



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

ANA PAULA DA SILVA LESSA

**INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS NA ATIVIDADE
DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: ESTUDO COMPARATIVO DE PACIENTES
DO SERVIÇO PÚBLICO E DO SERVIÇO PRIVADO.
Período Outubro/07 a Dezembro/07.**

**Belém
2008**



ANA PAULA DA SILVA LESSA

**INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS NA ATIVIDADE
DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: ESTUDO COMPARATIVO DE PACIENTES
DO SERVIÇO PÚBLICO E DO SERVIÇO PRIVADO.**

Período Outubro/07 a Dezembro/07.

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do
grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.
Orientadora : Prof^a. Dr^a. Rosana Cruz.**

Belém
2008



ANA PAULA DA SILVA LESSA

**INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS NA ATIVIDADE
DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: ESTUDO COMPARATIVO DE PACIENTES
DO SERVIÇO PÚBLICO E DO SERVIÇO PRIVADO.**

Período Outubro/07 a Dezembro/07.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientadora

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ___ / ___ / ____

Conceito: _____

Ao meu amado filho
pois a cada sorriso seu
a energia necessária para eu nunca fraquejar

Ana Paula Lessa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por permitir e me auxiliar em mais esta realização em minha vida;

A Prof^ª Dr^ª. Rosana de Britto Cruz pela valiosa orientação, imprescindível na construção deste trabalho;

Ao Prof. Dr. Gilberto Yoshikawa pela realização da análise prévia, e assim contribuindo para este estudo;

Ao Prof. Dr. Ronaldo Carneiro por permitir a realização da pesquisa com seus pacientes no ambulatório da Santa Casa de Misericórdia do Pará;

A minha mãe, incansável, por sempre permitir que eu tivesse uma boa educação. E ao meu irmão pelo enorme amor;

Ao meu amado filho, meu “anjo” enviado por Deus, por me amar incondicionalmente mesmo tendo ficado ausente em momentos decisivos de seu desenvolvimento devido atividades acadêmicas. E ainda por ser minha força, minha razão para nunca desistir;

Ao meu amor-marido por ser meu companheiro e amigo, propiciando toda a segurança para continuar os estudos e realizar mais esta vitória;

Ao meu sogro e minha sogra pelo enorme auxílio nesta caminhada;

A Sr. Silvia Paixão, secretária do consultório particular onde foi realizada a pesquisa, pela atenção e ajuda na formação do banco de dados dos pacientes;

A Prof^ª Dr^ª Simone Conde pelos carinhosos comentários sobre a pesquisa;

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“Bom mesmo é
ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe e
vencer com ousadia,
pois o triunfo pertence a quem se atreve...
A vida é muito para ser insignificante”.

Charles Chaplin

RESUMO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória do tecido conjuntivo, que acomete múltiplos órgãos, permanecendo com etiologia desconhecida. Sabe-se que as discrepâncias no curso da doença e as conseqüências na população de pacientes com LES mostram-se multifatoriais. É reconhecido que os fatores emocionais influenciam na etiopatogenia da doença, no entanto, não podemos confirmar o quanto estes fatores geradores de estabilidade ou instabilidade emocional são responsáveis pela indução de atividade no LES, em especial no Brasil, onde as diversidades sociais são marcantes. Foram selecionados 73 pacientes, sendo 13 excluídos por não aceitarem participar do estudo, 30 eram acompanhados no ambulatório de reumatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, e 30 eram acompanhados em consultório particular especialista em reumatologia. Para todos os pacientes foi utilizado um protocolo socioeconômico e em seguida aplicado o SLEDAI. Dos 30 pacientes provenientes serviço público, foram encontrados 1 com psicose, 21 com síndrome cerebral orgânica, 3 com distúrbios visuais, 16 com cefaléia, 14 com vasculite, 11 com artrite, 15 com miosite, 2 com cilindros urinários, 3 com hematúria, 5 com proteinúria, 9 com piúria, 17 com rash cutâneo, 10 com alopecia, 1 com pleurite, 13 com consumo de complementos, 13 com positividade do FAN, 2 com trombocitopenia e 1 com leucopenia. Dentre os 30 pacientes do serviço privado, 9 apresentaram síndrome cerebral orgânica, 1 distúrbios visuais, 7 cefaléia, 12 vasculite, 12 artrite, 7 miosite, 3 cilindros urinários, 1 hematúria, 1 proteinúria, 16 rash cutâneo, 12 alopecia, 18 consumo de complemento, 30 com positividade do FAN e 2 com leucopenia. Constatou-se um predomínio de pacientes ameríndios, com uma maior atividade da doença, neste grupo étnico demonstrou-se grande diversidade da doença quando comparados fatores sociais e econômicos em pacientes lúpicos, através das variáveis grau de escolaridade, estado civil, proventos, imóvel próprio e atividade profissional gratificante, além de acesso a rede privada de saúde. Os pacientes do serviço público, sendo a maioria com condições socioeconômicas mais desfavoráveis, apresentaram maior atividade da doença através do SLEDAI. Por outro lado, os pacientes do serviço privado, com melhor suporte socioeconômico, manifestaram ausência ou menor atividade lúpica.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico, grupo étnico, variáveis socioeconômicas, SLEDAI.

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an inflammatory disease of the connective-tissue, that affects multiple organs and its etiology remains unknown. The discrepancies in the course of the illness and the consequences in the patients with LES are multifactorial. The influence of emotional factors is recognized in the aetiopathogenesis of the disease, however, it is not certain how important they are in order to induce the activity of SLE, specially in Brazil, where the social diversities are significant. The present study selected 73 patients, which 13 were excluded for not accepting to participate. The remaining 60 patients were separated: 30 were followed in the public clinic of rheumatology of the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará and 30 were followed in private medical office of rheumatology. They were all submitted to socioeconomic protocol and, after, it was applied the SLEDAI. From the 30 patients followed by public service, there was one patient with psychosis, 21 with organic cerebral syndrome, 3 with vision riots, 16 with chronic headache, 14 with vasculitis, 11 with arthritis, 15 with musculoskeletal disease, 2 with urine cylinders, 3 with hematuria, 5 with proteinuria, 9 with pyuria, 17 with rashes cutaneous, 10 with alopecia, 1 with pleuritis, 13 with consumption of complement system, 13 with positive anti-nuclear antibodies, 2 with thrombocytopaenia and 1 with leukopaenia. Amongst the 30 followed by private service, there 9 patients with organic cerebral syndrome, 1 with vision riots, 7 with chronic headache, 12 with vasculitis, 12 with arthritis, 7 with musculoskeletal disease, 3 with urine cylinders, 1 with hematuria, 1 with proteinuria, 16 with rashes cutaneous, 12 with alopecia, 18 with consumption of complement system, 30 with positive anti-nuclear antibodies and 2 with leukocoapenia. The predominance of amerindian patients was evidenced, presenting a bigger activity of disease. In this ethnic group, it was found a great diversity of the activity of the disease when social and economic factors were compared such as educational status, civil state, proper property, revenues, rewarding professional activity and access to the private net of health. The patients followed by the public service presented greater activity of the disease through the SLEDAI. On the other hand, the patients followed by the service revealed absence or minor activity of SLE.

Word-key: Systemic lupus erythematosus (SLE), ethnic group, social and economic factors, SLEDAI

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Fig. 1 - Distribuição dos pacientes excluídos e incluídos no estudo. pág. 26
- Fig. 2 - Distribuição do sexo no total da casuística do estudo. pág. 27
- Fig. 3 - Distribuição do sexo dos pacientes comparando os serviços público e privado. pág. 27
- Fig. 4 - Distribuição da faixa etária dos pacientes em todo o estudo. pág. 28
- Fig. 5 - Distribuição da faixa etária dos pacientes atendidos no serviço público. pág. 29
- Fig. 6 - Distribuição da faixa etária dos pacientes atendidos no serviço privado. pág. 29
- Fig. 7 - Distribuição da escolaridade comparando os serviços público e privado. pág. 31
- Fig. 8 - Distribuição dos grupos étnicos dos pacientes nos serviços público e privado. pág. 32
- Fig. 9 - Distribuição do grupo étnico comparando os serviços público e privado. pág. 32
- Fig.10 - Distribuição do período entre o início dos sintomas e o diagnóstico comparando os serviços público e privado. pág. 33
- Fig. 11 - Comparação da distribuição da estabilidade da relação afetiva dos pacientes do serviço público e privado. pág. 34
- Fig. 12 - Comparação da estabilidade financeira entre os pacientes do serviço público e privado. pág. 35
- Fig. 13 - Comparação entre o tipo de moradia dos pacientes lúpicos atendidos nos serviços público e privado. pág. 36
- Fig. 14 - Comparação da satisfação profissional relatada pelos pacientes lúpicos dos serviços público e privado. pág. 37
- Fig. 15 - Distribuição do vínculo empregatício entre todos os pacientes do estudo pág. 38
- Fig. 16 - Distribuição de sinais e sintomas do SNC encontrados nos pacientes de toda a casuística.pág. 39
- Fig. 17 - Distribuição de sinais e sintomas do SNC dos pacientes comparando os serviços público e privado. pág. 40
- Fig. 18 Distribuição dos sinais vasculares e articulares encontrados nos pacientes lúpicos de toda a casuística. pág. 41
- Fig 19 - Comparação entre os sinais vasculares e articulares encontrados nos pacientes lúpicos dos serviços público e privado. pág. 42
- Fig. 20 - Comparação dos achados laboratoriais urinários nos pacientes lúpicos do serviço público e do privado pág. 43

Fig. 21 - Distribuição das manifestações cutâneo-mucosas encontradas em toda a casuística. pág. 44

Fig. 22 - Comparação das manifestações dermatológicas encontradas nos pacientes do serviço público e privado. pág. 44

Fig. 23 - Distribuição dos achados laboratoriais nos pacientes lúpicos de todo o estudo pág. 45

Fig. 24 - Comparação dos achados laboratoriais dos pacientes dos serviços público e privado. pág. 46

Fig. 25 - Distribuição dos achados do SLEDAI nos pacientes do serviço público. pág. 47

Fig. 26 - Distribuição dos achados do SLEDAI nos pacientes do serviço privado pág. 48

Fig. 27 - Demonstração da atividade lúpica nos pacientes do serviço público mensurado pelo SLEDAI. pág. 50

Fig. 28 - Demonstração da atividade lúpica nos pacientes do serviço privado mensurado pelo SLEDAI. pág. 51

LISTA DE ABREVIATURAS

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DAC – Doença Arterial Coronariana

LUMINA – *Lupus in Minorities, Nature versus Nurture*

IRC – Insuficiência Renal Crônica

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SNC – Sistema Nervoso Central

ACR – *American College of Rheumatology*

EUA – Estados Unidos da América

NIAMS – *The National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disorders*

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

SLEDAI – *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*

FAN – Fator Anti-nuclear

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 CASUÍSTICA.....	23
4. RESULTADOS.....	26
5. DISCUSSÃO.....	52
6. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	63
ANEXOS.....	71

1. Introdução:

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória do tecido conjuntivo, que acomete múltiplos órgãos, permanecendo com etiologia desconhecida, afetando principalmente mulheres em idade fértil. (HARVEY, 1954, p. 312).

Caracteriza-se clinicamente por períodos de exacerbação e remissão em pacientes que, em sua maioria, são cronicamente enfermos. Apresenta-se de forma polimórfica, acometendo diferentes órgãos e sistemas. (FESSEL, 1974, p. 1027). A sua prevalência na população geral varia de 15 a 50/100.000 habitantes. (TELLES et al., 2007, p. 165).

Os critérios para a classificação da doença foram primeiro estabelecidos em 1971 pela Associação Americana de Reumatologia, revisados em 1982 (TAM; COHEN; FRIES; 1982, p. 1271). Novamente em 1997.(HOCHBERG, 1997, p. 1725). Esses critérios, atualmente, são amplamente aceitos, mas sempre destinavam-se ao diagnóstico da doença em si e não ao estabelecimento de atividade.

Embora a etiologia do LES não seja completamente conhecida, sabe-se que a interação entre fatores genéticos, ambientais e hormonais promovem uma disfunção no sistema imunológico, levando à hiperativação de linfócitos T e B, com produção de auto-anticorpos e formação de imunocomplexos mediadores das lesões teciduais. (LIMA; NÉRI; SANTIAGO, 2005, p. 273).

Por ser uma doença de comprometimento sistêmico e, às vezes, de início abrupto, já foi chamada de "epilepsia do sistema imune". Em decorrência de seu polimorfismo clínico, os quadros costumam ser complexos e de difícil reconhecimento, retardando o diagnóstico precoce e a instituição da terapêutica adequada que, certamente, modificaria a evolução clínica dos pacientes. (AYACHE; COSTA, 2005, p. 313).

Diversos estudos vêm buscando exames de diagnóstico mais sensíveis e específicos para o diagnóstico do LES, e estudos de fisiopatogenia têm apontado o nucleossoma como um auto-antígeno que, a partir de sua exposição pela apoptose, torna-se capaz de induzir a produção de anticorpos, mediadores das lesões teciduais no LES. Portanto, tem-se utilizado a

pesquisa de anticorpos antinucleossoma (AN) como teste diagnóstico para o LES. (LIMA et al., 2007, p. 160).

A sobrevida dos pacientes tem melhorado significativamente nas últimas décadas, no entanto, o surgimento de morbidades e a mortalidade devido a patologias associadas a esta condição auto-imune ainda é alta. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) indicou, em 2002, 22.861 mortes por LES no período de 1979 a 1998 em pacientes com menos de 45 anos. (CDC, 2002). A literatura nos últimos anos vem sugerindo que minorias raciais e étnicas, baixo nível socioeconômico, além de carência nos atendimentos médicos são os grandes responsáveis pela maior agressividade da doença. (ALARCON et al., 2004, p. 1173).

Um forte indício da relevância em controlar a atividade da doença é a maior frequência dos eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em pacientes com lúpus quando comparados à população geral, especialmente em mulheres na pré-menopausa. (BORBA; BONFÁ, 1997, p. 533). A doença arterial coronariana (DAC) aterosclerótica é uma importante causa de morbidade e de mortalidade em pacientes com LES. A taxa de mortalidade secundária à doença aterosclerótica no lúpus varia entre 6% e 16% dos casos, podendo chegar a 30%. A frequência de DAC em vários coortes foi determinada entre 4,9% e 10%. (TELLES et al., 2007, p. 165). O risco de uma paciente com LES, entre 35 e 44 anos de idade, apresentar infarto agudo do miocárdio é aproximadamente 50 vezes maior do que o risco de uma mulher da população geral na mesma faixa etária. (ESDAILE et al., 2001, p. 2331).

Analisar se um paciente com LES está em atividade da doença é uma questão na qual ainda não existe consenso. Além disso, hoje em dia, ao avaliar este paciente com LES, considera-se importante não só estabelecer se a doença está ou não em atividade, como também avaliar a lesão acumulada ao longo do tempo de doença e o estado geral de saúde do paciente. Esses fatores são importantes na definição do prognóstico. A capacitação em mensurar seu efeito é relevante, não apenas para a redução da atividade da doença, bem como, para a redução da probabilidade de lesão acumulada ao longo do tempo. (MOORE et al., 1999, p. 1285).

Outro ponto crucial nesta condição é esclarecer a grande disparidade na manifestação da doença. Se esta disparidade é de origem genética ou devido a fatores ambientais, ou ainda se é uma associação de ambos. (FERNÁNDEZ et al., 2007, p. 576).

O LES é uma patologia que atinge preferencial e mais severamente as mulheres, as minorias étnicas, como os afroamericanos e os ameríndios, além de pessoas jovens, sendo esses grupos base de muitos estudos que investigam justamente esta disparidade. (FERNÁNDEZ et al., 2007, p. 576).

Após estudo o *Lupus in Minorities, Nature versus Nurture* (LUMINA) concluiu que as discrepâncias no curso da doença e as conseqüências na população de pacientes com LES mostraram-se multifatoriais. Identificaram que variáveis étnico-específicas têm tanto impacto na atividade da doença quanto em suas conseqüências, conforme observados em minoria populacional étnico-específica. Realizaram controle dessa população étnica (afroamericanos e ameríndios), da seleção socioeconômica (carência de assistência à saúde), de imunogenética (ausência do gene HLA-DRB1*0301), da clínica (começo abrupto) e do psicológico ou comportamental (comportamento anormal em relação a doença e altos níveis de desamparo), comprovando que tais características são determinantes na atividade da doença durante sua evolução. Porém, no momento do diagnóstico mostraram-se relevante somente fatores étnicos e imunogenéticos. Isto sugere a necessidade de maiores estudos nessa extensão socioeconômica e psicológica. (ALARCÓN et al., 1998, p. 1173).

De acordo com certos estudos conduzidos pelo psicanalista Júlio de Mello Filho diversos eram os problemas psicológicos e emocionais detectados nos mecanismos desencadeadores de crise no LES. Entretanto, predominavam as chamadas situações ou experiências de perda. (FILHO, 2001 apud MATTJE; TURATO, 2006, p. 475).

De acordo com uma visão psicossomática tradicional e num sentido restrito, o LES foi considerado uma doença psicossomática, assim como outras doenças do colágeno, quando debatido a influência das emoções no curso do LES, cogitada a partir da conhecida ação das catecolaminas nos complexos imunológicos. (OTTO; MACKAY, 1967 apud MATTJE; TURATO, 2006, p. 475).

Portanto, é reconhecido que os fatores socioeconômicos e psicológicos influenciam diretamente na etiopatogenia da doença, no entanto, não podemos ratificar o quanto estes fatores geradores da estabilidade ou instabilidade emocional são responsáveis pela indução de atividade no LES, ainda mais em um país como o Brasil, onde as diversidades sociais são marcantes.

1.1 Objetivo Geral:

Avaliar em uma população com Lúpus Eritematoso Sistêmico a interferência de fatores socioeconômicos na atividade e evolução da doença.

1.2 Objetivos Específicos:

I - Estudar comparativamente pacientes com LES provenientes do serviço público e privado quanto os fatores sociais e econômicos e sua influência no SLEDAI

II - Avaliar dados como grau de escolaridade, estado civil, proventos, imóvel próprio e atividade profissional gratificante como fatores que interfiram na evolução da doença, e consequentemente, no SLEDAI.

III - Investigar se o grupo étnico cujo paciente pertence (caucasiano, ameríndio e afroamericano) promove alterações nos resultados obtidos.

2. Revisão de Literatura:

O Lúpus eritematoso sistêmico é uma doença crônica cuja fisiopatologia envolve mecanismos auto-ímmunes e inflamatórios. Durante a evolução apresenta períodos de remissão e de atividade com manifestações multissistêmicas. (CARBOTTE, 1986, p. 357).

O LES acomete uma em cada 1.000 pessoas da raça branca e uma em cada 250 pessoas negras. Embora seja mais prevalente na raça negra, pode ocorrer em todas as etnias e regiões geográficas. Existe, também, uma prevalência aumentada de caráter familiar – 10% a 20% dos pacientes com LES têm uma história familiar de doença auto-ímmune. A doença também tem marcante predomínio no sexo feminino, principalmente durante a idade fértil, os sintomas geralmente se iniciam durante a 2ª ou 3ª décadas de vida. (BONFÁ; NETO, 2000, p. 25).

Sua etiologia permanece obscura. Hoje, existe um consenso entre a comunidade científica quanto à origem multifatorial da doença, envolvendo fatores hormonais (estrogênio), genéticos, ambientais (radiação ultravioleta), infecciosos e estresse psicológico. Este último fator é considerado, por muitos estudiosos, como de particular importância no desencadeamento da doença e de suas agudizações. (MOREIRA; FILHO, 1992, p. 119).

A fisiopatologia do LES caracteriza-se pela presença de um auto ou heteroantígenos que desencadeia a formação de imunocomplexos constituídos por auto-anticorpos, cujos vão se depositando na parede dos vasos de pequeno e médio calibres, em território da microcirculação. Após a ativação do sistema de complemento, os auto-anticorpos ativam os mediadores da inflamação, produzindo ao final um processo de vasculite leucocitoclástica, com freqüente necrose da parede vascular e dos tecidos por ela nutridos, gerando alterações estruturais e funcionais em vários órgãos ou sistemas, como o ósteo-articular e o renal. (HAHN, 1997, p. 1089).

As manifestações clínicas do LES incluem fadiga, mal-estar, emagrecimento, artrite ou artralguas, febre, fotossensibilidade, acometimento muco-cutâneo, alopecia, sendo possível ainda ocorrer trombocitopenia, anemia hemolítica, nefrite, vasculite, miocardite, pleurite, miosite, havendo grande risco de vida para o paciente. (KAHL, 1996, p. 600).

A evolução da doença é variável e quase imprevisível. Raramente casos agudos podem resultar em morte dentro de algumas semanas a meses. Mais frequentemente, com a terapia apropriada, a doença caracteriza-se por exacerbações e remissões que abrangem um período de anos ou mesmo décadas. O prognóstico dos pacientes com LES tem melhorado muito nos últimos 40 anos. (APPENZELLER; COSTALLAT, 2004, p. 198).

Em 1954, 78% dos pacientes sobreviviam ao primeiro ano da doença e apenas 52% chegavam ao quarto ano. (HARVEY, 1954, p. 291). Felizmente estes dados sofreram grandes alterações nas últimas décadas. Publicações recentes têm mostrado taxas de sobrevida de 95% aos 5 anos, 90% aos 10 anos e de 79% a 83 % aos 15 anos de evolução. (REVEILLE; BARTOLUCCI; ALARCON, 1990, p. 37).

Porém em relação à mortalidade os dados encontrados não traduzem a realidade dos fatos. Pesquisa atual aponta 40 % dos atestados de óbitos de pacientes que eram portadores de LES não houve nenhuma referência à esta patologia em qualquer parte do documento (estatísticas oficiais dos estados americanos Alabama, Geórgia, Carolina do Norte, Carolina do Sul, Tennessee e Texas). O que pode ser justificado pela carência de plano de saúde e a idade avançada de alguns pacientes de LES. (CALVO-ALÉN et al., 2005, p. 1186). Provavelmente, este fato camufla números mais precisos sobre a expectativa de vida dos lúpicos. Ainda mais, levando em consideração que estes dados são referentes a um país desenvolvido, portanto, diverge da nossa realidade nacional, que provavelmente deve ser mais desfavorável.

Diferentes dados demográficos, clínicos e laboratoriais têm sido utilizados para determinar pior prognóstico de forma inconsistente, sendo: sexo masculino, raça negra, doença renal precoce, hipertensão arterial, sedimento urinário ativo, creatinina elevada no início do quadro renal, trombocitopenia, anti-DNA positivo, hipocomplementemia, proteinúria de 24 horas acima de 0,5g. (BASTIAN et al., 2002, p. 152).

A nefrite lúpica é uma das mais importantes manifestações do LES, afetando clinicamente cerca de metade dos pacientes e podendo evoluir para insuficiência renal crônica (IRC) em 45% dos casos. (JACOBSEN et al., 1998, p. 468).

O aspecto clínico das manifestações articulares do LES é bastante variado, mas, devido a outras manifestações potencialmente graves, dificilmente estas se tornam a queixa predominante. Podem ser encontrados quadros de dor articular, rigidez, sinovites fugazes e artrites deformantes não-erosivas (artropatia de Jaccoud). (REILLY et al., 1990, p. 777).

No Brasil, a cidade de Natal-RN parece ter a maior incidência de LES já descrita na literatura nacional: 8,7 casos novos/100 mil habitantes/ano, em estudo realizado no ano 2000. (VILAR; RODRIGUES; SATO, 2002, p. 347). Portanto, é de suma importância o conhecimento do perfil clínico-laboratorial dos pacientes com diagnóstico de LES atendidos pelo serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), já que este é único Serviço de referência no atendimento de adultos com esta doença do RN, sendo assim, uma pesquisa demonstrou que as manifestações clínicas mais freqüentes foram cutâneas (90,2%), em especial a fotossensibilidade (BEZERRA et al., 2005, p. 339).

As demais manifestações clínicas e laboratoriais foram semelhantes às descritas na literatura. Dano orgânico precoce foi identificado em nove pacientes com doença recente (28,1%) e, novamente, o acometimento cutâneo foi o mais freqüente. (BEZERRA et al., 2005, p. 339). Sendo assim, tanto as manifestações clínicas quanto os danos orgânicos precoces mais comuns foram relacionados à pele. Portanto, faz-se necessário o incentivo à fotoproteção em nossa região, que assim como a cidade de Natal-RN, tem alta influência dos raios ultravioleta.

As manifestações neuropsiquiátricas ocorrem em praticamente todos os pacientes com LES. Muitos pacientes manifestam ansiedade e/ou depressão, frequentemente em resposta à sua enfermidade e à ameaça de perda de saúde, família, emprego, desfiguramento, incapacidade, dependência e morte. Os sintomas podem incluir queixas psicossomáticas como insônia, anorexia, constipação, mialgia, artralgia, fadiga, palpitações, diarreia, vertigens, hiperventilação, perda de memória, labilidade emocional, confusão, concentração diminuída, cefaléias e defeitos cognitivos. (CECIL, 2005, p. 1943).

O sistema nervoso central (SNC) é freqüentemente atingido, gerando sintomas neurológicos e/ou psiquiátricos, tais como: convulsões, cefaléia, síndrome cerebral orgânica e psicose. Alguns trabalhos têm correlacionado estas manifestações clínicas à presença de alguns

anticorpos, como o anti-P ribossomal, anti-SSA, anti-DNA, anticardiolipina e antifosfolípidos, entre outros. Especula-se ainda que a ativação do sistema imunológico, como ocorre em doenças auto-imunes, possa resultar em alterações em neurotransmissores e, conseqüentemente, no comportamento do paciente. (MAES et al., 1998, p. 328).

O *American College of Rheumatology* (ACR) estabeleceu em 1971 e revisou em 1982, 11 critérios que definem o quadro de LES. Estes critérios foram modificados em 1997. Quando quatro dos onze critérios estão presentes é possível concluir o diagnóstico de Lúpus. (HOCHBERG, 1997, p. 1725) (Anexo I)

Em 1999, um subcomitê do ACR classificou 19 síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES. Entre elas, foram classificadas como síndromes psiquiátricas relacionadas ao comprometimento do SNC: estado confusional agudo, distúrbios cognitivos, psicose, transtornos de humor e de ansiedade. (SATO et al., 2002, p. 362). Apesar do aprimoramento dos estudos sobre as manifestações neuropsiquiátricas do LES, verificamos que ainda há poucas referências as alterações de personalidade, que são bastante observados por clínicos que convivem freqüentemente com estes pacientes.

Em 1984 um estudo analisou aspectos psicológicos de voluntários com LES e AR, utilizando entrevistas estruturadas e testes padronizados para avaliação de personalidade. Não encontraram diferenças significativas entre os grupos. A perda de função física, de independência e de interação social foram os temas mais levantados nas entrevistas. Foram relatadas, também, relações alteradas com cônjuges e familiares, sugerindo isolamento e conflitos. Entretanto, para os pacientes lúpicos as questões emergentes foram: receio de morte, fadiga, interferência no planejamento familiar e gravidez, alterações da aparência desencadeadas pela doença ou pelo uso de corticoesteróides e necessidade de prevenção dos raios solares. Observou-se, ainda, neste estudo, que os dois grupos tinham escores elevados para hipocondria, depressão e histeria. Muitos pacientes enfatizaram a importância de sua relação com os médicos, sendo uma abordagem compreensiva considerada importante para o ajuste psicológico e social requerido pela doença. (LIANG et al., 1984, p. 13).

No Brasil, realizou-se um estudo comparando adolescentes (12 a 17 anos) com LES com outro grupo controle. Avaliou-se aspectos da personalidade destes pacientes utilizando um

teste projetivo, o *Rorschach*. As pacientes com LES apresentaram elevada interiorização dos afetos, maiores dificuldades no manejo do estresse, baixa auto-estima e autopercepção, embora não tenha sido encontrada diferença estatística significativa entre os grupos. (SANTOANTONIO, 2001, p. 63).

Já nos EUA um estudo multicêntrico retrospectivo avaliando 200 pacientes em cinco centros de tratamento, analisou variáveis demográficas, clínicas, socioeconômicas, psicossociais e a atividade da doença. Pacientes da raça branca e com maior suporte social (classe média e facilidade de assistência à saúde) e baixa atividade da doença tiveram uma melhor evolução do quadro, preservando a saúde mental. (BAE et al., 2001, p. 1245).

Outro enigma do LES refere-se ao fato de diferentes grupos étnicos serem afetados pela doença de diversas formas, sendo que na minoria étnica, ameríndio e afroamericano, a doença é mais ativa e agressiva, sendo assim em 1993 foi realizado um estudo pelo *The National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disorders* (NIAMS) aplicado nesta minoria lúpica. A pesquisa demonstrou relativa contribuição da genética e fatores socioeconômicos no curso e nos resultados do lúpus em hispânicos, afroamericanos e caucasianos do Texas e Alabama. (ALARCÓN et al., 1999, p. 1180).

Este projeto passou a ser denominado LUMINA (*Lupus in Minorities, Nature versus Nurture*) e continua promovendo pesquisas há longo prazo em pacientes com LES, analisando variáveis cultural, social, econômica e genética, além de como esses índices afetam os pacientes lúpicos. (ALARCÓN et al., 1998, p. 1180).

No início das pesquisas, este grupo de estudo comprovou que as discrepâncias no curso da doença e as conseqüências em diferentes populações de LES são multifatoriais, defendendo a importância da identificação dessas variáveis étnico-específicas que causam diferentes impactos na atividade da doença. Demonstraram ser determinantes na atividade da doença: a etnicidade (afroamericano), co-morbidades (comportamentos anormais das doenças associadas e frequência nos atendimentos de emergência), as características socioeconômicas (carência na assistência à saúde), os dados imunogenéticos (ausência do gene HLA-DRB1*0301), a clínica (início abrupto) e condições psicológicas. (ALARCÓN et al., 1999, p. 1173).

Em estudo recente, o LUMINA examinou os fatores preditivos da atividade persistente da doença. Um total de 2.066 pacientes foram examinados. Pacientes jovens, os grupos étnicos afro-americanos e latino-americanos do Texas, a carência no suporte social, a carência na assistência à saúde, as manifestações anormais das patologias associadas foram apontadas como as variáveis determinantes na elevada atividade da doença. (FERNÁNDEZ et al., 2007, p. 576).

O mesmo estudo refere ainda que um baixo nível socioeconômico propicia diretamente em falta de estrutura familiar, poucos anos de formação educacional e a assistência a saúde inadequada, conseqüentemente agindo não de uma maneira aditiva, mas de uma maneira sinérgica ao longo dos anos, para esclarecer o comportamento agressivo do Lúpus. Portanto, nesta pesquisa foram cruzadas variáveis genéticas e não genéticas e concluiu-se que o baixo nível socioeconômico é relevante na evolução da patologia, porém não influencia tanto quanto o grupo étnico a qual o paciente pertence. (FERNÁNDEZ et al., 2007, p. 576).

3. Casuística e Métodos:

3.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo de coorte, portanto, foi observado um grupo de indivíduos longitudinalmente no período de outubro a dezembro de 2007. Utilizou-se o modelo de estudo descritivo-analítico.

3.2 Casuística:

Foram selecionados aleatoriamente 30 pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico que preencheram os critérios de diagnósticos de acordo com o *American College of Rheumatology* (ACR), com idade igual ou superior a 16 anos, no ambulatório de reumatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), sendo o diagnóstico feito previamente ou no momento do estudo, que serão chamados “do serviço público”.

Foram também selecionados aleatoriamente, mais 43 pacientes com LES, segundo os critérios da ACR, com idade igual ou superior a 16 anos, acompanhados em consultório particular de um reumatologista em Belém do Pará, sendo o diagnóstico prévio ou no momento do estudo, que serão denominados “do serviço privado”.

Todos os pacientes foram informados quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido antes da aplicação do questionário.

Foram excluídos 13 pacientes oriundos do consultório particular por não consentirem participar do estudo.

Foram excluídos também pacientes que além do lúpus apresentavam qualquer outra patologia sistêmica, ou processo infeccioso, ou ainda inflamatório, que pudesse interferir no LES.

É importante salientar que nenhum tipo de classificação da doença, grau de evolução, e até mesmo, presença ou ausência de sua atividade, foram utilizados como dados de exclusão

dos pacientes na pesquisa, assim como modalidade terapêutica.

Na presença do paciente foi realizado um questionário epidemiológico, social e econômico. Havendo ainda a investigação do grupo étnico cujo o paciente pertence, indagando sobre sua árvore genealógica até três gerações anteriores. (Apêndice I). Não foi realizado nenhum tipo de exame laboratorial genético para confrontar a informação.

O protocolo específico do estudo foi preenchido pela autora após entrevista e realização do exame físico nos pacientes agendados para consulta. Os prontuários foram revisados em busca de registros de manifestações clínico-laboratoriais recentes do LES, necessários para realizar o escore da inatividade ou da atividade da doença. Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentavam exames laboratoriais com mais de três meses de realização no momento da consulta. Os exames laboratoriais foram realizados em rede pública ou privada, porém todos de razoável confiabilidade para a pesquisa.

É necessário esclarecer que foi considerado relacionamento afetivo estável, não obrigatoriamente, a forma de casamento como união, e sim qualquer tipo de relacionamento no qual o entrevistado afirme haver uma constante entre o casal, portanto, sendo descartado relacionamentos duradouros, porém inconstantes.

A renda estável só foi relevante quando o paciente soube informar um valor fixo de salário. Foi considerado renda instável em caso de trabalhador autônomo que não tem salário mensal fixo. Na pesquisa foi desprezado a quantia referida. O emprego gratificante foi confirmado quando o paciente referiu satisfação pessoal quanto à atividade exercida. Em caso de desemprego foi considerado atividade profissional não gratificante.

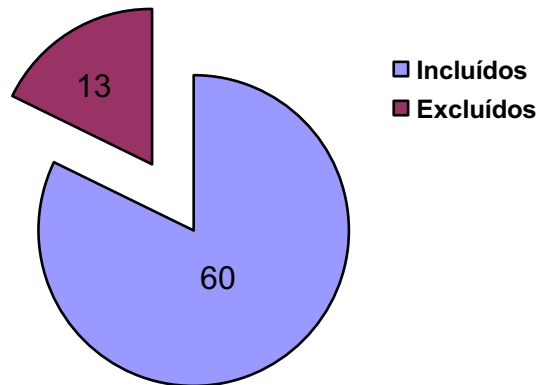
Os itens do questionário foram elaborados com intuito de investigar se o cotidiano do paciente proporciona certa estabilidade, ocasionando conforto emocional no ambiente familiar, financeiro e laborativo em que o mesmo está inserido.

Logo em seguida ao questionário, foi empregado o *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* – SLEDAI, objetivando avaliar se a doença estava ativa ou inativa, e investigando se tais questões do cotidiano, estavam abalando o emocional da paciente e

consequentemente exacerbando a doença. Foi considerado o paciente “em atividade lúpica”, aquele que apresentou SLEDAI ≥ 4 pontos. (Anexo II)

4. Resultados:

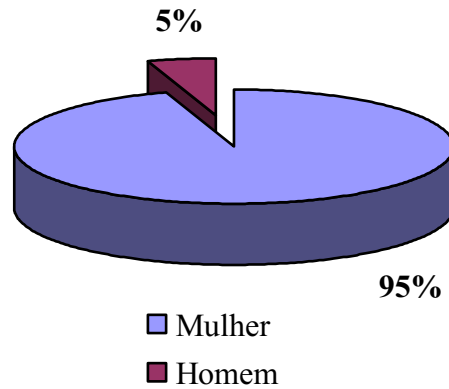
Foram contactados 73 pacientes lúpicos, sendo 13 (18%) excluídos por não aceitarem responder o protocolo do estudo. (Figura 1).



$p < 0,05$

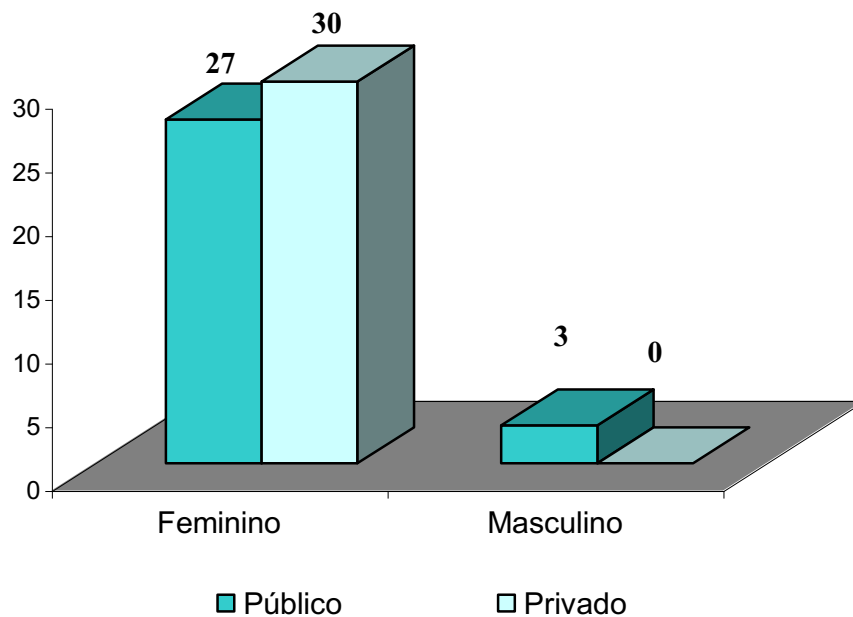
Figura 1 - Distribuição dos pacientes excluídos e incluídos no estudo “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Na casuística total da pesquisa houve 57 (95%) mulheres e 3 (5%) homens. $p < 0,05$. (Figura 2). Quanto à distribuição por sexo dos pacientes de acordo com o serviço de origem, houve 30 (50%) mulheres do serviço privado e 27 (45%) do público. Houve somente 3 (5%) pacientes do sexo masculino em todo o estudo e todos eram do serviço público. Nesse caso $p < 0,05$ igual a 0,023. (Figura 3).



$p < 0,05$

Figura 2 - Distribuição do sexo no total da casuística do estudo. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”



$p < 0,05$

Figura 3 - Distribuição do sexo dos pacientes comparando os serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

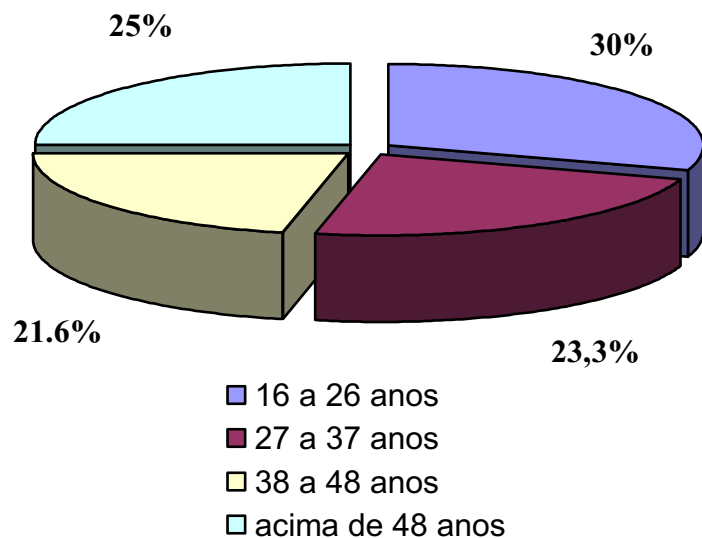
A distribuição etária considerando ambos os serviços (público e privado) apresentou com mais prevalência o intervalo entre 16 e 26 anos, sendo 18 pacientes (30%), seguida da faixa

etária acima dos 48 anos, encontrando-se 15 pacientes (25%). (Figura 4). Comparando os dois serviços médicos, a distribuição etária por décadas (16 a 26 anos, 27 a 37 anos, 38 a 48 anos e acima de 38 anos) não demonstrou significância estatística. (Figura 5 e 6).

Tabela 1 - Distribuição da faixa etária pelo tipo de serviço dos pacientes atendidos no estudo “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

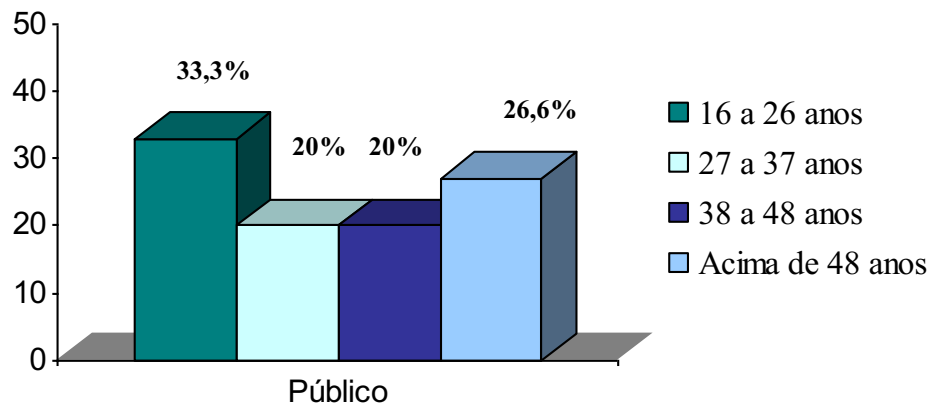
<i>Faixa etária</i>	<i>Público n = 30</i>	<i>Privado n = 30</i>	<i>Total n = 60</i>
16 a 26 anos	10	8	18
27 a 37 anos	6	8	14
38 a 48 anos	6	7	13
Acima de 48 anos	8	7	15
Total	30	30	60

Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



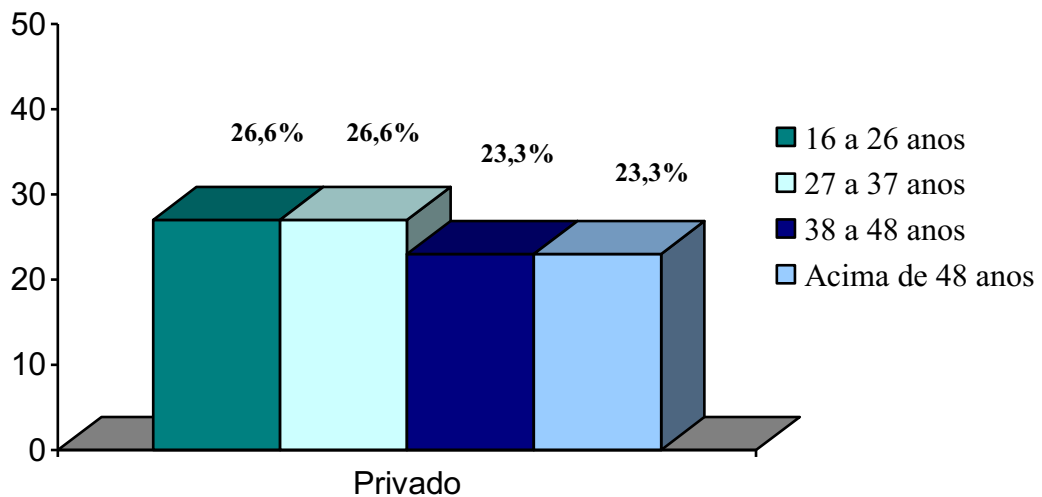
$p < 0,0536$

Figura 4 - Distribuição da faixa etária dos pacientes em todo o estudo “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado”.



$p < 0,0536$

Figura 5 - Distribuição da faixa etária dos pacientes atendidos no serviço público “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.



$p < 0,0536$

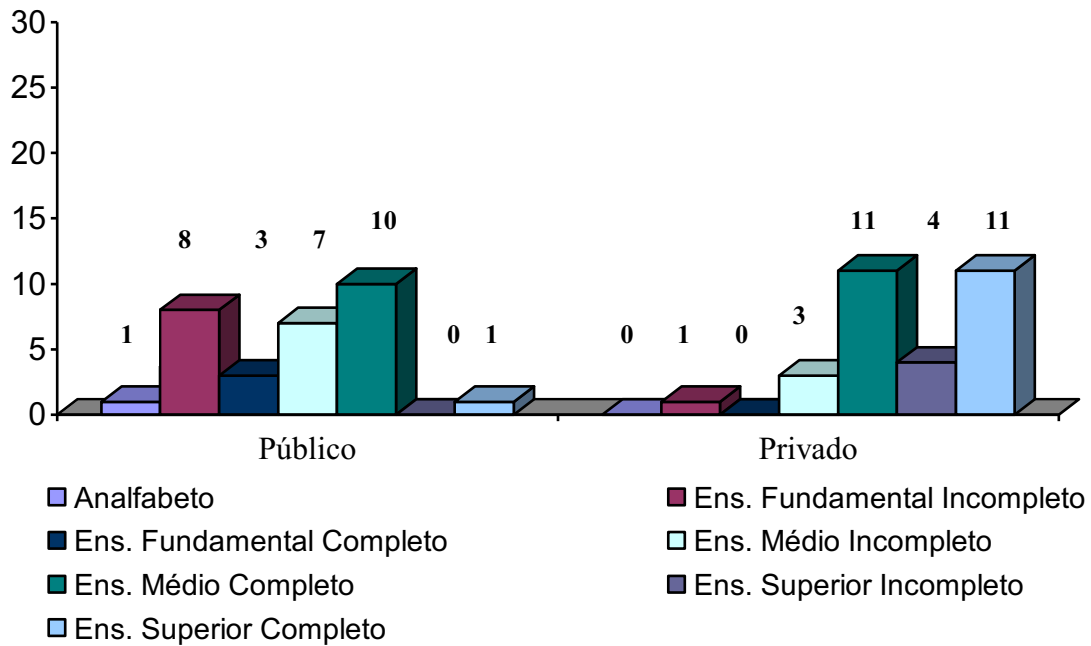
Figura 6 - Distribuição da faixa etária dos pacientes atendidos no serviço privado. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Ao analisarmos a variável escolaridade houve grande diferença estatística entre o serviço público e o privado. Encontrou-se somente um paciente analfabeto que era do serviço público (3,3%). Com o ensino fundamental incompleto foram atendidos 8 (26,6%) pacientes no serviço público e apenas 1 (3,3%) no privado. Ensino fundamental completo foram encontrados somente 3 pacientes (10%), todos do público. Com ensino médio incompleto houve 7 pacientes (23,3%) do público e 3 (10%) do privado. Com ensino médio completo, houve equidade, 10 (33,3%) do público e 11 pacientes (36,6%) do privado. Com o ensino superior incompleto foram encontrados somente quatro pacientes (13,3%), todos do serviço privado. Referente ao ensino superior completo, apenas 1 paciente (3,3%) do público e 11 (36,6%) do setor privado. (Figura 7).

Tabela 2 - Distribuição da escolaridade dos pacientes no serviço público e privado. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

<i>Escolaridade</i>	<i>Público</i> <i>n = 30</i>	<i>Privado</i> <i>n = 30</i>	<i>Total</i> <i>n = 60</i>
Analfabeto	1	0	1
Ensino fundamental incompleto	8	1	9
Ensino fundamental completo	3	0	3
Ensino médio incompleto	7	3	10
Ensino médio completo	10	11	21
Ensino superior incompleto	0	4	4
Ensino superior completo	1	11	12
TOTAL	30	30	60

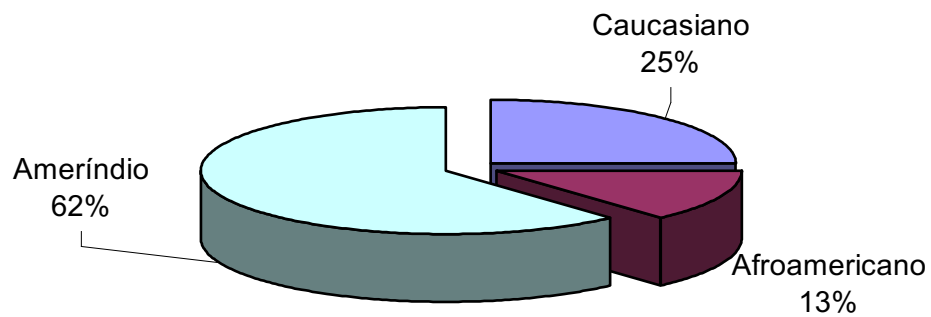
Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



p igual a 0,0156.

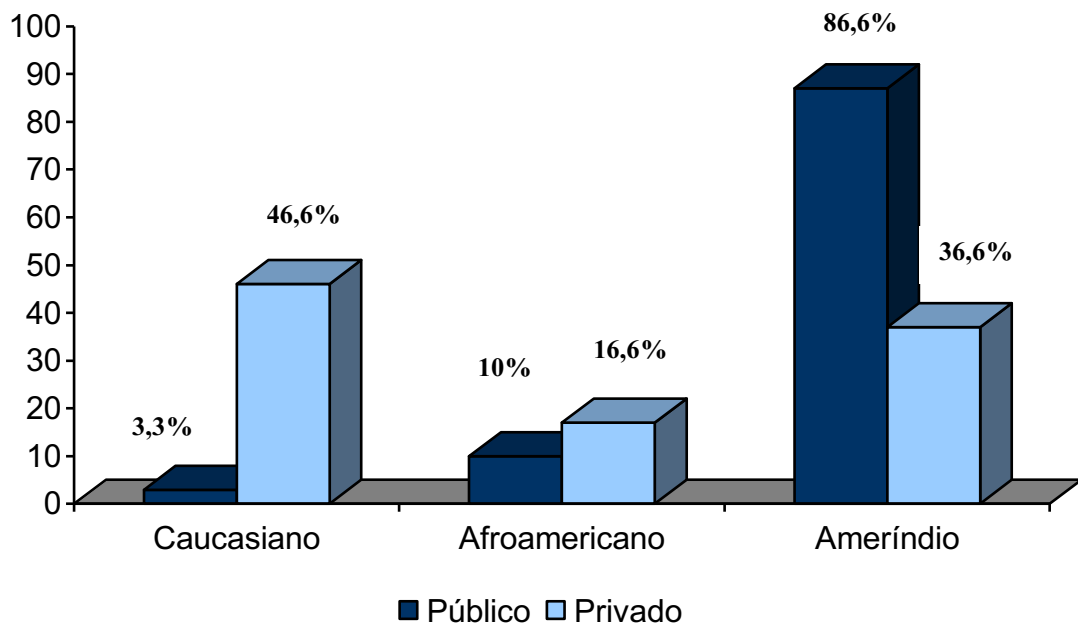
Figura 7 - Distribuição da escolaridade comparando os serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Em relação ao grupo étnico dos pacientes lúpicos em toda a casuística 62% eram ameríndios, 25% caucasianos e 13% afroamericanos. (Figura 8). Comparando ambos os serviços, foram encontrados 14 (46,6%) caucasianos no serviço privado, enquanto apenas um (3,3%) era do serviço público. Em relação aos afroamericanos, 5 (16,6%) eram do privado e 3 (10%) do público. E do grupo étnico ameríndio, 11 (36,6%) eram do serviço privado e 26 (86,6%) do público. (Figura 9).



$p < 0,05$

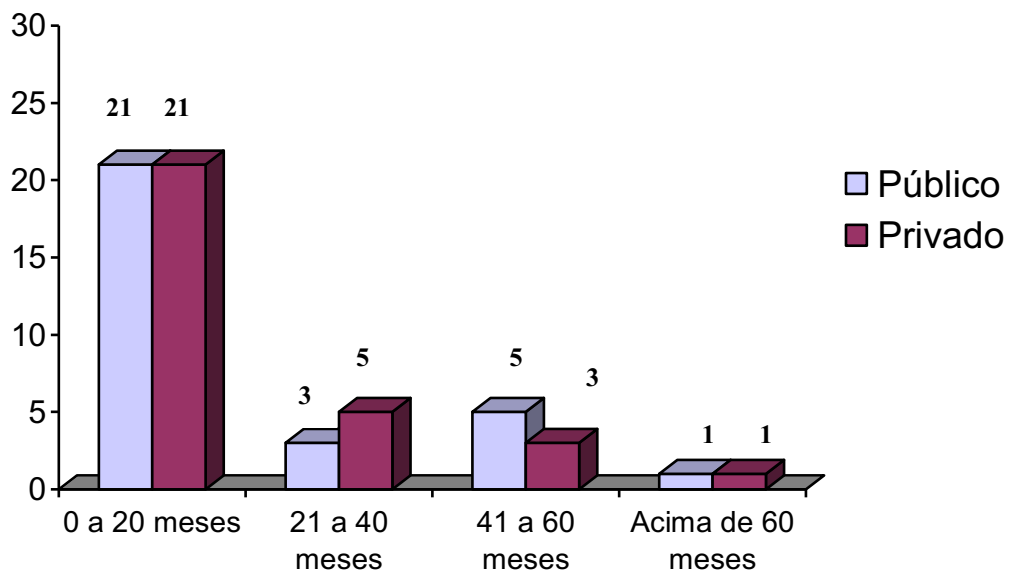
Figura 8 – Distribuição dos grupos étnicos dos pacientes nos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”



$p < 0,0236$.

Figura 9 - Distribuição do grupo étnico comparando os serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Quanto ao tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico não houve relevância estatística entre os dois serviços (público e privado). O período mais encontrado em ambos os grupos foi de 0 a 20 meses, sendo iguais 21 pacientes (70%) do serviço público e 21 (70%) do serviço privado. No período de 21 a 40 meses foram 3 (10%) do público, enquanto foram 5 (16,6%) pacientes do serviço privado. Cinco (16,6%) pacientes do serviço público e 3 (10%) do privado levaram cerca de 41 a 60 meses até o diagnóstico do LES. No período acima de 60 meses, também, os valores encontrados foram iguais, havendo um (3,3%) paciente do serviço público e um (3,3%) do privado. O tempo médio entre a primeira sintomatologia e o diagnóstico da doença foi de 19 meses com desvio padrão de ± 32 meses. (Figura 10)



$p < 0,05$

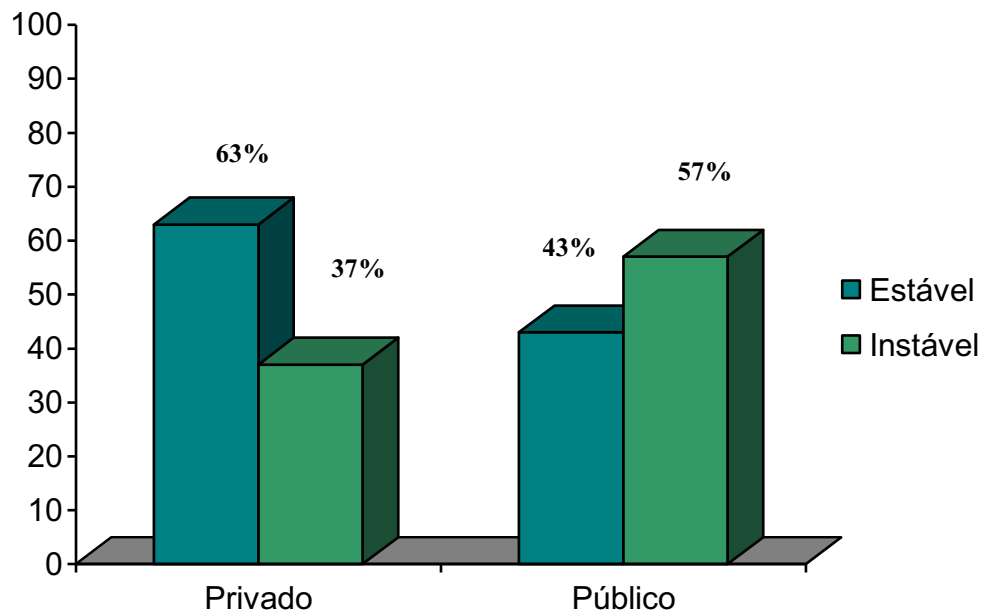
Figura 10 - Distribuição do período entre o início dos sintomas e o diagnóstico comparando os serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Relação afetiva estável foi relatada por 19 (63%) pacientes do serviço privado contra 13 (43%) pacientes do serviço público. Enquanto que a relação afetiva instável foi referida por 11 (37%) do serviço privado contra 17 (57%) pacientes do público. (Figura 11).

Tabela 3 - Distribuição da estabilidade da relação afetiva referida pelos pacientes do estudo. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

<i>Relação Afetiva</i>	<i>Estável</i>	<i>Instável</i>	<i>Total</i>
Público	13	17	30
Privado	19	11	30
TOTAL	32	28	60

Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



$p < 0,05$

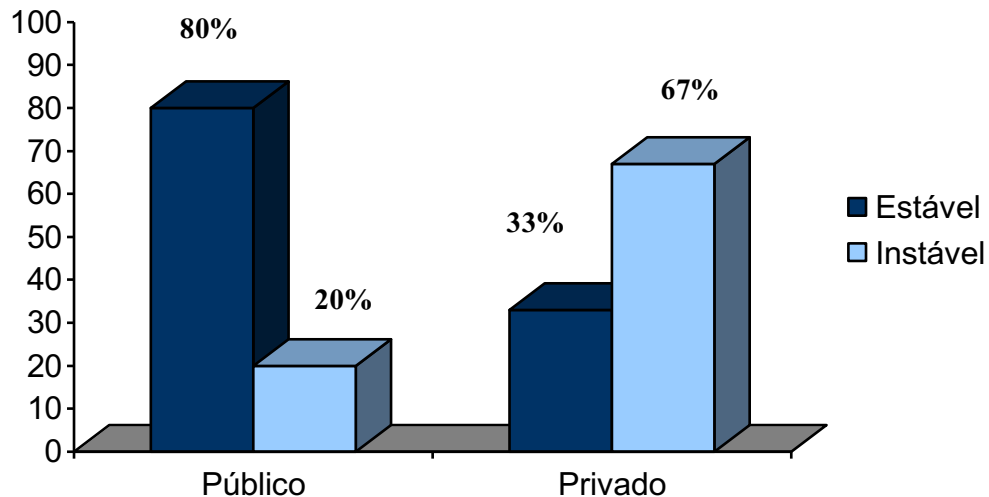
Figura 11 – Comparação da distribuição da estabilidade da relação afetiva dos pacientes do serviço público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Renda estável foi referida por 10 (33,3%) pacientes do serviço privado e por 24 (80%) do público. E renda instável foi relatada por 20 (66,6%) pacientes do serviço privado, enquanto foi relatada por 6 (20%) do público. (Figura 12).

Tabela 4 - Distribuição da estabilidade financeira referida pelos pacientes do estudo. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

<i>Proventos</i>	<i>Estável</i>	<i>Instável</i>	<i>Total</i>
Público	24	6	30
Privado	10	20	30
TOTAL	34	26	60

Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



$p < 0,05$

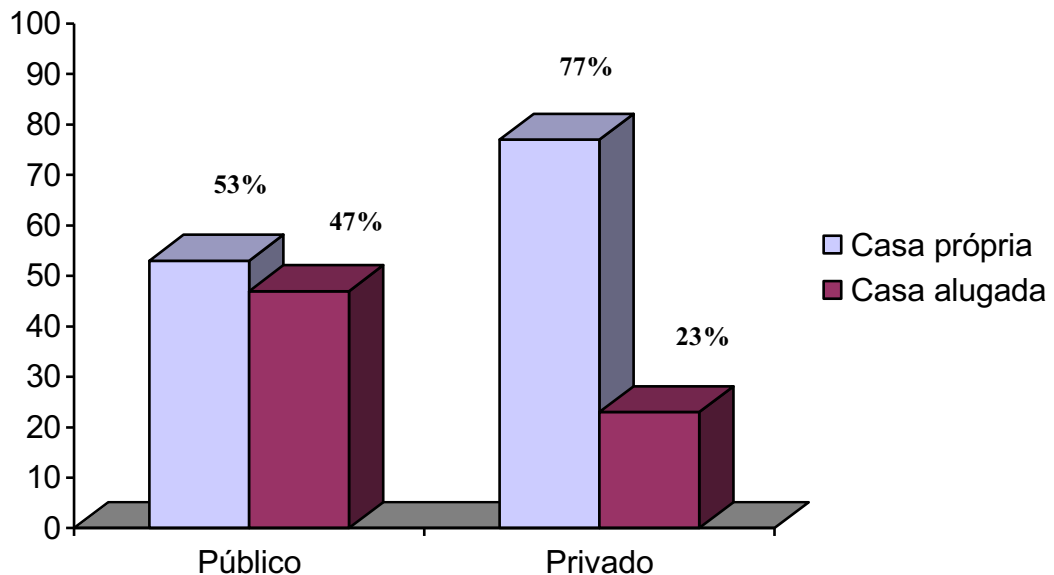
Figura 12 – Comparação da estabilidade financeira entre os pacientes do serviço público e privado “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Quanto à moradia própria houve grande disparidade estatística entre os serviços público e privado. A moradia própria foi referida por 23 (77%) pacientes do serviço privado e por 16 (53%) do público. Enquanto que a moradia alugada foi referida por 7 (23%) dos pacientes do serviço privado e 14 (47%) do público. (Figura 13).

Tabela 5 - Distribuição da moradia referida pelos pacientes do estudo. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

<i>Moradia</i>	<i>Própria</i>	<i>Alugada</i>	<i>Total</i>
Público	16	14	30
Privado	23	7	30
TOTAL	39	21	60

Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



$p < 0,05$

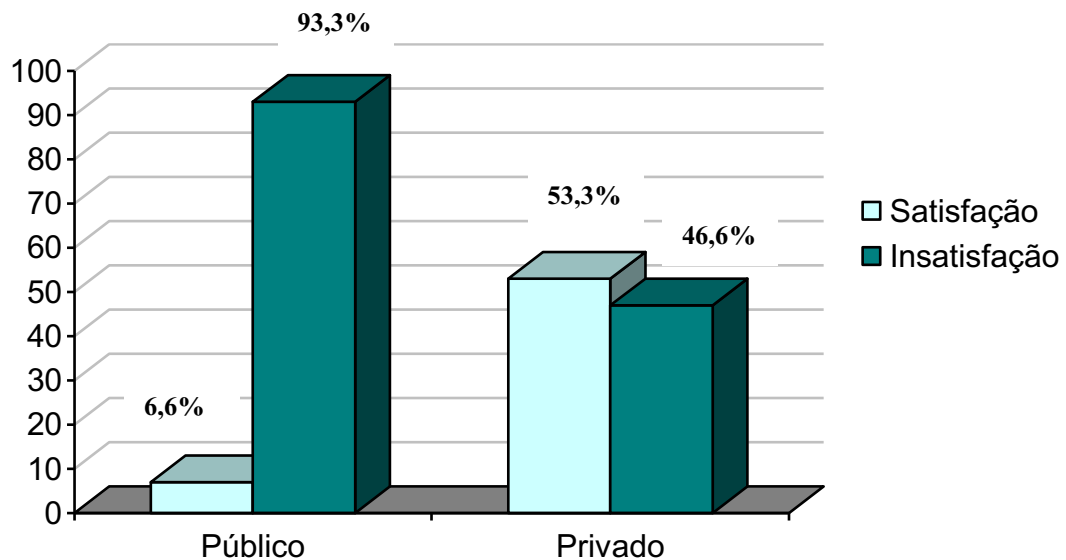
Figura 13 - Comparação entre o tipo de moradia dos pacientes lúpicos atendidos nos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Dezesseis (53,3%) pacientes do serviço privado relataram satisfação em relação à atividade profissional, contra somente 2 (6,6%) do serviço público. Porém, 14 (46,6%) pacientes do serviço privado mencionaram insatisfação em relação à profissão, assim como 28 (93,3%) dos pacientes do serviço público. (Figura 14). Entre todos os pacientes, 34 (56,6%) eram “Do lar”, 15 (25%) relataram não ter atividade profissional atualmente (desempregado ou estudante) e 11 (18,3%) mencionaram vínculo empregatício. (Figura 15).

Tabela 6 - Distribuição da satisfação profissional dos pacientes do estudo. “Influência dos fatores socioeconômico e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

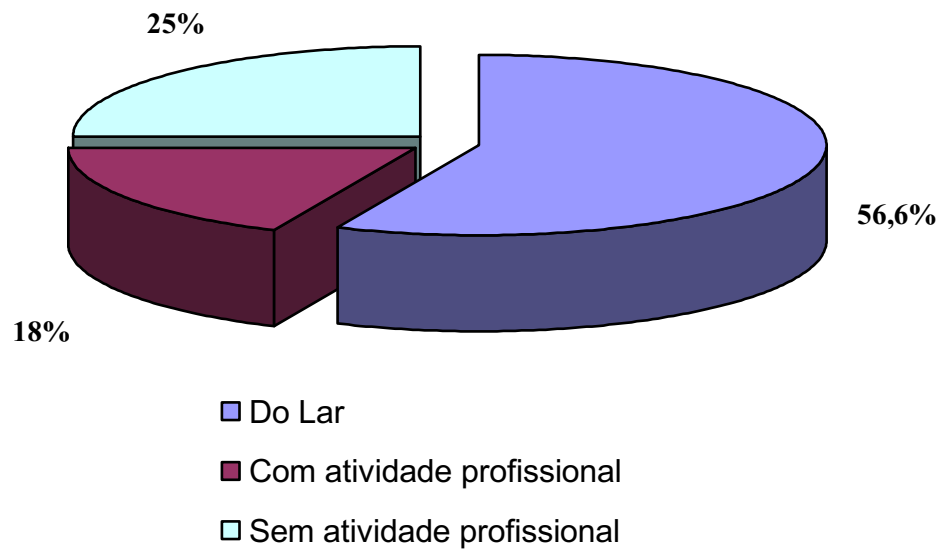
<i>Atividade profissional</i>	<i>Satisfação</i>	<i>Insatisfação</i>	<i>Total</i>
Público	2	28	30
Privado	16	14	30
TOTAL	18	42	60

Fonte: pesquisa de campo
 p (valor) < 0,05



$p < 0,05$

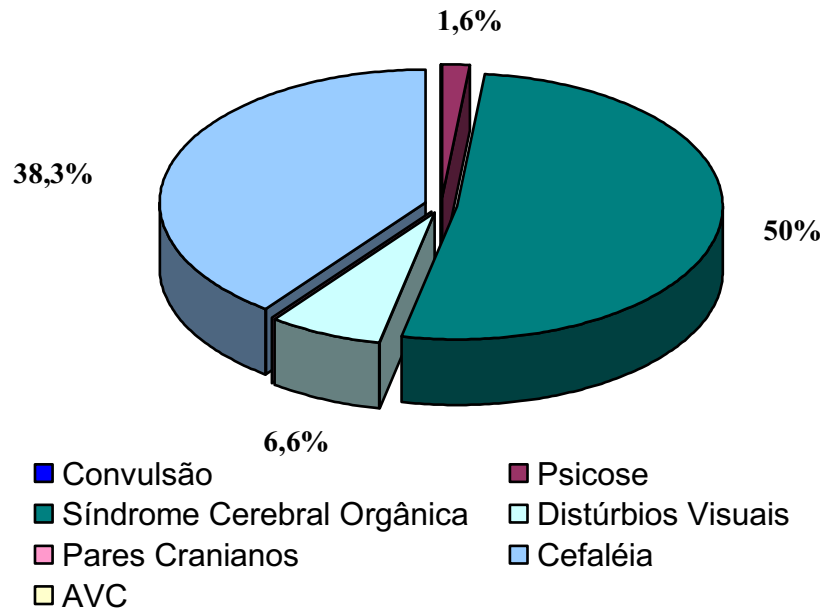
Figura 14 – Comparação da satisfação profissional relatada pelos pacientes lúpicos dos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”



$p < 0,05$

Figura 15 – Distribuição do vínculo empregatício entre todos os pacientes do estudo. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

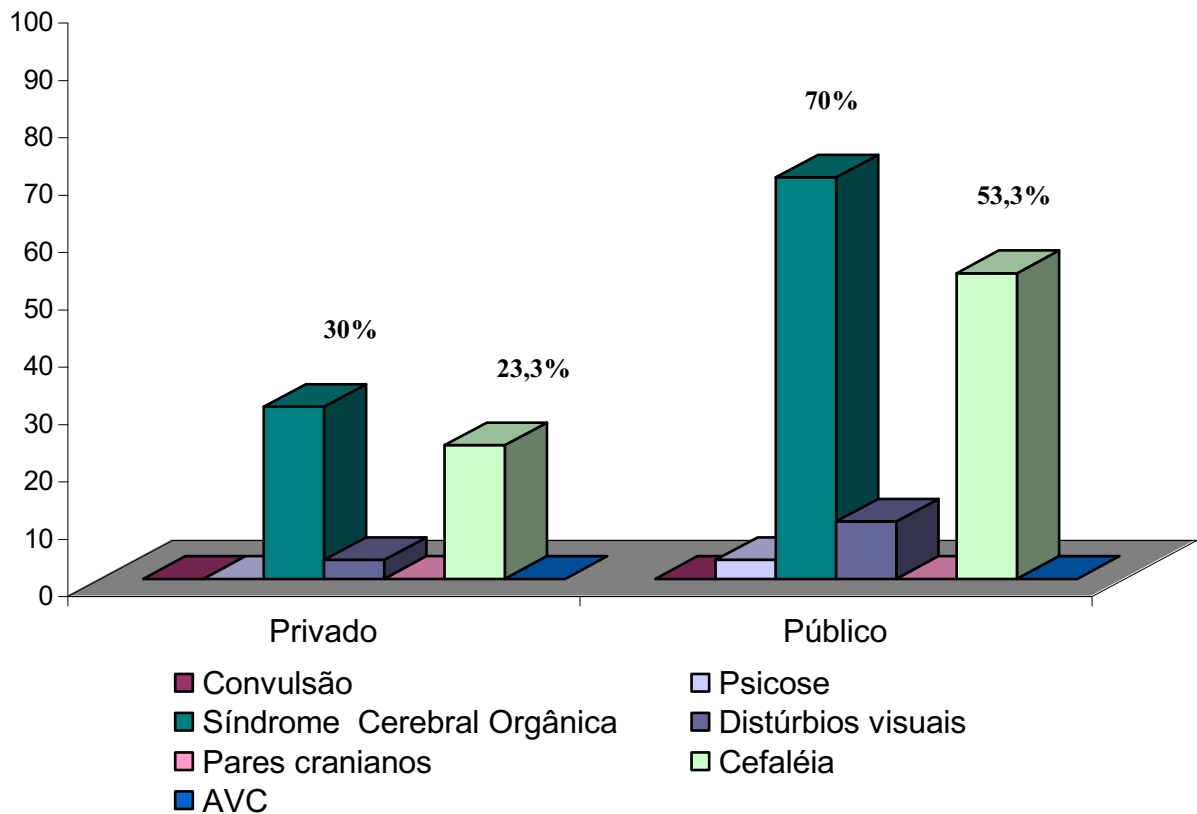
Entre todos os pacientes da casuística em relação aos sinais e sintomas relacionados ao SNC, o achado mais relevante foi a síndrome cerebral orgânica, relatada por 30 (50%) pacientes, seguida pela cefaléia, citada por 23 (38,3%), houve 4 (6,6%) pacientes que queixaram-se de distúrbios visuais, e apenas um (1,6%) que relatou psicose. (Figura 16).



$p < 0,05$

Figura 16 - Distribuição de sinais e sintomas do SNC encontrados nos pacientes de toda a casuística. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

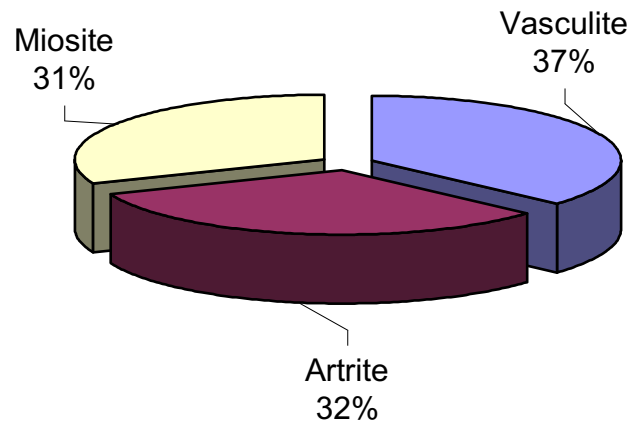
Comparando os dois serviços, no serviço público encontramos 21 (70%) pacientes com síndrome cerebral orgânica, 16 (53,3%) com cefaléia, 3 (10%) com distúrbios visuais, e ainda, um (1,6%) paciente que referiu psicose. No entanto, no serviço privado encontramos 9 (30%) pacientes com síndrome cerebral orgânica, 7 (23,3%) com cefaléia e apenas 1 (3,3%) paciente com distúrbio visual. (Figura 17).



$p < 0,05$

Figura 17 - Distribuição de sinais e sintomas do SNC dos pacientes comparando os serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

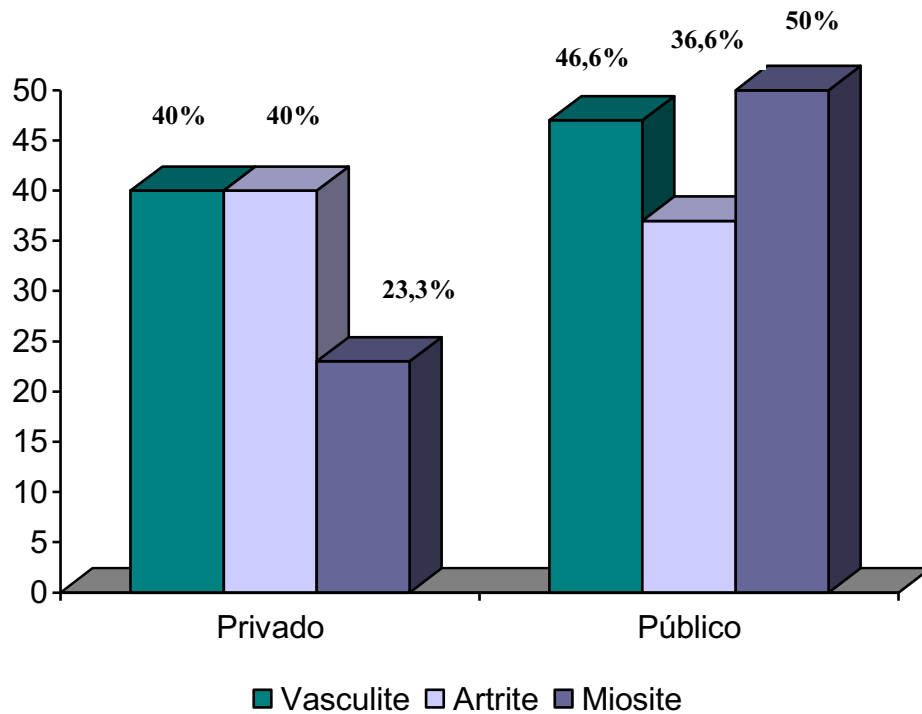
Levando em consideração os dois grupos de estudo, os sinais vasculares e articulares foram achados com razoável frequência. A vasculite foi evidenciado em 26 (43,3%) pacientes, a artrite em 23 (38,3%) e a miosite em 22 (36,6%) pacientes. (Figura 18)



$p < 0,05$

Figura 18 – Distribuição dos sinais vasculares e articulares encontrados nos pacientes lúpicos de toda a casuística. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Comparando sinais vasculares e articulares encontrados entre os dois serviços, encontramos no serviço público 14 (46,6%) pacientes com vasculite, 11 (36,6%) com artrite e 15 (50%) com miosite. No serviço privado foi evidenciado 12 (40%) pacientes com vasculite, também 12 (40%) pacientes com artrite e 7 (23,3%) com miosite. (Figura 19).

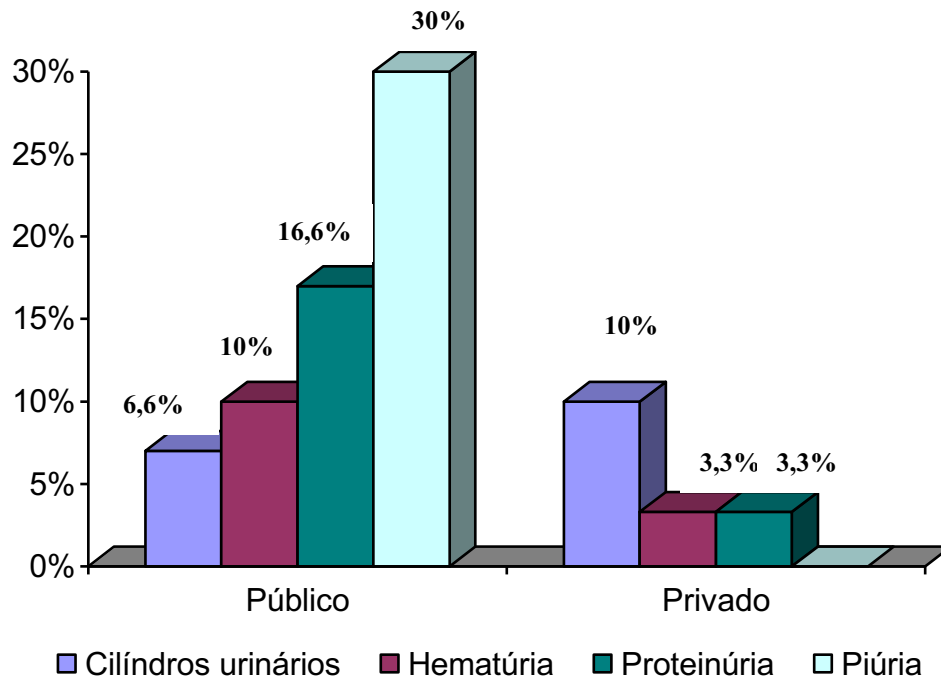


$p < 0,05$

Figura 19 – Comparação entre os sinais vasculares e articulares encontrados nos pacientes lúpicos dos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Os achados laboratoriais urinários não foram muito significantes para ambos os grupos estudados. Nove (15%) pacientes apresentaram piúria, 6 (10%) apresentaram proteinúria, 5 (8,3%) cilindros urinários e 4 (6,6%) hematúria.

No serviço público houve 9 (15%) com piúria, 5 (16,6%) com proteinúria, 3 (10%) com hematúria e 2 (6,6%) com cilindros urinários. Enquanto que no serviço privado, não houve nenhum com piúria, um (3,3%) com proteinúria, um (3,3%) com hematúria e 3 (10%) com cilindria. (Figura 20).



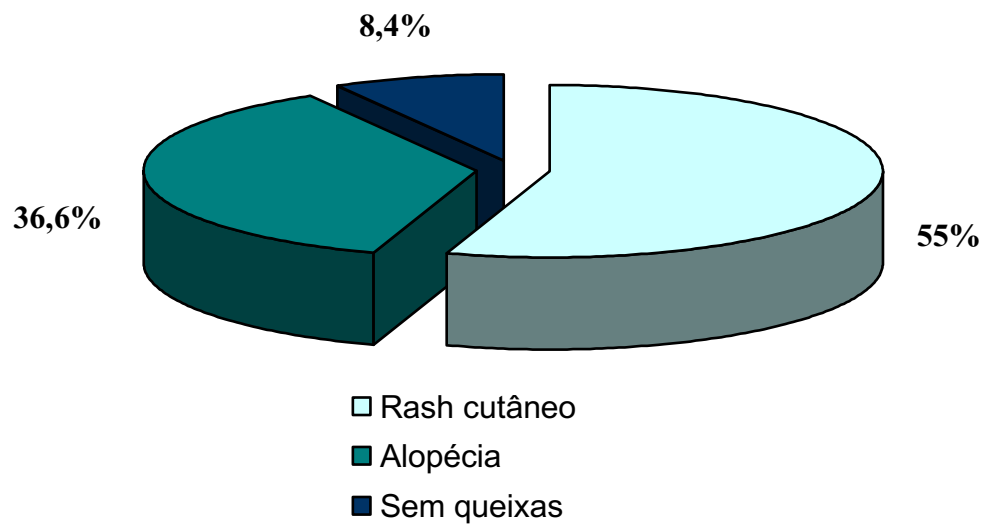
$p < 0,05$

Figura 20 – Comparação dos achados laboratoriais urinários nos pacientes lúpicos do serviço público e do privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade da doença Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Entre os pacientes só do serviço privado, dois caucasianos e um ameríndio apresentaram comprometimento renal expressa em laboratórios. Esse resultado não foi observado em afroamericanos.

Já no serviço público, os resultados foram mais expressivos. Doze (40%) pacientes ameríndios e um afroamericanos manifestaram comprometimento renal. Nenhum caucasiano apresentou alteração nos exames urinários.

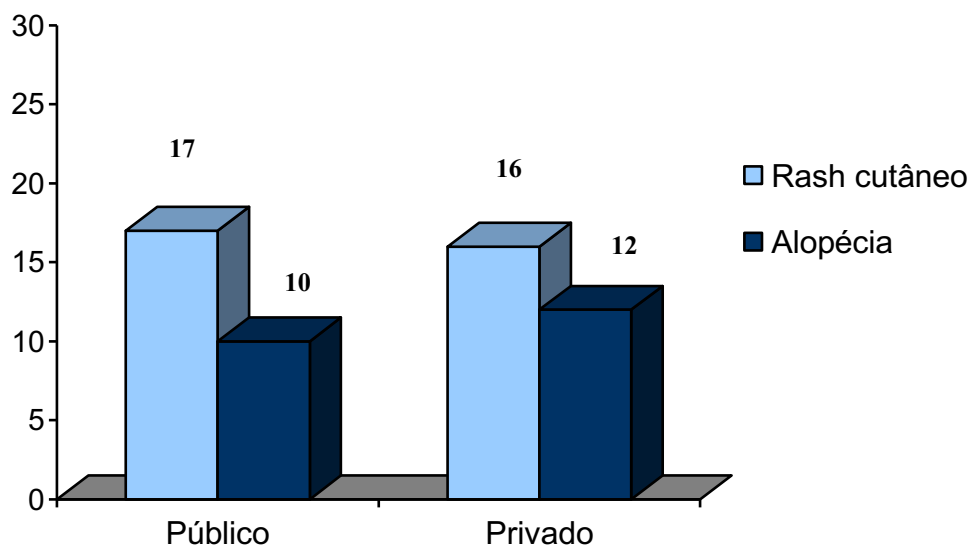
Mais da metade dos pacientes da casuística apresentavam rash cutâneo - 33 (55%). Assim como, não menos significativo, 22 (36,6%) pacientes queixaram-se de alopecia. (Figura 21).



$p < 0,05$

Figura 21 – Distribuição das manifestações cutâneo-mucosas encontradas em toda a casuística. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Entre os 33 pacientes com rash cutâneo, 16 (48%) eram do serviço privado e 17 (52%) do público, não havendo significância estatística entre os dois serviços. Entre os 22 pacientes com alopecia, 12 (55%) eram do serviço privado e 10 (45%) do público. (Figura 22)

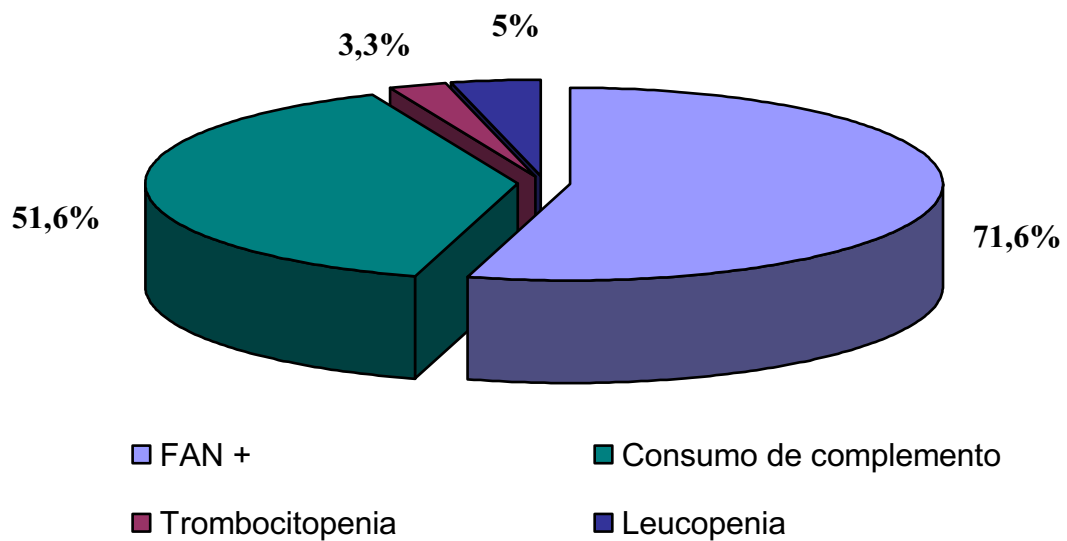


$p < 0,05$

Figura 22 – Comparação das manifestações dermatológicas encontradas nos pacientes do serviço público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Em relação à presença das serosites, somente um (1,6%) paciente, em toda a casuística, havia recebido o diagnóstico de pleurite nos dez dias que antecederam a consulta.

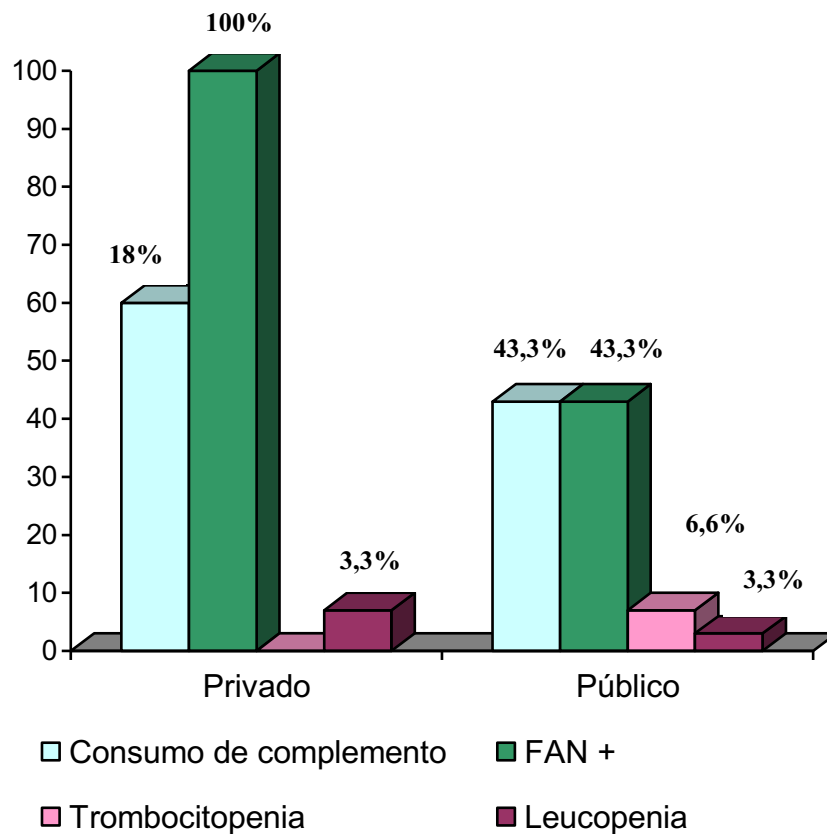
Dentre os achados laboratoriais, o mais comumente encontrado foi a pesquisa positiva do Fator Antinuclear – FAN – presentes em 43 (71,6%) pacientes. Logo em seguida, vem o consumo de complemento presente em 31 (51,6%) pacientes. Três (5%) pacientes apresentaram leucopenia e apenas 2 (3,3%) apresentaram trombocitopenia. (Figura 23)



$p < 0,05$

Figura 23 – Distribuição dos achados laboratoriais nos pacientes lúpicos de todo o estudo. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Entre os pacientes com FAN positivo, 30 (100%) eram do serviço privado e 13 (43,3%) do público. Entre os pacientes com consumo dos complementos, 18 (60%) eram do serviço privado e 13 (43,3%) do serviço público. Três pacientes com leucopenia, sendo 2 (6,6%) do serviço privado e somente 1 (3,3%) do público. E ainda, os dois (6,6%) pacientes com trombocitopenia eram do serviço público. (Figura 24)

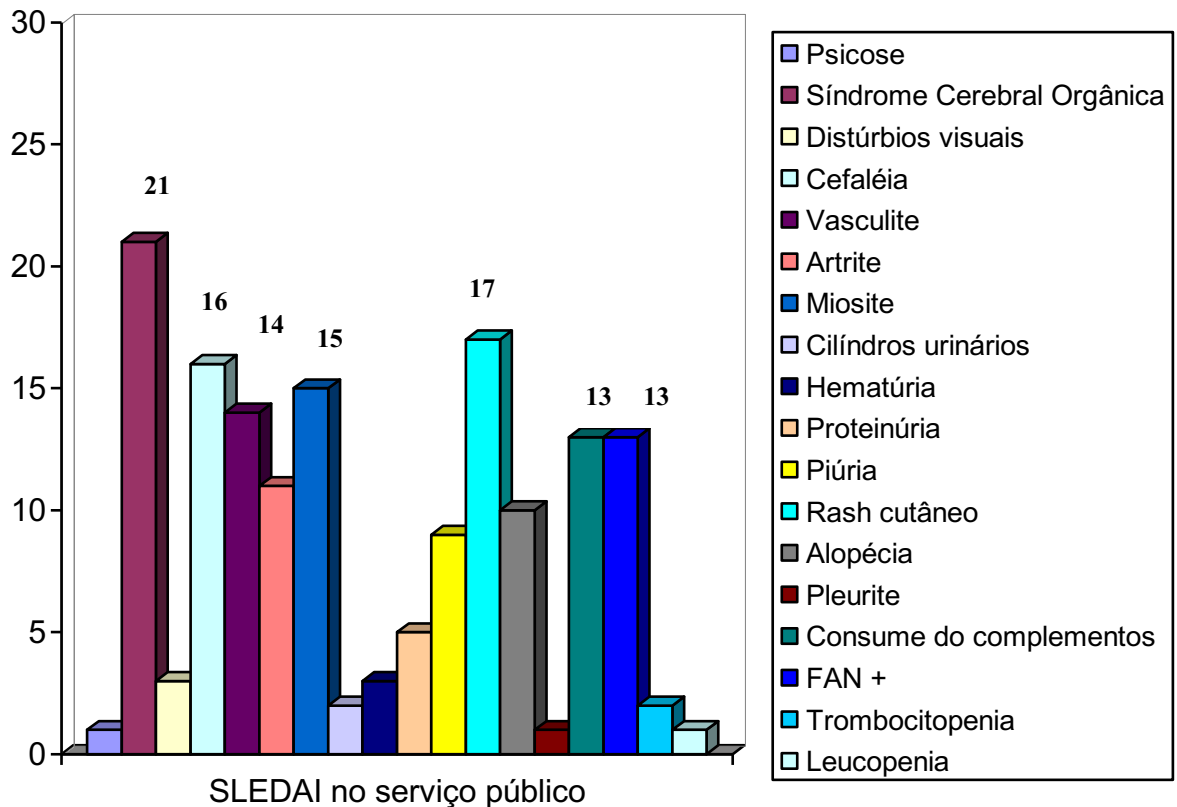


$p < 0,05$

Figura 24 – Comparação dos achados laboratoriais dos pacientes dos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Nenhum dos pacientes entrevistados apresentavam febre no momento da consulta ou nos últimos dez dias.

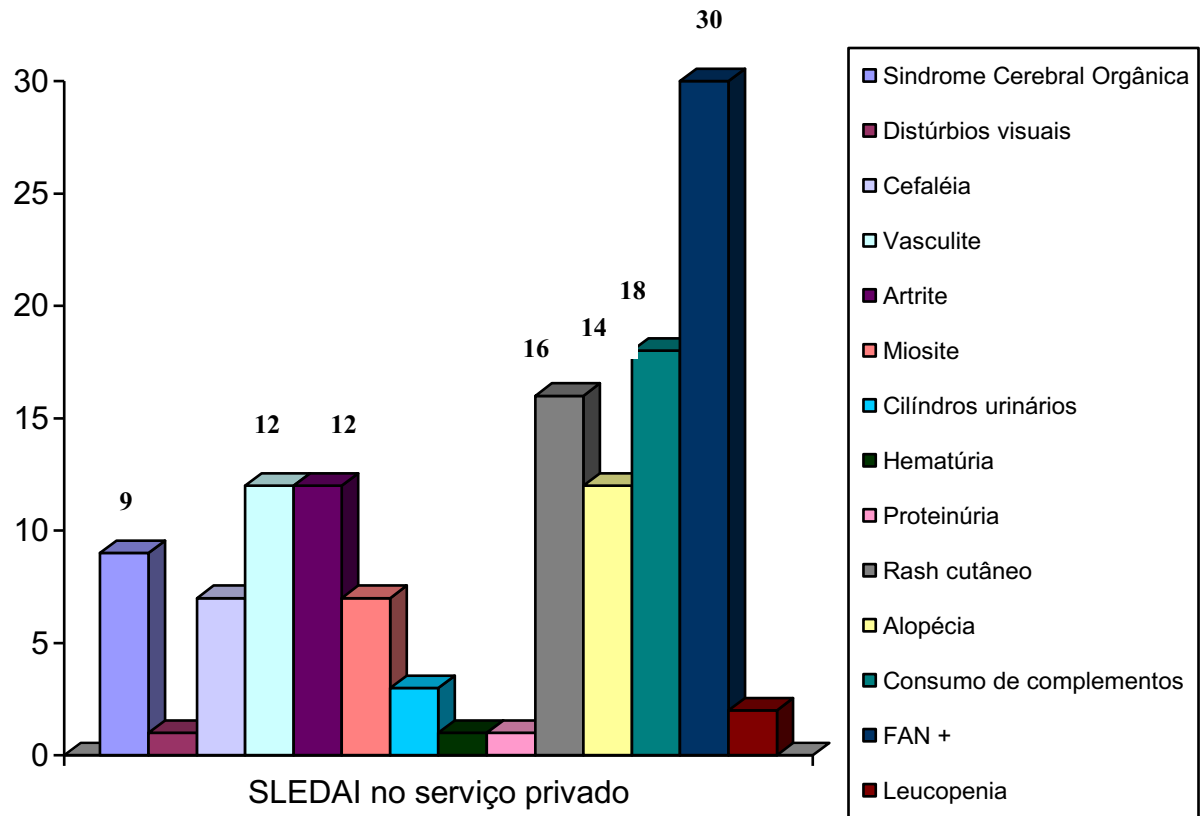
Na amostra de 30 pacientes do serviço público, foram encontrados 1 (3,3%) com psicose, 21 (70%) com síndrome cerebral orgânica, 3 (10%) com distúrbios visuais, 16 (53,3%) com cefaléia, 14 (46,6%) com vasculite, 11 (36,6%) com artrite, 15 (50%) com miosite, 2 (6,6%) com cilindros urinários, 3 (10%) com hematuria, 5 (16,6%) com proteinúria, 9 (30%) com piúria, 17 (56,6%) com rash cutâneo, 10 (33,3%) com alopecia, 1 (3,3%) com pleurite, 13 (43,3%) com consumo de complementos, 13 (43,3%) com positividade do FAN, 2 (6,6%) com trombocitopenia e 1 (3,3%) com leucopenia. (Figura 25)



$p < 0,05$

Figura 25 – Distribuição dos achados do SLEDAI nos pacientes do serviço público. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Em uma amostra de 30 pacientes do serviço privado, 9 apresentaram síndrome cerebral orgânica, 1 distúrbios visuais, 7 cefaléia, 12 vasculite, 12 artrite, 7 miosite, 3 cilindros urinários, 1 hematúria, 1 proteinúria, 16 rash cutâneo, 12 alopecia, 18 consumo de complementos, 30 com positividade do FAN e 2 com leucopenia. (Figura 26).



$p < 0,05$

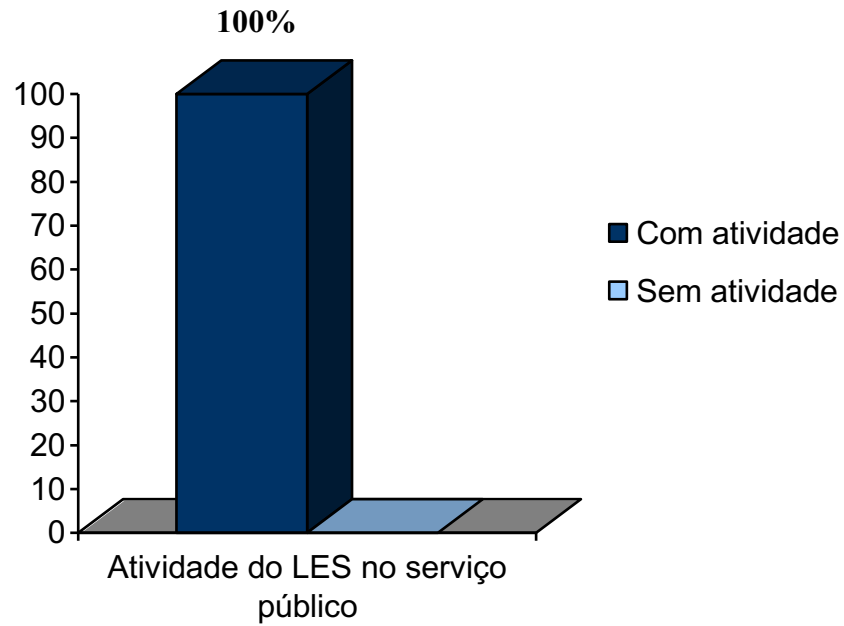
Figura 26 – Distribuição dos achados do SLEDAI nos pacientes do serviço privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Tabela 7 - Distribuição de sinais e sintomas do SLEDAI nos pacientes dos serviços público e privado. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.” Período Outubro/07 a Dezembro/07.

<i>Sinais e sintomas do SLEDAI</i>	<i>Público n=30</i>	<i>Privado n=30</i>	<i>p (valor)</i>
Convulsão	0	0	-
Psicose	1	0	-
Síndrome Cerebral Orgânica	21	9	0,0446
Distúrbios visuais	3	1	-
Pares cranianos	0	0	-
Cefaléia	16	7	0,0453
AVC	0	0	-
Vasculite	14	12	0,0445
Artrite	11	12	0,0348
Miosite	15	7	0,0481
Cilindros urinários	2	3	-
Hematúria	3	1	-
Proteinúria	5	1	-
Piúria	9	0	-
Rash cutâneo	17	16	0,0418
Alopécia	10	12	0,0392
Pleurite	1	0	-
Pericardite	0	0	-
Consumo de complemento	13	18	0,0472
FAN	12	30	0,0087
Febre	0	0	-
Trombocitopenia	2	0	-
Leucopenia	1	2	-

Fonte: pesquisa de campo

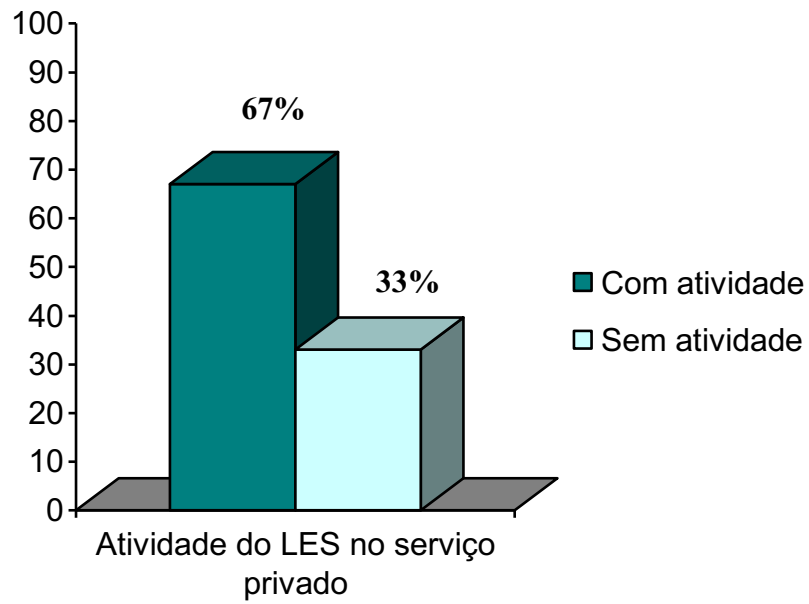
Todos os pacientes da casuística do serviço público apresentaram o LES em atividade, sendo o SLEDAI com pontuação maior ou igual a 4. A média da pontuação encontrada foi de 24,43, com desvio padrão de $\pm 9,24$. (Figura 27)



$p < 0,05$

Figura 27 – Demonstração da atividade lúpica nos pacientes do serviço público mensurado pelo SLEDAI. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

Já na casuística de pacientes do serviço privado, 10 (33,3%) não apresentavam nenhuma sintomatologia, ou ainda, quando apresentavam era branda, pontuando menos que 4, portanto, ratificando ausência de atividade lúpica. A pontuação média encontrada foi de 15,73, com desvio padrão de $\pm 7,38$. (Figura 28).



$p < 0,05$

Figura 28 – Demonstração da atividade lúpica nos pacientes do serviço privado mensurado pelo SLEDAI. “Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado.”

5. Discussão:

O LES ainda é uma patologia cercada por muitos enigmas, diversos estudos têm sido realizados em busca de desvendá-los. Porém, atualmente não podemos afirmar o porquê da doença ser mais agressiva em algumas pessoas, enquanto evolui de forma benigna em outras. Ainda, não se tem certeza se a etiologia está relacionada a fatores genéticos, e portanto, grupos étnicos diferentes, ou se está relacionada ao ambiente no qual o paciente está inserido, ou seja, clima tropical, suporte social, estatus socioeconômico, carência de serviços de saúde, assim como outras condições de instabilidade emocional. Nosso estudo visou contribuir para a elucidação destas indagações e diretamente auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos pacientes lúpicos.

Em 1998, Reveille et al. concluíram que fatores associados com a etnia afetaram a apresentação clínica do LES. Porém, fatores sociodemográficos como a condição social, a renda, a moradia, o nível educacional e os fatores imunogenéticos, tais como a classe de HLA II, C4 e CR1, também interferiram na evolução do LES. Destacaram ainda a necessidade de pesquisas que busquem outros fatores genéticos que afetem a patogenicidade e o resultado do LES, bem como, outras condições determinantes sociodemográficas que podem afetar a apresentação desta doença.

Assim como esses estudos, atualmente, outros têm sido realizados, porém não há ainda na literatura, nenhum trabalho deste cunho que investigue a associação de fatores genéticos e fatores socioeconômicos, bem como o seu grau de influência na atividade da doença, em um país de grande diversidade social, como é o caso do Brasil.

Em 2007, o grupo de pesquisa LUMINA, relatou que em um universo de 617 pacientes, 554 (90%) eram do sexo feminino e apenas 63 (10%) eram do sexo masculino. No Brasil, um estudo realizado em Natal / RN em 2005, por Bezerra et al., foi descrito uma proporção de 20 mulheres para cada homem. Resultado semelhante ao encontrado neste estudo, no qual 57 (95%) pacientes eram do sexo feminino, enquanto 3 (5%) eram do sexo masculino.

O LUMINA faz referência quanto ao grupo étnico encontrado em sua pesquisa, sendo 117 (19%) hispânicos (ancestrais mexicanos), 103 (17%) hispânicos de Porto Rico, 221 (36%) afroamericanos e 176 (28%) caucasianos, demonstrando maior representatividade dos

afroamericanos. No Brasil, segundo Vilar et al. (2003), o LES foi mais freqüente entre pacientes que se auto referiram brancos (77%), sendo 23% não brancos, não detalhando distinção entre afroamericanos e ameríndios. Em nosso estudo evidenciamos que 62% eram ameríndios, 25% caucasianos e 13% afroamericanos. Vale ressaltar a dificuldade que existe em classificar a população brasileira quanto à raça e à cor, fruto da grande diversidade de raças e, ainda, questões sociais, que interferem nas informações fidedignas quanto à ascendência. Grande parte da população brasileira provem da miscigenação entre europeus, negros e índios. No Estado do Pará diversas tribos indígenas nativas reforçam esta miscigenação.

Nossos resultados contestam o estudo de Hochberg (1997) em Baltimore, que ao analisar uma população de indivíduos negros, descreveu que fatores ambientais e não genéticos têm influência na expressão da doença, já que esta população é oriunda de uma região da África Central com uma prevalência presumivelmente baixa de LES.

Segundo Yazdany et al. (2007), a média da idade de maior incidência está em torno de $47 \pm 13,2$ anos. Jonsson et al. (1990) encontraram uma idade média de 50,1 anos. Porém, Vilar et al. (2003) relataram, no Brasil, uma idade média de 31,8 anos, em concordância com nosso estudo, onde foi encontrado uma idade média de 37 anos com desvio padrão de $\pm 12,8$ anos.

Yazdany et al. (2003) demonstraram um pico de incidência entre 35 a 39 anos de idade. Em contraste, Jonsson et al. (1990) relataram incidência entre 55 a 59 anos. Em nossa casuística observou-se uma diversidade entre os valores encontrados quando comparados os serviços público e privado, sendo que no serviço público, houve dois picos de incidência estatisticamente semelhantes, entre 16 e 26 anos (33%) e acima de 48 anos (27%). No serviço privado, houve dois resultados iguais, observando-se as faixas etárias entre 16 e 26 anos e entre 27 e 37 anos (ambos 26,6%), assim como os intervalos entre 38 a 48 anos e acima de 48 anos (ambos 23,3%).

Hopkinson et al. (2007) referiram em análise sobre a população lúpica de Nottingham um tempo médio entre o início dos sintomas atribuído pelo médico e o diagnóstico de 61 meses. No Brasil, Vilar et al. (2003) relataram um intervalo médio de 10 meses. No presente

estudo, houve maior prevalência de pacientes no intervalo de tempo entre 0 a 20 meses (70%), sendo estatisticamente iguais entre os dois serviços público e privado.

Neste estudo a maioria dos pacientes apresentou o ensino médio completo (37%), entre estes houve pouca diversidade na comparação estatística dos serviços privado (37%) e público (33%). O segundo mais freqüente foi o ensino superior completo, 20% dos pacientes, porém houve grande diversidade quando comparado os dois serviços, 37% dos pacientes do serviço privado, contra apenas 3,3 % do serviço público. Os demais resultados demonstraram que quanto mais aumentava o nível de escolaridade, maior era a proporção entre os pacientes do serviço privado, a recíproca era verdadeira, pois 6,6% dos pacientes tinham o ensino superior incompleto e todos eram do serviço privado, assim como 1,6% era analfabeto e pertencia ao serviço público. Esses dados não fogem da realidade nacional.

A relação afetiva estável foi descrita por 63% dos pacientes do serviço privado e por 43% dos pacientes do serviço público, no entanto, a relação afetiva instável foi relatada por 57% dos pacientes do serviço público e por 37% do privado. Portanto, a maioria do serviço privado referiu estabilidade emocional quanto ao seu relacionamento afetivo, ao contrário do serviço público em que a maioria referiu instabilidade. Importante frisar que esta informação é camuflada por preconceito social, exigindo sólida relação de confiabilidade médico paciente.

Inesperadamente os pacientes do serviço público foram os grandes responsáveis por relatar estabilidade financeira (80%) contra poucos (33,3%) do serviço privado. Portanto, a casuística do serviço privado apontou 66,6% com renda instável e a do público apontou 20%. Uma explicação plausível seria a grande demanda de políticas públicas sociais de auxílio à renda familiar implantada pelo governo. Em contra partida, o mercado de trabalho torna-se cada vez mais exigente e competitivo, invertendo a noção de que maior poder aquisitivo é semelhante à estabilidade financeira.

Contraditoriamente a este dado, o casa própria foi referida pela maioria nos pacientes do serviço privado (76,6%). Os pacientes do serviço público relataram possuir casa própria em menor proporção, porém, em número expressivo (53,3%). Ratificando que estabilidade financeira não representa maior poder aquisitivo, sendo a recíproca também verdadeira.

A atividade profissional gratificante foi referida por 53,3% dos pacientes do serviço privado. Enquanto, a maioria dos pacientes que alegaram atividade profissional não gratificante eram do serviço público (93,3%). Valores compatíveis com o grau de escolaridade mais prevalente em cada grupo de casuística, ou seja, profissional satisfeito equiparado ao maior grau de instrução, assim como a insatisfação profissional associada a menor grau de instrução e até mesmo menor leque de oportunidades.

Em relação ao SLEDAI, houve uma divisão didática para melhor observarmos os resultados. Primeiramente, analisando os sinais e sintomas do SNC. As manifestações mais freqüentes foram iguais nos dois grupos de pesquisa, sendo a mais comum a síndrome cerebral orgânica, porém no serviço público foi ainda mais predominante (70%). A segunda queixa mais comum foi cefaléia freqüente e resistente a analgésicos, contudo, também foi citada com mais freqüência entre os pacientes do serviço público (53,3%). Em menor proporção estatística os distúrbios visuais foram a terceira queixa mais freqüente, apenas 4 pacientes, sendo 3 (10%) do serviço público. Houve apenas um caso de psicose, também, do serviço público.

Caznoch et al. (2006) concluíram que as queixas articulares são extremamente comuns no LES, sendo mais freqüente a presença de artrite (aditiva e migratória). Observaram 53,1% dos pacientes com queixas articulares na apresentação da doença. No decorrer da mesma, esta foi encontrada em 80,3%. Artralgia isolada estava presente em 31,3%, artrite aditiva em 36,1% e artrite migratória em 12,9%.

Telles et al. (2007) encontraram grande incidência de artrite (64,3%) em uma população de pacientes com LES no Brasil. Resultados bem semelhantes foram encontrados em nosso estudo. A artrite foi retratada estatisticamente com diferença ínfima entre os dois grupos de casuística (40% do serviço privado e 36,6% do serviço público).

Sella et al. (2005) relataram que 43% da sua casuística tinha vasculite de mucosa, 29% de vasculite digital e 14% de vasculite de grandes vasos dentro da amostra de 14 pacientes com LES. Nossa pesquisa detectou vasculite em quase metade dos pacientes (43,3%), e

miosite com valores de significância estatística (36,6%), sendo mais freqüente no serviço público (50%) do que no privado (23,3%).

Em estudo realizado por Fernández et al. (2007), o envolvimento renal ocorreu mais freqüentemente em pacientes afroamericanos e nos hispânicos do Texas do que em caucasianos. Um total de 150 pacientes com envolvimento renal foi comparado com os 309 pacientes que não apresentaram comprometimento renal. Os pacientes com nefrite apresentaram grandes proporções de genes ancestrais de africano e de ameríndio do que pacientes sem nefrite. Em modelos multivariáveis, 36.8% da variação foi explicado pela mistura genética, 14.5% pelo estatus socioeconômico, e 12.2% pela diversidade genética e pelo estatus socioeconômico combinados. Entretanto, 45.9% da variação no modelo remanesceu inexplicavelmente. Os dados sugerem que os fatores genéticos são os determinantes mais importantes do acometimento renal do que os fatores socioeconômicos. Em nosso estudo, a manifestação renal relacionada ao grupo étnico, e também, ao tipo de serviço no qual o paciente foi atendido, comportou-se conforme o descrito na literatura. No serviço privado, houve dois pacientes caucasianos e um ameríndio com envolvimento renal. No serviço público, houve resultado expressivo, pois 12 (40%) pacientes ameríndios apresentaram comprometimento renal nos exames de laboratórios.

Em nossa pesquisa, os achados laboratoriais urinários não foram muito evidentes. Nove (30%) pacientes do serviço público apresentaram sinais de piúria, sendo todos do serviço público. Entre os achados do exame de rotina urinária, o segundo mais presente foi à presença de cilindros urinários, seguido pela hematúria. Os dois foram mais evidenciados entre os pacientes do serviço público.

Telles et al. (2007) referem achados de 39% de aumento na proteinúria. Em nosso trabalho este exame apresentou mais alteração (aumento) nos seus valores de normalidade entre os pacientes do serviço público (16,6%).

No Brasil, Sella et al. (2005) divulgaram resultado de 93% dos pacientes com LES apresentando rash cutâneo. Em todo o estudo, as manifestações dermatológicas do LES foram muito marcantes, porém em menor proporção, o rash cutâneo foi evidenciado em 33 (55%) dos pacientes e a alopecia por 22 (36,6%) pacientes. Não houve diferença estatística entre os

resultados dos dois grupos. Dezesesseis (53,3%) pacientes do serviço privado e 17 (56,6) do serviço público apresentavam rash cutâneo no momento da consulta. Doze (40%) pacientes do serviço privado e 10 (33,3%) do serviço público relataram alopecia.

Telles et al. (2007) também descreveram 31,4% de sua amostra manifestando algum tipo de serosite (pericardite ou pleurite). Sella et al. (2005) descreveram achados bastante semelhantes estatisticamente, sendo 29% da sua casuística com serosite. Em nosso estudo, houve somente um paciente (1,6%) apresentando pleurite.

Lima et al. (2007) estudaram 82 pacientes com LES e não observaram correlação dos títulos do FAN e a atividade de doença (SLEDAI), embora tenha sido observada correlação entre anti-DNA e escore de SLEDAI nessa mesma população. Telles et al. (2007) encontraram 100% de positividade na pesquisa do FAN em uma população de 172 pacientes lúpicos, assim como, Sella et al. (2005), também, encontro 100% de FAN positivo. Os achados laboratoriais de nossa pesquisa foram mais evidenciados no serviço privado. O FAN esteve positivo em 100% dos pacientes do serviço privado, e em 40% dos pacientes do serviço privado.

A alteração hematológica mais prevalente foi o consumo de complemento, detectada em 18 (60%) pacientes do serviço privado. Telles et al. (2007) publicaram um achado de 148 (98%) pacientes lúpicos apresentando leucopenia com linfopenia. Em nosso estudo a leucopenia não apresentou a mesma frequência, estando presente em apenas 3 (5%) pacientes, sendo 2 do público e 1 do privado. Telles et al. (2007) também encontraram valores de maior representatividade para a trombocitopenia (16,6%) do que os encontrados em nossa pesquisa, pois a mesma esteve presente em somente 2 pacientes do serviço público.

6. Conclusão:

Comprovou-se a interferência dos fatores socioeconômicos na atividade e na evolução da doença na população estudada.

I – Os pacientes do serviço público apresentaram, em sua maioria, condições socioeconômicas desfavoráveis quando comparados aos pacientes do serviço privado. O SLEDAI acompanhou esses resultados, mostrando-se em atividade em maior proporção entre os pacientes do serviço público.

II – O maior grau de escolaridade, a presença de união afetiva estável, os proventos estáveis, a moradia própria e a atividade profissional gratificante são fatores psicossociais que parecem proporcionar certo conforto emocional, interferindo de forma positiva para um menor grau de atividade da doença no LES.

III – Observou-se um predomínio de ameríndios entre os pacientes com LES estudados. E neste subgrupo étnico o LES mostrou-se mais grave.

7.Referências Bibliográficas:

Alarcón, GS; Roseman, J; Bartolucci, A; Friedman, AW; Moulds, JM; Goel, N; Straaton, KV; Reveille, J: Systemic Lupus Erythematosus in three ethnic groups: II Features Predictives of disease activity early in its course. *American College of Rheumatology*. v. 41(7), July, p 1173-1180, 1998.

Alarcón, GS; Kemi Brooks, MPH; Reveille, JD; Lisse, JR. Do patients of Hispanic and African-american ethnicity with lupus experience worse outcomes than patients with lupus from other populations? The LUMINA study. *SLE in Clinical Practice*, a publication of the Lupus Foundation of America, Inc. Vol 2, Issue 3, September 1999.

Appenzeller, S; Costallat, LT. Análise de sobrevida global e fatores de risco para óbito em 509 pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*. v 44, nº 3. Mai/jun 2004.

Ayache, D. C. G; Costa, I. P. Alterações da personalidade no lúpus eritematoso sistêmico. *Rev. Bras. Reumatol*. v.45 n.5 São Paulo set./out. 2005.

Bastian HM, Roseman JM, McGwin G Jr., et al: Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups XII. Risk factors for lupus nephritis after diagnosis. *Lupus* 11: 152-60, 2002

Bae SC, Hashimoto H, Karlson EW, Liang MH, Daltroy LH: Variable effects of social support by race, economic status, and disease activity in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 28: 1245-51, 2001.

Bezerra ELM; Vilar MJP; Barbosa OFC; Santos SQ; Castro MA; Trindade MC; Sato EI. Lúpus eritematoso sistêmico (LES): perfil clínico-laboratorial dos pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-Natal/Brasil) e índice de dano nos pacientes com diagnóstico recente. *Rev. Bras. Reumatol*. v.45 n.6 São Paulo nov./dez. 2005

Bonfá ESDO, Borba Neto EFB: Lúpus Eritematoso Sistêmico. In: Bonfá ESDO, Ioshinari NH: *Reumatologia para o clínico*. Editora Roca, São Paulo, 2000, p. 25-33.

Borba EF, Bonfá E: Dyslipoproteinemias in systemic lupus erythematosus: influence of disease, activity, and anticardiolipins antibodies. *Lupus* 6:533-9, 1997.

Brunner HI, Silverman ED, To T, Bombardier C, Feldman BM: Sensitivity of the Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, British Isles Lupus Assesment Group Index, and Systemic Lupus Activity Measure in the evaluation of clinical change in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism* 42: 1354-60, 1999.

Calvo-Alén J; Alarcón GS; Campbell R; Fernández M; Reveille JD; Cooper GS. Lack of recording of systemic lupus erythematosus in the death certificates of lupus patients. *Rheumatology (Oxford)*; 44 (9): 1186-9, Sep 2005.

Carbotte RM, Denburg SD, Denburg JÁ: Prevalence of cognitive impairment in systemic lupus erythematosus. *J Nerv Ment Dis* 174: 357-64, 1986

Caznoch, CJ; Esmanhoto, L; Silva, MB; Skare, T. Padrão de comprometimento articular em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e sua associação com presença de fator reumatóide e hiperelasticidade. Rev. Bras. Reumatol. v.46 n.4 São Paulo jul./ago. 2006

CECIL. Tratado de medicina interna. 22ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R: Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 44:2331-7, 2001.

Fernandez, M; Alarcón, GS; Calvo-Alen, J; Andrade, R; Mcgwin, GJ; Vilá, LM; Reveille, JD; LUMINA Study Group. A multiethnic, multicenter cohort of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) as a model for the study of ethnic disparities in SLE. American College of Rheumatology, vol 57 (4), 15 May: p 576-584, 2007.

Fessel WJ. Systemic lupus erythematosus in the community: Incidence, prevalence, outcome, and first symptoms; the high prevalence in black women. Arch Intern Med 1974; 134: 1027-35.

Hahn BH: Pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus. In: Kelley WN, Harris Jr ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology Vol 2. Fifth Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1997, p. 1089-103.

Harvey AM: Systemic Lupus erythematosus: review of literature and clinical analysis of 138 cases. Medicine 33: 291-437, 1954

Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 40: 1725, 1997

_____. The incidence of systemic erythematosus lupus in Baltimore, Maryland, 1970-1977. Arthritis Rheum 1985; 28: 80-6.

Hockenbury DH, Hockenbury SE: Personalidade. In: Hockenbury DH, Hockenbury SE: Descobrimos a psicologia. 1ª edição brasileira: Ed. Manole, Barueri-SP, 2003, p. 367-407.

Hopkinson ND, Doherty M, Powell RJ. Clinical features and race-specific incidence/prevalence rates of systemic lupus erythematosus in a geographically complete cohort of patients. Ann Rheum Dis. 1994; 53: 675-80 apud Yazdany, J; Gillis, JZ; Trupin, L; Katz, P; Panopalis, P; Criswell, LA; Yelin, E: Association of Socioeconomic and Demographic Factors with Utilization of Rheumatology Subspecialty Care in Systemic Lupus Erythematosus. American College of Rheumatology. v. 57 (4), 15 may, p 593-600, 2007

Jacobsen S, Petersen J, Ullman S et al: A multicenter study of systemic lupus erythematosus in 513 Danish patients. I: Disease manifestations and analyses of clinical subset. Clin Rheumatol 17: 468-77, 1998.

Jonsson H, Nived O, Sturfelt G, Silman A. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a defined population using multiple sources of retrieval. Br J Rheumatol 1990; 29: 185-8.

Júlio de Mello Filho apud Dari Mattje, G; Turato, E. R. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4).

Kahl LE: Artrite e doenças reumatológicas. In Ewald GA, Mckenzie CR: Manual de Terapêutica Clínica, 28.a ed, Rio de Janeiro, Médica e Científica, p 600, 1996.

Liang MH, Rogers M, Larson M, et al: The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 27: 13-9, 1984.

Lima, I; Néri, F; Santiago, M.B. Dosagem sérica de adenosina deaminase em lúpus eritematoso sistêmico: ausência de associação com atividade de doença. *Rev. Bras. Reumatol.* Vol. 45 no. 5 São Paulo Sept./Oct. 2005.

Lima, I; Barbosa, L; Lopes, M; Reis, E; Reis, M; Colossi, K; Abreu, M; Ferreira, C; Santiago, M. Pesquisa de anticorpos antinucleossoma em lúpus eritematoso sistêmico. *Rev. Bras. Reumatol.* V.47 n.3 São Paulo maio/jun. 2007.

Lockshin, MD: Biology of the sex and age distribution of systemic lupus erythematosus. *American College of Rheumatology.* v. 57 (4), 15 may, p 608-611, 2007.

Maes MBE, Bonaccorso S, Hunsel FV, et al: Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder and patients with major depression, but not in patients with fibromyalgia. *Acta Psych Scand* 98: 328-35, 1998.

Miguel Filho EC: Alterações Psicopatológicas no Lúpus Eritematoso Sistêmico. São Paulo, 1992. [Tese de Doutorado- Universidade de São Paulo].

Moreira MD, Mello Filho J: Psicoimunologia hoje. In: Mello Filho J: Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artmed, 1992, p 119-51.

Moore AD, Clarke AE, Danoff DS, Joseph L, Belisle P, Neville C, Fortin PR: Can health utility measures be used in lupus research? A comparative validation and reliability study of 4 utility indices. *J Rheumatologia* 26: 1285-90, 1999.

Otto R, Mackay IR, 1967 apud Dari Mattje, G; Turato, E. R. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4).

Reilly PA, Evison G, McHugh NJ, Maddison PJ: Arthropathy of hand and feet is systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 17: 777-84, 1990.

Reveille JD, Bartolucci A, Alarcon GS: Prognosis in SLE: negative impact of increasing age in onset, black race, and thrombocytopenia, as well as causes of death. *Arthritis Rheum* 33: 37-48, 1990.

Reveille, JD; Moulds, JM; Ahn, C; Friedman, AW; Baethge, B; Roseman, J; Straaton, KV; Alarcón, G: Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: I. The effects of HLA Class II, C4 and CR1 alleles, socioeconomic factors, and ethnicity at disease onset. *American College of Rheumatology.* V. 41(7), july, p 1161-1172, 1998.

Santoantonio J: Estudo de características da personalidade de adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico por meio do método de Rorschach. São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado - Unifesp/EPM].

Sato EI, Bonfá ED, Costallat LTL, et al: Consenso Brasileiro para o Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Rev Bras Reumatol 42: 362-9, 2002.

Sella, EMC; Carvalho, EMP; Sato, EI. Osteonecrose em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Bras. Reumatol. v.45 n.1 São Paulo jan./fev. 2005.

Sobell JL, Sommers SS, Kay J: Genética. In: Kay J, Tasman A, Luberman JA: Psiquiatria-ciência comportamental e fundamentos clínicos. 1º edição brasileira. Barueri-SP, Ed. Manole, 2002, p. 121-4.

Tam EM, Cohen AS, Fries JF: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 25:1271, 1982.

Tebbe B, mansman U, Wollina U, et al: Markers in cutaneous lupus erythematosus indicating systemic involvement. A multicenter study on 296 patients. Acta Derm venereal 77: 305-8, 1997.

Telles, R; Lanna, C.; Ferreira G.; Carvalho, M.A.; Ribeiro, A.L. Frequência de doença cardiovascular aterosclerótica e de seus fatores de risco em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Bras. Reumatol. v.47 n.3 São Paulo maio/jun. 2007.

Vilar MJ, Rodrigues, JM, Sato EI: Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN – Brasil. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 43, nº 6, p 347-51. Nov/dez 2003.

Yazdany, J; Gillis, JZ; Trupin, L; Katz, P; Panopalis, P; Criswell, LA; Yelin, E: Association of Socioeconomic and Demographic Factors with Utilization of Rheumatology Subspecialty Care in Systemic Lupus Erythematosus. American College of Rheumatology. v. 57 (4), 15 may, p 593-600, 2007

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

PROTOCOLO DE PESQUISA Lupus Eritematoso Sistêmico

Data da consulta: ___/___/___

Serviço Público ()

Serviço Privado ()

Nome: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Grupo Étnico: caucariano ()

Ameríndio ()

Afroamericano ()

Início dos sintomas: _____

Data do diagnóstico: _____

Intervalo entre o início dos sintomas e a data do diagnóstico: _____

Grau educacional: () analfabeto

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() Superior incompleto

() Superior completo

Relação afetiva estável: () sim () não

Renda (proventos) estável: () sim () não

Moradia própria: () sim () não

Atividade profissional gratificante () sim () não

Qual atividade profissional? _____

SLEDAI:

8	Convulsão – Acontecimento recente. Excluindo causas metabólicas, infecciosas, e medicamentosas.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Psicose – Alteração severa da percepção da realidade	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Síndrome cerebral orgânica – alteração da função mental de orientação, de memória de aparição abrupta e flutuante, redução da capacidade de concentração, insônia ou sonolência diurna, aumento ou diminuição da atividade psicomotora	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Distúrbios visuais – retinopatia lúpica, hemorragia retiniana, neurite, excluindo causa hipertensiva, infecciosa ou medicamentosa.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Pares cranianos – neuropatia sensitiva ou motora de aparição recente equivalente aos pares cranianos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Cefaléia – severa e persistente, resistente a analgésicos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	AVC – recente, excluindo arteriosclerose	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Vasculite – ulcerações, gangrena, nódulos digitais dolorosos, infarto periungueais, ou angiografia atestando vasculite.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Artrite – pelo menos 2 articulações dolorosas e com sinais flogísticos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Miosite – dor e fraqueza muscular. Biópsia ou eletromiograma consistente com miosite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Cilindros urinários – cilindros hemegranaulares ou hemáticos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Hematúria - > 5 eritrócitos/campo, excluir litíase, infecção ou outras causas.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Proteinúria - > 0,5 g/24h, reinício ou aumento recente > 0,5g/24h	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Piúria - > 5 leucócitos/campo, excluir infecção	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Rash cutâneo – recente ou recidivante	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Alopécia – aparecimento recente ou recidiva em placas ou difusos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

2	Pleurite – dor torácica forte de origem pleural	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Pericardite – dor precordial ou confirmação através de eletro ou ecocardiograma	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Consumo de complemento – redução de CH50, de C3 ou de C4 laboratorialmente	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Positividade para anti-corpos anti-DNA – positividade > que 25% para o FAAN laboratorialmente	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1	Febre - Temperatura de corpo	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> °C <input type="radio"/> °F
1	Trombocitopenia - < 100.000 plaquetas /mm ³	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> por o μL <input type="radio"/> 10 ⁹ /L
1	Leucopenia - < 3.000 /mm ³ , sem causa medicamentosa	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> por o μL <input type="radio"/> 10 ⁹ /L

Total de pontos: _____

Classificação da atividade lúpica: _____

APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. **Título da pesquisa:**

Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo de pacientes do serviço público e do serviço privado. Período Outubro/07 a Dezembro/07

2. **Justificativa:** É reconhecido que os fatores emocionais nos quais o paciente lúpico estão inserido influenciam diretamente na etiopatogenia da doença, no entanto, não podemos ratificar o quanto estes fatores sociais, geradores da estabilidade ou instabilidade emocional, são responsáveis pelo grau de atividade do LES, ainda mais em um país como o Brasil, onde as diversidades sociais são marcantes.

3. **Objetivos:** Avaliar em uma população com Lupus Eritematoso Sistêmico a interferência de fatores sociais na atividade e evolução da doença.

4. **Procedimentos:** após os esclarecimentos sobre a pesquisa, os participantes responderão a um questionário padrão (protocolo de pesquisa) para obtenção dos dados necessários à pesquisa, e será feita a análise dos exames laboratoriais previamente solicitados.

5. **Riscos envolvidos:** a pesquisa não apresenta riscos uma vez que a participação do indivíduo constará apenas de uma entrevista.

6. **Liberdade de escolha:** o indivíduo investigado tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

7. **Garantia de sigilo:** Será assegurado sigilo quanto aos dados confidenciais fornecidos pelo participante, assim como de seus respectivos resultados de exames laboratoriais.

8. **Consentimento:**

Eu, _____, declaro ter sido esclarecido sobre as informações citadas acima a respeito desta pesquisa, assim como autorizo a utilização e divulgação dos resultados dos meus exames e das questões respondidas por mim aos autores do projeto, embora exija sigilo quanto à minha identidade.

Belém. ____/____/____

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – Critérios de classificação do Lúpus Eritematoso Sistêmico fornecidos originalmente pelo Colégio Americano de Reumatologia

The 1982 Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematosus

Criterion	Definition
1. Malar rash	Fixed erythema, flat or raised, over the malar eminences, tending to spare the nasolabial folds
2. Discoid rash	Erythematous raised patches with adherent keratotic scaling and follicular plugging; atrophic scarring may occur in older lesions
3. Photosensitivity	Skin rash as a result of unusual reaction to sunlight, by patient history or physician observation
4. Oral ulcers	Oral or nasopharyngeal ulceration, usually painless, observed by physician
5. Arthritis	Nonerosive arthritis involving 2 or more peripheral joints, characterized by tenderness, swelling, or effusion
6. Serositis	a) Pleuritis--convincing history of pleuritic pain or rubbing heard by a physician or evidence of pleural effusion OR b) Pericarditis--documented by ECG or rub or evidence of pericardial effusion
7. Renal disorder	a) Persistent proteinuria greater than 0.5 grams per day or greater than 3+ if quantitation not performed OR b) Cellular casts--may be red cell, hemoglobin, granular, tubular, or mixed
8. Neurologic disorder	a) Seizures--in the absence of offending drugs or known metabolic derangements; e.g., uremia, ketoacidosis, or electrolyte imbalance OR b) Psychosis--in the absence of offending drugs or known metabolic derangements, e.g., uremia, ketoacidosis, or electrolyte imbalance
9. Hematologic disorder	a) Hemolytic anemia--with reticulocytosis OR b) Leukopenia--less than 4,000/mm ³ - 3 total on 2 or more occasions OR c) Lymphopenia--less than 1,500/mm ³ - 3 on 2 or more occasions OR d) Thrombocytopenia--less than 100,000/mm ³ - 3 in the absence of offending drugs
10. Immunologic disorder	a) Positive LE cell preparation OR b) Anti-DNA: antibody to native DNA in abnormal titer OR c) Anti-Sm: presence of antibody to Sm nuclear antigen OR d) False positive serologic test for syphilis known to be positive for at least 6 months and confirmed by <i>Treponema pallidum</i> immobilization or fluorescent treponemal antibody absorption test
11. Antinuclear antibody	An abnormal titer of antinuclear antibody by immunofluorescence or an equivalent assay at any point in time and in the absence of drugs known to be associated with "drug-induced lupus" syndrome

ANEXO B – Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index

8	Convulsão – Acontecimento recente. Excluindo causas metabólicas, infecciosas, e medicamentosas.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Psicose – Alteração severa da percepção da realidade	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Síndrome cerebral orgânica – alteração da função mental de orientação, de memória de aparição abrupta e flutuante, redução da capacidade de concentração, insônia ou sonolência diurna, aumento ou diminuição da atividade psicomotora	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Distúrbios visuais – retinopatia lúpica, hemorragia retiniana, neurite, excluindo causa hipertensiva, infecciosa ou medicamentosa.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Pares cranianos – neuropatia sensitiva ou motora de aparição recente equivalente aos pares cranianos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Cefaléia – severa e persistente, resistente a analgésicos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	AVC – recente, excluindo arterioesclerose	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8	Vasculite – ulcerações, gangrena, nódolos digitais dolorosos, infarto periungueais, ou angiografia atestando vasculite.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Artrite – pelo menos 2 articulações dolorosas e com sinais flogísticos.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Miosite – dor e fraqueza muscular. Biópsia ou eletromiograma consistente com miosite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Cilindros urinários – cilindros hemegranulares ou hemáticos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Hematúria - > 5 eritrócitos/campo, excluir litíase, infecção ou outras causas.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Proteinúria - > 0,5 g/24h, reinício ou aumento recente > 0,5g/24h	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Piúria - > 5 leucócitos/campo, excluir infecção	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Rash cutâneo – recente ou reincidivante	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Alopécia – aparecimento recente ou reincidiva em placas ou difusos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

2	Pleurite – dor torácica forte de origem pleural	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	Pericardite – dor precordial ou confirmação através de eletro ou ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	Consumo de complemento – redução de CH50, de C3 ou de C4 laboratorialmente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	Positividade para anti-corpos anti-DNA – positividade > que 25% para o FAAN laboratorialmente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1	Febre - Temperatura de corpo	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> °C <input type="radio"/> °F
1	Trombocitopenia - < 100.000 plaquetas /mm3	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> por o μL <input type="radio"/> 10 ⁹ /L
1	Leucopenia - < 3.000 /mm3, sem causa medicamentosa	<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> por o μL <input type="radio"/> 10 ⁹ /L