Não	26	59,1
Presença de ansiedade		
Sim	26	59,1
Não	18	40,9

Pela Tabela 3, observa-se que houve associação entre o grau de resiliência e a cor dos pacientes (valor-p = 0,021), e essa diferença no grau de resiliência se deu entre os pacientes brancos e negros (valor-p = 0,009).

Nenhum outro fator sociodemográfico apresentou correlação.

Tabela 3 – Grau de resiliência de pacientes com doenças reumáticas autoimunes segundo variáveis sociodemográficas, Teresina/PI, 2019.

Variável	Grau de Resiliência			Valor-p
	Baixo	Moderado	Elevado	
Sexo				
Masculino	2	2	3	0,820 ¹
Feminino	10	15	13	
Cor				
Branco	0	1	5	0,021 ¹
Pardo	10	13	10	
Negro	2	3	0	
Estado civil				

Tabela 3 – Grau de resiliência de pacientes com doenças reumáticas autoimunes segundo variáveis sociodemográficas. Teresina/PI. 2019 (continuação).

Solteiro	4	8	2	0,690 ¹
Casado	4	7	11	
Viúvo	2	1	1	
Divorciado	2	1	1	
Renda				
Até 1 salário mínimo	5	6	2	0,104 ¹
Acima de 1 salário mínimo	7	11	13	
Desempregado				
Sim	8	14	10	0,938 ¹
Não	4	3	5	
Elitista				
Sim	0	1	2	0,174 ¹
Não	12	16	13	
Tabagista				
Sim	0	1	1	0,428 ¹
Não	12	16	14	
Pratica atividade física				
Sim	4	6	6	0,718 ¹
Não	8	11	9	
Frequência da atividade física (semanal)				
Nenhuma vez	8	11	9	0,934 ¹
De 1 a 4 vezes	2	4	3	
5 ou mais vezes	2	2	3	

¹Estatística escore médio.

Na tabela 4, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa no grau de resiliência segundo o diagnóstico dos pacientes (valor-p = 0,089).

Sendo a mesma distribuída de forma objetiva demonstrando o grau na resiliência segundo o diagnóstico de doença reumática autoimune.

Tabela 4 – Grau na resiliência segundo o diagnóstico de doença reumática autoimune. Teresina/PI, 2019.

Diagnóstico	n	Mediana	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p
LES	23	143	138,2	21,14	73	169	0,089 ⁶
Artrite reumática	17	128	124	22,89	83	158	
Esclerose sistêmica	4	142	141,8	5,85	135	148	
Total	44	138	133	21,90	73	169	

⁶Teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 5, observa-se o grau de resiliência segundo a presença de depressão nos pacientes. Observa-se que houve associação estatisticamente significativa entre o grau de resiliência e a presença de depressão (valor-p = 0,005). Pacientes com grau de resiliência baixo tiveram prevalência 16,25 IC95%(2,46; 107,24) vezes maior de depressão do que pacientes com grau moderado, e 13,75 IC95%(2,05; 92,04) vezes maior do que pacientes com grau elevado. Observa-se também na tabela 4 o

grau de resiliência de acordo com a presença ou não de ansiedade nos pacientes. Nota-se que, há associação estatisticamente significativa entre o grau de resiliência e a presença de ansiedade (valor-p = 0,009). Pacientes com grau de resiliência baixo tiveram prevalência de ansiedade 9,78 IC95%(1,02; 93,50) vezes maior do que aqueles com grau moderado, e 16,50 IC95%(1,67; 163,42) vezes maior do que pacientes com grau elevado.

Tabela 5 - Grau de resiliência segundo a presença de depressão e ansiedade, Teresina/PI, 2019.

Grau de Resiliência	Presença de Ansiedade			Valor - p	Presença de Depressão			Valor - p
	Sim (%)	Não (%)	Total		Sim (%)	Não (%)	Total	
Baixo	11 (91,7)	1 (8,3)	12	0,009	10 (83,3)	2 (16,7)	12	0,005 ²
Moderado	9 (52,9)	8 (47,1)	17		4 (23,5)	13 (76,5)	17	
Elevado	6 (40,0)	9 (60,0)	15		4 (23,5)	11 (73,3)	15	
Total	26	18	44	-	18	26	44	-

Pela tabela 6, verifica-se que não há associações estatisticamente significantes entre o grau de resiliência

e atividade da doença, uso de corticoides (prednisona), dose de corticoides, tempo de diagnóstico.

Tabela 6 – Grau de resiliência segundo atividade da doença, uso de corticoides e dose de corticoide utilizada. Teresina/PI, 2019.

Variável	Grau de Resiliência		Total	P-Valor
	Baixo	Moderado/Elevado		
Atividade da doença				
Remissão/leve	2 (14,3)	12 (85,7)	14	0,157 ³
Moderada/alta/muito alta	10 (38,5)	16 (61,5)	26	
Uso de corticoides				
Sim	4 (28,6)	10 (71,4)	14	1,000 ³
Não	8 (26,7)	22 (73,3)	30	
Dose de Prednisona				
> 10 mcg/dl	1 (14,3)	6 (85,7)	7	0,653 ³
<= 10 mcg/dl	11 (29,7)	26 (70,3)	37	
Tempo de diagnóstico				
	7,8 ± 8,21 ^M	6,8 ± 6,08 ^M	-	0,864 ⁵
	5,5 ± 8 ^D	6,0 ± 6,79 ^D	-	

³Teste exato de Fisher; Teste de Mann-Whitney; média ± desvio padrão; mediana ± desvio interquartilico.

DSICUSÃO

Grau de resiliência baixo foi encontrado em 27,3% dos pacientes estudados. Em um estudo transversal analítico, Rojas et al. (2018, p. 715) encontrou prevalências de baixa resiliência de 15,7 – 28,6% em um grupo de 188 pacientes com doenças reumáticas autoimunes, incluindo LES, AR, ES e Síndrome de Sjogren (SS)⁽⁸⁾. Faria et al. (2014, p. 1) encontrou baixa resiliência em 27,5% dos 40 pacientes brasileiros com LES em seu estudo transversal⁽¹⁹⁾.

Portanto, a prevalência de baixa resiliência em pacientes com doenças reumáticas autoimunes evidenciada no presente estudo mostrou-se semelhante à descrita por outros trabalhos, corroborando a percepção de que um percentual significativo (quase um terço) dos pacientes com doenças como LES, AR e ES estão vulneráveis ao impacto negativo desse fator na sua evolução clínica. Baixa resiliência está associada à maior risco de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão, insônia⁽²⁰⁻²²⁾; desfechos psicopatológicos negativos, como menor capacidade de resolução de problemas, reduzida autoconfiança, menos qualidade de vida, menor sensação de bem-estar^(23,24) e até mesmo má adaptação de respostas neurobiológicas ao estresse^(25,26). Possíveis causas para a prevalência considerável de baixa resiliência em doenças reumáticas autoimunes seriam a presença de dores crônicas, alterações físicas e deformidades consequentes da doença ou da terapêutica (fator que tem forte influência na autoestima), necessidade de uso contínuo de medicamentos e assistência médico-hospitalar e os custos financeiros decorrentes disto, limitações laborais, queda da qualidade de vida global.

Dentre os fatores sociodemográficos estudados, apenas a cor dos pacientes apresentou associação com o grau de resiliência, sendo que os pacientes brancos obtiveram maior resiliência quando comparados com os negros. No Brasil, há persistência nas desigualdades sociais entre brancos e negros, no que se refere à renda, escolaridade, inclusão no mercado de trabalho, acesso

ao ensino superior, taxas de homicídio⁽²⁷⁾, podendo nesses dados encontrarmos explicação para a associação encontrada.

Merece destaque o fato de não ter sido evidenciada associação entre renda e resiliência, apesar de tal associação ser relativamente frequente na literatura⁽⁸⁾. No presente estudo, a ausência dessa correlação pode se dever ao fato de que todos os participantes se enquadraram em baixa renda, variando entre 1 e 2 salários mínimos de renda mensal, característica frequente entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Na população geral, estudos têm demonstrado que idosos têm mais altos graus de resiliência comparado com os jovens, especialmente nas áreas de equilíbrio emocional e resolução de problemas, provavelmente devido às maiores experiências com adversidades⁽²⁸⁾. No nosso estudo não houve associação entre idade e grau de resiliência, provavelmente por pouca variabilidade na idade do grupo entrevistado, com mediana de 49 anos, não havendo amostra significativa de jovens (idade igual ou abaixo de 29 anos) ou idosos (idade igual ou acima de 60 anos) para comparação. Os demais aspectos sociodemográficos (sexo, estado civil, desemprego) e aspectos comportamentais (etilismo, tabagismo, atividade física) não apresentaram associação. A diversidade das populações na literatura comparada tem como consequência diferentes resultados, apresentando desde estudos que encontram fatores pontuais, como renda, a estudos que não encontram nenhum fator sociodemográfico associado à resiliência⁽²⁹⁾.

Comparando-se os graus de resiliência nas doenças reumáticas autoimunes com outras doenças crônicas, encontramos dados semelhantes. Um estudo transversal avaliou 195 pacientes HIV positivos encontrando baixa resiliência em 37,4%⁽³⁰⁾ e Yi et al. (2018, p. 311-325) realizou um estudo longitudinal com 111 pacientes diabéticos, os quais 30,63% apresentaram baixa resiliência⁽³¹⁾, ambos os estudos apresentando portanto prevalências equiparáveis ao encontrado no grupo estudado. A comparação da resiliência entre diferentes doenças crônicas é de difícil análise, considerando os diversos mecanismos

fisiopatológicos, diferentes implicações socioeconômicas e mudanças na qualidade de vida inerentes a cada entidade nosológica, mas aparentemente tendem a apresentar o mesmo impacto na resiliência dos seus portadores. Assim, de maneira geral, é possível hipotetizar que a ocorrência de baixa resiliência esteja mais relacionada ao processo de adoecimento crônico em si, independentemente da doença em questão, que com características específicas de cada patologia.

No que se refere às características das doenças estudadas, não houve relação entre diagnóstico (LES, AR ou ES), tempo de diagnóstico, atividade de doença, uso e dose de prednisona com grau de resiliência. A ausência de associação entre atividade de doença e tempo de diagnóstico com o grau de resiliência também foi encontrada em outros estudos de LES e AR^(19,29,32). Por outro lado, fatores como a desistência da atividade laboral devido à doença, má compreensão sobre a sua doença, dificuldade em seguir o tratamento proposto foram relacionados à baixa resiliência^(3,19,30), além de sintomas depressivos e ansiosos. Desse modo, a resiliência aparenta estar mais relacionada ao perfil psicológico do paciente e seus mecanismos de enfrentamento do processo de adoecer do que às manifestações clínicas e atividade da doença, fortalecendo a necessidade de intervenções que a potencializem nos pacientes.

Alto grau de resiliência tem sido associada com aspectos importantes no manejo de doenças crônicas, como autocuidado⁽²⁾, adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾, percepção da dor, adesão a atividades físicas e até mesmo em exames laboratoriais como hemoglobina glicada em diabéticos e contagem de linfócitos TCD4 em portadores do vírus HIV^(31,33). Um estudo sobre osteoartrite demonstrou que resiliência era mais importante na previsão da dor e função física dos pacientes que a gravidade da doença propriamente dita⁽³⁴⁾. Devido aos constantes novos achados demonstrando melhora dos desfechos nos aspectos supracitados quando o paciente tem alto grau de resiliência, se torna cada vez mais relevante o estudo dos fatores que a influenciam, para individualizar o tratamento de cada paciente portador de doenças

crônicas e potencializar aspectos que impactarão positivamente a convivência com as implicações da doença e do tratamento.

Em relação à presença de ansiedade e depressão, 40,9% da amostra estudada tinham depressão e 59,1% apresentavam ansiedade. Prevalências elevadas de ansiedade e depressão são achados bem documentados em doenças reumatológicas crônicas como LES e AR^(9,10). Um grande fator que contribui para este fato é a dor crônica. Faria et al. (2014, p. 1) em seu estudo com 40 pacientes com LES, 87,5% relataram que desistiram de alguma atividade, seja laboral ou de lazer, devido ao LES, sendo dor o principal motivo⁽¹⁹⁾. Bauer et al. (2016, p. 12531265), em seu estudo transversal com 724 idosos, encontrou prevalência de sintomas depressivos em 15,1% de pacientes com dor local crônica e 40,1% em pacientes com dor generalizada crônica, comparado com 7,3% em pacientes sem dor⁽³⁵⁾. Neste mesmo estudo, os escores de resiliência foram mais baixos nos pacientes com dores generalizadas. Além da dor, outros fatores como fadiga crônica, autoestima prejudicada, redução da independência, limitações físicas e sociais, preocupações com o futuro são contribuintes para a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com AR e LES⁽³⁶⁾.

Houve associação estatisticamente significativa entre o grau de resiliência e a presença de depressão (valor-p = 0,005) e ansiedade (valor-p=0009). Pacientes com grau de resiliência baixo tiveram maiores prevalências de ansiedade e depressão comparativamente aqueles com grau de resiliência moderado e alto. GárciaCarrasco et al (2019, p. 39–42) comparou 123 mulheres com LES e 132 mulheres saudáveis, encontrando uma correlação negativa entre depressão e o grau de resiliência nas pacientes com LES, sem encontrar a mesma correlação no grupo controle⁽²⁹⁾. Faria et al. (2014, p. 1) encontrou a mesma correlação entre baixa resiliência e depressão em pacientes com LES⁽¹⁹⁾. Referente a outras doenças crônicas, Toukhsati et al (2017, p.64-69) investigou em 419 pacientes com cardiopatia se haveria relação entre baixa resiliência e depressão, encontrando forte associação⁽³⁷⁾ e um estudo em pacientes com esclerose múltipla também demonstrou associação entre baixo grau de resiliência e presença de ansiedade e

depressão⁽³⁸⁾. Tal associação contribui com a compreensão do impacto que a resiliência tem na saúde mental dos pacientes estudados. Por se tratar de estudo transversal, não é possível estabelecer relação causal, no entanto tal achado sinaliza a necessidade de intervenções psicoterapêuticas para melhores desfechos globais nesses pacientes. O médico assistente deve desempenhar importante papel nessa conscientização e educação em saúde, sendo ativo na busca de indícios de patologias psiquiátricas devido a compreensão de que o adequado manejo dessas comorbidades apresenta influência na resiliência e no desfecho global das doenças reumatológicas.

O presente estudo apresenta uma série de limitações. Por ser um estudo transversal, não estabelece relações causa-efeito, apenas associações, dificultando, portanto, o alvo principal de futuras intervenções. Não apresenta grupo controle de pessoas saudáveis para averiguar se as associações encontradas também se replicam na população saudável ou apenas nos pacientes com doenças reumatológicas aqui estudados. Além disso, o tipo de amostragem foi não probabilístico com seleção das participantes por conveniência, devido à impossibilidade de ter dados precisos sobre o universo da pesquisa.

CONCLUSÃO

No grupo estudado, pacientes com doenças reumatológicas apresentaram alta prevalência de baixa resiliência. A baixa resiliência está associada à presença de ansiedade e de depressão nestes pacientes.

Houve associação entre o grau de resiliência e a cor dos pacientes e essa diferença no grau de resiliência se deu entre os pacientes brancos e negros. As variáveis idade, sexo, estado civil, renda, atividade física, etilismo, tabagismo, diagnóstico e tempo de diagnóstico, atividade de doença, dose atual e tempo de uso de prednisona não apresentaram associação com grau de resiliência no presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Radner H. Multimorbidity in rheumatic conditions. *Wien Klin Wochenschr.* 2016;128(21–22):786–90.
2. Stewart DE, Yuen T. A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics.* 2011;52(3):199–209. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036>
3. Tosevski DL, Milovancevic MP. Stressful life events and physical health. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19(2):184–9.
4. Martinez JE, Bologna SCB, El-Kadre JMR, El-Kadre JMR. Há correlação entre o grau de resiliência e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida? *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba.* 2017;19(1):6–9. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/25579/pdf>
5. Smith BW, Zautra AJ. Vulnerability and Resilience in Women With Arthritis: Test of a Two-Factor Model. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(5):799–810.
6. Gurgel L, Plentz R, Joly M, Reppold C. Assessment of resilience in adults and the elderly : A review of instruments. *Estud Psicol.* 2013;30(4):487–96.
7. Wagnild GM, Young HM. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. 1993;1(2).
8. Rojas M, Rodriguez Y, Pacheco Y, Zapata E, Monsalve DM, Mantilla RD, et al. Resilience in women with autoimmune rheumatic diseases. *Jt Bone Spine.* 2018;85(6):715–20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.12.012>
9. Hanly JG. Diagnosis and management of neuropsychiatric SLE. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10(6):338–47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2014.15>

10. Jeltsch-David H, Muller S. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: Pathogenesis and biomarkers. *Nat Rev Neurol*. 2014;10(10):579–96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2014.148>
11. Zigmund AS, Snaith RP. “The Hospital Anxiety and Depression Scale”. *Heal Qual Life Outcomes*. 1983;1(6):10.
12. Macêdo E de A, Appenzeller S, Costallat LTL. Assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) performance for the diagnosis of anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2017;37(12):1999–2004.
13. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias J V., Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):436–48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200010&lng=pt&tlng=pt
14. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355–63.
15. Freire AME, Guimarães E, Maia I, Ciconelli RM. Systemic Lupus Erythematosus symptom checklist: cross-cultural adaptation to brazilian portuguese language and reliability evaluation. *Acta Reum Port*. 2007;32(4):341–4. Disponível em: http://www.jcsjournal.org/temp/JClinSci13129-3153133_084531.pdf
16. Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol* [Internet]. 2002 Feb 1;29(2):288 LP – 291. Disponível em: <http://www.jrheum.org/content/29/2/288.abstract>
17. Prevoo M, Vant Hof M, Kuper H, Leeuwen M, Putte L, Riel P. Modified disease activity scores that include twenty-eight joint counts. *Arthritis Rheum*. 1995;18(1):44–8.
18. Team RC. R : a language and environment for statistical computing. [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
19. Faria D, Revoredo L, Vilar M, et al. Resilience and Treatment Adhesion in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Open Rheumatol J*. 2014;1–8.
20. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Stress resilience and subsequent risk of type 2 diabetes in 1 . 5 million young men. *Diabetologia*. 2016;59:728–33.
21. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart*. 2016;102:541–7.
22. Palagini L, Moretto M, Novi M, Masci I, Caruso D, Drake C, et al. Lack of resilience is related to stress-related sleep reactivity, hyperarousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(5):759– 66.
23. Pinar S, Yildirim G, Sayin N. Investigating the psychological resilience , selfcon fi dence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse Educ Today* . 2018;64(January):144–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.014>
24. M TK, R WL, Bethany S, Mi KJ. Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Baylor Univ Med Cent Proc* [Internet]. 2019;32(4):520–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1625660>
25. Lü W, Wang Z, You X. Physiological responses to repeated stress in individuals with high and low trait resilience. *Biol Psychol*. 2016;120:46–52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.08.005>
26. Haase L, Stewart JL, Youssef B, May AC, Isakovic S, Simmons AN, et al. When the brain does not adequately feel the body : Links between low resilience and interoception. *Biol Psychol*. 2016;113:37–45.

27. Madeira Z, Daine D, Gomes DO. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. *Serviço Soc e Soc São Paulo*. 2018;133:463–79.
28. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(3):262–70.
29. García-carrasco M, Mendoza-pinto C, León-vázquez J, Méndez-martínez S, Munguía-realpozo P, Etchegaray-morales I, et al. Associations between resilience and sociodemographic factors and depressive symptoms in women with systemic lupus erythematosus. *J Psychosom Res*. 2019;122(July 2018):39–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.05.002>
30. McGowan JA, Brown J, Lampe FC, Lipman M, Smith C, Rodger A. Resilience and Physical and Mental Well Being in Adults with and Without HIV. *AIDS Behav*. 2018;22(5):1688–98.
31. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Br J Health Psychol*. 2008;13:311–25.
32. Liu L, Xu X, Xu N, Wang L. Disease activity , resilience and health- related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis : a multi-center , cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:1–10.
33. Frain MP, Berven NL, Chan F, Tschopp MK. Family Resiliency, Uncertainty, Optimism, and the Quality of Life of Individuals With HIV/AIDS. *Rehabil Couns Bull*. 2008;52(1):16–27.
34. Wright LJ, Zautra AJ, Going S. Adaptation to Early Knee Osteoarthritis: The Role of Risk, Resilience, and Disease Severity on Pain and Physical Functioning. *Ann Behav Med*. 2008;36(1):70–80.
35. Bauer H, Emeny RT, Baumert J, Ladwig K. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *Eur J Pain*. 2016;20:1253–65.
36. Sutanto B, Singh-grewal D, Mcneil HP, Neill SO, Craig JC, Jones J, et al. Experiences and Perspectives of Adults Living With Systemic Lupus Erythematosus : Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(11):1752–65.
37. Toukhsati SR, Jovanovic A, Dehghani S, Tran T, Tran A. Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(1):64–9.
38. Nakazawa K, Noda T, Ichikura K, Okamoto T. Resilience and depression / anxiety symptoms in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder. *Mult Scler Relat Disord*. 2018;25 (December 2017):309–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.08.023>

Fontes de financiamento: Não

Conflito de interesse: Não

Aceito: 06/03/2020

Publicação: 24/04/2020

Endereço para correspondência: Bruna Rufino Leão. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: bruna.rufino@hotmail.com