

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

THIAGO JOSÉ NASCIMENTO DE SOUZA

**ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO DE SUICÍDIO E DOR PSICOLÓGICA
EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Maceió

2021

THIAGO JOSÉ NASCIMENTO DE SOUZA

**ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO DE SUICÍDIO E DOR PSICOLÓGICA
EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Dissertação como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas; Área de Concentração em Epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Co-orientador: Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda

Maceió

2021

**Catálogo na Fonte
Universidade Federal de
Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento
Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho
Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S729e Souza, Thiago José Nascimento de.
Estudo da associação entre risco de suicídio e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico / Thiago José Nascimento de Souza. – 2021. 62 f. : il.

Orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.
Co-orientador: Claudio Torres de Miranda.
Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió.

Bibliografia: f. 45-52.
Apêndices: f. 53-55.
Anexos: f. 56-62.

1. Lúpus eritematoso sistêmico. 2. Ideação suicida . 3. Tentativa de suicídio.
4. Estresse psicológico. I. Título.


CDU: 616.51

Folha de Aprovação


AUTOR: THIAGO JOSÉ NASCIMENTO DE SOUZA

Estudo de associação entre risco de suicídio e dor psicológica em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico / dissertação de mestrado em ciências médicas da Universidade Federal de Alagoas, na forma normalizada e de uso obrigatório

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 22 /09 /2021.


Documento assinado digitalmente
 VALFRIDO LEAO DE MELO NETO
Data: 30/01/2023 12:25:53-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutor, Valfrido Leão de Melo Neto, Universidade Federal de Alagoas /
Faculdade de Medicina – Orientador


Documento assinado digitalmente
 CLAUDIO TORRES DE MIRANDA
Data: 01/02/2023 15:35:55-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutor, Cláudio Torres de Miranda, Universidade Federal de Alagoas /
Faculdade de Medicina - Coorientador

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 TIAGO GOMES DE ANDRADE
Data: 10/02/2023 09:31:46-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutor, Tiago Gomes de Andrade, Universidade Federal de Alagoas /
Faculdade de Medicina - Examinador interno

Documento assinado digitalmente
 MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUER
Data: 10/02/2023 09:31:46-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutora, Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, Universidade Federal de Alagoas /
Escola de Enfermagem - Examinador externo
JORGE ARTUR PECANHA DE MIRANDA
COELHO:02788815484
Assinado de forma digital por JORGE ARTUR PECANHA DE MIRANDA
COELHO:02788815484
Dados: 2023.02.09 16:19:24 -03'00'

Doutor, Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho, Universidade Federal de Alagoas /
Faculdade de Medicina - Examinador externo

Aos meus pais, Edna e José, responsáveis pela minha formação humana e acadêmica, grandes
incentivadores em todas as fases da minha vida e;

Aos meus irmãos Fábio e José, pelo grande apoio e incentivo.

AGRADECIMENTO

À Deus, obrigado por permitir que tudo isso esteja se realizando, por Seu infinito amor, por marcar minha vida de realizações, que às vezes não dou o devido valor, mas eu sei que tudo é graças a Ti, que se faz presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Edna e Souza, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Por acreditarem em mim. Sem vocês, nada disso seria possível. Sinto-me orgulhoso e privilegiado por ter pais tão especiais. Amo vocês!

À minha avó (*in memoriam*), por ensinar à nossa família os valores mais preciosos de um ser humano: a humildade, respeito ao próximo e o amor a Deus. A você, meu amor eterno!

Aos meus irmãos, Fábio e José, e amigos, Junior e Mayara, que Deus e a vida colocaram em meu caminho. Obrigado pelo companheirismo, apoio e amizade. Vocês deixaram essa jornada mais leve.

À minha família, tios(as) e primos(as) e por apoiarem e compreenderem o meu isolamento em inúmeras reuniões de família.

Ao professor, Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Pelas vezes que nos reunimos e, embora em algumas eu chegasse desestimulado, o senhor incentivava a continuar, compartilhando seus conhecimentos. Obrigado por acreditar em mim e pelos incentivos.

À coordenadora do PPGCM, Dr. Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira, pelo apoio desde a banca de seleção.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica, de etiologia multifatorial, que acomete diversos órgãos e sistemas. Pode provocar manifestações neuropsiquiátricas além de dores articulares, que podem contribuir para um aumento no risco de suicídio. **Objetivo:** Analisar a associação entre risco de suicídio e dor psicológica em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado no ambulatório de reumatologia de um hospital da cidade de Maceió-AL. Amostra por conveniência, constituída por 50 pacientes mulheres em atendimento ambulatorial. Instrumentos utilizados: Questionário sociodemográfico preparado para a pesquisa, Mini International Neuropsychiatric Interview para o diagnóstico psiquiátrico dos transtornos de humor e risco de suicídio; instrumentos de intensidades de sintomas: Escala de Impulsividade de Barratt, Escala de Agressividade de Buss-Perry, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Desesperança de Beck, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Dor Psicológica (Psychache Scale). **Resultados:** A média de idade das 50 mulheres investigadas foi 39,5 ($\pm 12,5$) anos. Quarenta e seis (92%) das entrevistadas apresentaram prejuízo no sono. A média no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh total foi 10,3 ($\pm 3,9$). Episódio Depressivo Maior Atual foi identificado em 60% da amostra, sendo 100% das pacientes com risco de suicídio e 48,7% das sem risco. A prevalência de risco de suicídio foi 22% das mulheres, as quais apresentaram escores mais elevados no BDI ($p=0,02$), no BHS ($p=0,03$) e na Escala de Dor Psicológica ($p<0,01$). Houve correlação diretamente proporcional entre os escores de dor psicológica e do BDI ($r=0,47$, $p<0,01$) e do PSQI ($r=0,31$; $p<0,05$). **Conclusões:** Cerca de 1 em cada 5 mulheres investigadas com LES apresentou risco de suicídio. Em todos os casos de risco de suicídio, detectou-se episódio depressivo maior. Quanto maior a gravidade dos sintomas depressivos, maiores os escores de dor psicológica. Quanto maior a dor psicológica, pior a qualidade do sono.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Ideação suicida. Tentativa de suicídio. Estresse psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Systemic Lupus Erythematosus is a chronic inflammatory disease of multifactorial etiology that affects several organs and systems. It can cause neuropsychiatric manifestations in addition to joint pain, which can contribute to an increased risk of suicide.

Objective: To analyze an association between suicide risk and psychological patients with

Systemic Lupus Erythematosus. **Methodology:** Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out at the rheumatology clinic of a hospital in the city of Maceió-AL.

Convenience sample, found by 50 female patients in outpatient care. Used: Sociodemographic questionnaire prepared for the research, Mini International Neuropsychiatric Interview for the psychiatric diagnosis of mood disorders and risk of suicide; Symptom intensities instruments:

Barratt Impulsiveness Scale, Buss-Perry Aggressiveness Scale, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Life Scale, and Psychological Pain

Scale (Scale of Psyche). **Results:** The mean age of the 50 women investigated was 39.5 (\pm 12.5) years. Forty-six (92%) of respondents related to sleep. The average on the total Pittsburgh Sleep Quality Index was 10.3 (\pm 3.9). Current Major Depressive Episode was identified in 60% of the

sample, with 100% of patients at risk of suicide and 48.7% of those without risk. The prevalence of suicide risk was 22% of women, as qualified higher scores on the BDI ($p = 0.02$), without BHS ($p = 0.03$) and on the Psychological Pain Scale ($p < 0.01$). There was a direct correlation

between psychological pain and BDI scores ($r = 0.47$, $p < 0.01$) and PSQI ($r = 0.31$; $p < 0.05$).

Conclusions: About 1 in 5 women investigated with SLE was at risk of suicide. In all cases of suicide risk, a major depressive episode was detected. The greater the severity of depressive symptoms, the higher the psychological pain scores. The greater the psychological pain, the worse the quality of sleep.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus. Suicidal ideation. Suicide attempt. Psychological stress.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características Sociodemográficas das Pacientes com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	29
Tabela 2: Características Clínicas das Pacientes com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	30
Tabela 3: Análise Comparativa dos Índices de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em Pacientes com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	31
Tabela 4: Análise Comparativa dos Domínios de Qualidade de Vida (SF-36) em Pacientes com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	32 33
Tabela 5: Características Psiquiátricas das Pacientes com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	
Tabela 6: Análise Comparativa dos Escores de Impulsividade e Agressividade, em Mulheres com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.	34
Tabela 7: Análise correlativa dos escores de dor psicológica com BDI, BHS, PSQI, AQ, BISS-11, SF-36 e suicidalidade.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	American College of Rheumatology
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	Associação Americana de Psicologia
AQ	Questionário de Agressividade de Buss-Perry
BDI	Inventário de depressão de Beck
BHS	Escala de desesperança de Beck
BIS-11	Escala de Impulsividade de Barratt
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DP	Dor Psicológica
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição
EDM	Episódio de Depressão Maior
EUA	Estados Unidos da América
GHQ-30	General Health Questionnaire
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LESNP	Lúpus Eritematoso Sistêmico Neuropsiquiátrico
MEEM	Mine Exame do Estado Mental
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PSQI	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh
SF- 36	Escala de qualidade de vida
SLICC	Systemic Lupus International Collaborating Clinics
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUI	Suicidalidade
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL

Universidade Federal de Alagoas

WHO

World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico	14
3.2 Manifestações clínicas e critérios diagnósticos.....	15
3.3 Comportamento suicida em pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico.....	17
3.4 Modelo da Dor Psicológica	19
4 METODOLOGIA	20
4.1. Tipo de Estudo	20
4.2. Local	20
4.4. Critérios de Exclusão	20
4.5. Amostragem	21
4.6. Coleta de Dados	21
4.7 Questionário Sociodemográfico e clínico	21
4.8 Instrumentos diagnósticos	22
4.8.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 7.0.2)	22
4.9 Instrumentos de intensidades	22
4.9.1 Psychache Scale (Escala de dor psicológica)	23
4.9.2 Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11)	23
4.9.3 Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ)	24
4.9.4 Inventário de depressão de Beck (BDI)	24
4.9.5 Escala de desesperança de Beck (BHS)	25
4.9.6 Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI).....	26
4.9.7 Escala de qualidade de vida (SF-36)	26
4.10 Procedimentos	26
4.11 Análise dos dados	27
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	Error! Bookmark not defined.
7 CONCLUSÃO	41

LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS42

REFERÊNCIAS43

APÊNDICES51

ANEXOS54

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa54

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 700.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo este número 1,3% de todas as mortes em todo o mundo. Traços de personalidade como traços de impulsividade, agressividade e sentimentos de desesperança, são alguns fatores psicológicos que aumentam as chances de uma pessoa demonstrar comportamento suicida (OMS, 2019; 2021).

A palavra suicídio vem do latim, foi criada em 1737, onde “sui” significa “de si próprio” e “caedere” significa matar, inicialmente apareceu em textos na Inglaterra como uma palavra para substituir o termo “homicídio de si mesmo”, onde a “mesma pessoa era o assassino e o assassinado” (KOVACS, 1992).

Hoje, o tema suicídio é bastante estudado em diversos lugares no mundo onde deparam com as elevadas taxas, independente de crença, classe social, cultura entre outros. Existem políticas públicas que têm como o objetivo o combate ao suicídio, onde dão ênfase a aspectos de saúde física e mental em diferentes tipos de doenças (BOTEGA, 2015).

A literatura apresenta estudos sobre o comportamento suicida, comprovando ser um grave problema de saúde pública, complexo multideterminado e de grande impacto socioeconômico e pessoal (JUNIOR, 2015).

Doenças, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), que de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR, 2019), é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune, podendo apresentar sintomas nos mais diferentes órgãos de forma lenta e progressiva, que pode ser em semanas e/ou meses, variando com fases de atividade e de remissão.

O lúpus é classificado em dois tipos: o cutâneo, manifestado através de manchas na pele (em geral são avermelhadas ou eritematosas, advindo daí o nome lúpus eritematoso), nas áreas que ficam expostas à luz solar (rosto, orelhas, braços e outras partes) e o sistêmico, onde são acometidos vários órgãos. Por ser uma doença do sistema imunológico, é comum apresentar desorganizações na produção de anticorpos e nos mecanismos de inflamação, de modo a fazer a pessoa com LES ter sintomas em várias partes do corpo (SBR, 2019).

As principais responsáveis pelos casos de mortes em pessoas com lúpus são as infecções, por isso é necessário o diagnóstico e acompanhamento multiprofissional o quanto antes. Entretanto, com o surgimento de novos tratamentos e de diagnóstico precoce, as crises agudas da doença podem ser controladas de maneira mais efetiva e a doença assumiu um caráter mais crônico (SKARE *et al.*, 2016).

Diante disso, entende-se que o LES traz uma série de impactos para a vida dos indivíduos. Este estudo está fundamentado na ideia de dor psicológica (*psychache*), desenvolvida pelo Psicólogo Americano Shneidman (1993, 1996, 1999). O Suicidologista apresenta a ideia de dor psicológica como um constituinte de uma experiência emocional dolorosa, ligada a uma vivência intensa de angústia, desespero, vergonha, culpa, solidão, perda e sofrimento na psique, sendo intrinsecamente interna e vivida introspectivamente.

Além do tratamento clínico dos pacientes com LES, é indicado observar as manifestações psiquiátricas e definir o quanto essas comorbidades implicam em limitações nas atividades diárias, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo com a doença (HANLY *et al.*, 2004).

Shneidman (1993, 1996) apontou que a dor psicológica fosse uma condição necessária para ocorrência de comportamentos suicidas e, que todos os outros fatores, como a depressão e a desesperança, apenas seriam relevantes, na medida em que podem originar dor psicológica, em outras palavras, havendo dor psicológica, o indivíduo, independente da presença de outras variáveis de risco, está sujeito ao comportamento suicida, ou seja, quando ultrapassa os limites da tolerância do sujeito.

Dessa maneira, a dor psicológica seria resultante de uma frustração de necessidades psicológicas básicas, uma consequência a diminuição de uma autoimagem, um estilo de pensamento restrito, com sentimento de isolamento ou abandono, sentimentos de falta de apoio pessoal e social e, conseqüentemente, desencadeia ações conscientes para escapar ao sofrimento, como por exemplo o suicídio (SHNEIDMAN, 1996).

Estudos como o de Fragata, Campos e Baleizao (2019) evidenciam uma ligação entre a experiência de dor psicológica e a psicopatologia. Segundo os autores, a dor psicológica foi relacionada empiricamente, com a depressão e a ansiedade, assim como os comportamentos suicidas.

Diante da relação entre a dor psicológica e o risco de suicídio em pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico, surge a seguinte pergunta norteadora: **Qual a associação entre risco de suicídio e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematosos sistêmico?**

A justificativa para a realização deste estudo, sugere que os resultados poderão contribuir para mudanças na abordagem terapêutica desses sujeitos, possibilitando-os a melhora da qualidade de vida, além de trazer subsídios que corroborem com a comunidade científica a fim de fomentar criação e ampliação de políticas públicas existentes para essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre risco de suicídio e dor psicológica pacientes com Lúpus Eritematosos Sistêmico.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra;
- Descrever as prevalências de risco de suicídio, depressão maior, transtorno bipolar e distúrbio do sono;
- Mensurar a intensidade de dor psicológica, de sintomas depressivos, desesperança, impulsividade, agressividade e de qualidade de vida;
- Avaliar a associação entre risco de suicídio e dor psicológica, com os transtornos de humor, transtornos do sono, impulsividade e agressividade, desesperança e qualidade de vida dos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico

A palavra lúpus é advinda do latim que significa “lobo”, foi primeiramente usada para referir-se às lesões que se assemelhavam às mordidas do animal, em 916 AC., nas lesões de *Liège*, até então, bispo da Bélgica (ROCHA, 2017).

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, multissistêmica e autoimune, e tem sua causa desconhecida. É caracterizado por uma significativa variedade de manifestações clínicas e produção de autoanticorpos. Não há idade exata para o aparecimento, porém grande parte das pessoas que convivem com a patologia, têm idade entre 15 e 55 anos, sendo as mulheres as mais acometidas (GALINDO; MOLINA; ALVAREZ, 2017).

A morbidade no lúpus é bastante significativa, com a presença de exacerbação, em decorrência da cronicidade da doença. No início dos primeiros sintomas, inicia-se com uma fase pré-clínica caracterizada pela presença de autoanticorpos (comuns a outras doenças autoimunes) e progredir tornando-se mais clinicamente evidente, havendo acometimento de órgãos específicos (GALINDO; MOLINA; ALVAREZ, 2017).

Com o avanço e os danos causados pela doença, a depender dos efeitos aos acompanhamentos terapêuticos, pode haver aumento da alopecia, doença valvar, aterosclerose, necrose avascular, ruptura de tendão, osteoporose, risco de neoplasias, dentre outras. Alguns fatores podem aumentar o risco de ativação da doença, como por exemplo a exposição solar, infecções, gravidez, intervenções cirúrgicas e o uso de anticoncepcionais orais (GALINDO; MOLINA; ALVAREZ, 2017). O LES acomete principalmente as articulações, a pele, as células sanguíneas, os vasos sanguíneos, as membranas serosas, os rins e o cérebro (FREIRE; SOUTO; CICONELLI, 2011).

É provável que diferentes agentes patogênicos e fatores etiológicos estejam envolvidos na gênese do LES. Há uma produção variável de autoanticorpos, além de outras condições envolvidas em sua patogenia, como os fatores genéticos e ambientais. Daí a heterogeneidade clínica e de exames laboratoriais apresentados por pacientes com lúpus (GALINDO; MOLINA; ALVAREZ, 2017).

O controle da atividade da doença é realizado por meio principalmente de corticoides e imunossupressores, fármacos estes que possuem diversos efeitos colaterais, como hipertensão

arterial, diabetes, osteoporose, neoplasias, até comportamentais, entre outros. A mortalidade vem tendo uma significativa diminuição ao longo dos anos, em decorrência do desenvolvimento de novas alternativas terapêuticas, como também pelo surgimento de exames imunológicos e genéticos mais sensíveis e específicos para se realizar um diagnóstico mais precoce (MOREIRA; MELLO FILHO, 1992).

Em relação à epidemiologia do LES, sabe-se que pode atingir ambos os sexos, porém, evidencia-se que cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino, principalmente na idade reprodutiva. A literatura aponta que nos Estados Unidos da América (EUA), foi estimada uma incidência entre 1,8 a 7,6 por 100.000 pessoas/ano (PELIÇARI, 2017). Observa-se a frequência de 1 para cada 250 mulheres negras nos EUA; 22,4 para cada 100.000 asiáticos e 10,3 para cada 100.000 caucasianos.

Foi reportada uma maior incidência de LES em afroamericanos, americanos nativos e asiáticos comparados com caucasianos. Na Europa, a taxa de incidência de lúpus varia de 3,3 a 4,8 por 100.000 pessoas/ano. Entretanto, apresenta-se como uma doença rara entre os negros africanos (PELIÇARI, 2017).

3.2 Manifestações clínicas e critérios diagnósticos

Compreendida como uma doença caracterizada pela diversidade, o LES é uma doença heterogênea, por isso em grande parte dos casos o diagnóstico costuma não ser fácil. Para realizá-lo é preciso basear-se em 2 critérios principais: clínicos e imunológicos. Esses critérios são considerados obrigatórios, com a finalidade de estabelecer um diagnóstico definitivo da doença (SANTOS; VILAR; MAIA, 2017).

Dessa maneira, é comum utilizar os critérios diagnósticos de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR), pois são os que possuem maior aceitação e são os utilizados no Brasil. A primeira versão dos critérios foi publicada em 1971 e revisto em 1982 e 1997. Em 2012, o *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC) - grupo internacional que se detém à pesquisa clínica do LES - revisou os critérios de classificação utilizados, a fim de melhorá-los na sensibilidade para confirmação de diagnósticos precoces e mais consistentes (SANTOS; VILAR; MAIA, 2017).

No acompanhamento de pacientes com lúpus, devem ser consideradas e monitoradas a presença dos sintomas gerais e sinais específicos através de uma anamnese dirigida, exame

físico e exames laboratoriais. Deve-se também considerar as comorbidades do paciente e a possível toxicidade do tratamento (ALMARAZ; FERNANDEZ; ALVAREZ, 2017).

Em relação ao diagnóstico precoce e tratamento da doença é necessário evitar o surgimento de danos irreversíveis e alcançar a remissão o mais rápido possível. Deve-se atentar para um manejo individualizado e que respeitem as decisões do paciente, durante todo o processo. As múltiplas alterações em diferentes órgãos e os sistemas no LES, afetam a qualidade de vida dos indivíduos, além de outros fatores que contribuem para o desencadeamento de transtornos de humor, sono e baixa atividade física (ALMARAZ; FERNANDEZ, ALVAREZ, 2017).

De acordo com um estudo de Tang *et al.* (2015), em relação às doenças que costumam surgir em decorrência do LES, 25% dos pacientes podem desenvolver qualquer neoplasia, principalmente de tipo hematológico, como leucemias e principalmente linfoma não Hodgkin, em que a prevalência se torna três vezes maior ao da população em geral. Para tal, recomenda-se o uso de medidas extremas para detectar câncer em pacientes com esses fatores de risco.

Dentre outras manifestações, estão as neuropsiquiátricas que são muito variáveis, podendo acometer o sistema nervoso central e periférico (BORBA *et al.*, 2008). Assim, é considerado que esse tipo de doença tem uma dimensão psicossomática prevalente, sendo necessário considerar o estresse e o sofrimento psicossocial no seu desencadeamento, evolução, agravamento e possível controle (MOREIRA; MELLO FILHO, 1992).

Segundo Asano *et al.* (2013) a prevalência de transtornos neuropsiquiátricos no LES é variável (14%-75%), refletindo a variação dos critérios diagnósticos e a seleção da população estudada, podendo se manifestar em qualquer momento da evolução da doença com diferentes formas clínicas, desde quadros leves até graves.

Dessa maneira, observa-se que o aparecimento de sintomas depressivos na população com LES, tem um caráter multifatorial e multicausal, sendo preciso uma avaliação cuidadosa do paciente, não apenas no âmbito clínico, mas também considerando outros fatores de ordem psicossociais que podem estar atuando no surgimento ou mesmo agravamento dos sintomas (SANTOS; VILAR; MAIA, 2017).

Na revisão sistemática produzida por Asano *et al.* (2013), os artigos indicaram alta frequência de comorbidades psiquiátricas em sujeitos com LES, principalmente transtornos de humor e de ansiedade. Deste modo as síndromes psiquiátricas em pacientes com LES incluem

uma variedade de achados psiquiátricos, causando incapacidades crônicas, sendo que o ACR classificou 19 síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES, descrevendo como manifestações psiquiátricas: psicose, transtornos de ansiedade e estado de confusão agudo com maior prevalência nos transtornos do humor com episódio depressivo maior (EDM) (ASANO *et al.*, 2013).

As principais características de pessoas que aprestam transtornos de humor são: mostrar-se deprimido, melancólico, triste, sem esperanças, com sentimento de isolamento e rejeição. Geralmente, descrevem sentimentos de menos-valia e indecisão e apresentam alterações nos padrões de sono, mudanças significativas no apetite e no peso ou perda muito perceptível de energia, de modo que qualquer atividade requer muito esforço. Costuma ocorrer, ainda, perda de interesse nas coisas e incapacidade de experimentar prazer (HOLMES, 1997).

Os pesquisadores apontam que ainda não há um consenso para a correlação entre a atividade da doença e os diversos problemas mentais, embora os artigos revelem algumas diferenças metodológicas, principalmente relacionadas à descrição do desenho do estudo, à caracterização da amostra, aos diferentes instrumentos e questionários de avaliação. Evidenciam que os pacientes com atividade da doença, apresentaram risco maior de desenvolver transtorno do humor do que pacientes com doença inativa, independente da ocorrência de eventos estressores ou de susceptibilidade à recorrência de transtorno depressivo maior (ASANO *et al.*, 2013).

Em suma, destaca-se aqui, que a associação entre LES e depressão merece atenção especial, principalmente em relação ao risco de suicídio, verificando-se que pacientes com LES apresentam mais risco de suicídio do que a população em geral (ASANO *et al.*, 2013).

3.3 Comportamento suicida em pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico

Apesar de não existir um termo usado globalmente, a suicidalidade é normalmente descrita como processo de letalidade que vai desde a ideação suicida passiva, caracterizada por pensamentos de morte, passando por ideação suicida ativa, que inclui, planejamento e desejo de morrer, até ao suicídio consumado (HUBERS *et al.*, 2018). De acordo com a *World Health Organization* (OMS, 2021), o suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e realizado por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

No campo da suicidologia, há dificuldades quanto à padronização das definições do suicídio e dos aspectos relacionados ao comportamento suicida. De modo que, pode-se utilizar a palavra suicídio em referência a uma variada gama de comportamentos, como pensamentos, intenções, ideações, gestos, tentativas letais, tentativas leves, tentativas que requerem cuidados médicos, entre outros (BARROS *et al.*, 2016).

O suicídio é um problema de saúde pública mundial, estima-se que a cada ano, morrem mais pessoas por suicídio que por AIDS, câncer de mama, guerra ou homicídio. Já se sabe que as doenças mentais e físicas são associadas a um risco aumentado de suicídio (OMS, 2021). Além disso, muitos estudos demonstraram um aumento da prevalência de doenças mentais, como depressão e psicose, em pacientes com LES, estando essas pessoas com risco eminente de suicídio (TANG *et al.*, 2015).

Tang *et al.* (2015) destacam a necessidade de intervenções psiquiátricas como possibilidade para reduzir o risco letal de suicídio em pacientes com LES. Seu estudo demonstrou que as pessoas com transtornos psiquiátricos comórbidos prevalentes do LES, tentaram suicídio, um total de 8 pacientes, sendo 7 mulheres e 1 homem, além de 12 outras tentativas indefinidas num total de 246 pacientes que visitam um centro médico onde a pesquisa aconteceu. Os pesquisadores orientam que se um reumatologista suspeitar que um paciente com LES tem um transtorno psiquiátrico, o mesmo deverá encaminhar o paciente a um psiquiatra para intervenções.

No estudo de Matsukawa (2015) os resultados trouxeram a apresentação de mais de 30 pacientes com tentativas de suicídio. Foi observado que apenas alguns pacientes sem sintomas neuropsiquiátricos ou com histórico de transtornos neuropsiquiátricos, tentaram suicídio. Outro dado, demonstra que a maioria dos pacientes cometeram suicídio quando o índice de atividade da doença estava exacerbado.

Como o LES afeta em sua maioria mulheres em idade reprodutiva, essas morbidades podem comprometer seriamente sua capacidade de atingir certos objetivos de vida, levando a estresse psicológico. Assim como também, pode acarretar em danos a órgãos que podem levar à deficiência física e mental, perturbação da vida social funcionamento, desemprego e incapacidade para o trabalho. Os problemas de adaptação, enfrentamento insatisfatório, incerteza sobre o prognóstico da doença e o estresse de viver com uma doença crônica, pode predispor ainda mais os pacientes com LES a transtornos de humor e ansiedade (MOK *et al.*, 2014).

No estudo de Mok *et al.* (2014) realizado na China, demonstrou-se que a ideação suicida é comum à população com LES, sendo mais intensa nos pacientes com sintomas depressivos, dano cardiovascular e que haviam realizado tentativas anteriores de suicídio. Os pesquisadores apontam que a identificação precoce dos comportamentos suicidas, pode ajudar a reduzir significativamente o risco.

Os profissionais da saúde devem atentar-se também à origem social dos seus pacientes com LES e prestar assistência quando necessário, de maneira que compreenda a pluralidade que os envolvem. É preciso que haja qualificação desses profissionais, quanto ao uso de terapias para controlar a atividade da doença, a fim de minimizar danos à sua saúde (MOK et al, 2014).

3.4 Modelo da Dor Psicológica

A partir de uma perspectiva contemporânea, é possível encontrar diversas teorias que se propõem a explicar o suicídio e a fornecer subsídios para uma maior compreensão do mesmo e uma possibilidade de intervenção com melhor embasamento. Neste estudo, optou-se por trabalhar com a perspectiva do Modelo de Suicídio proposta por Shneidman (1993).

Shneidman (1993, 1996) foi o primeiro pesquisador a descrever o processo mental de um indivíduo suicida, sendo então considerado um dos fundadores da suicidologia, dada a abrangência e influência que o seu extenso trabalho teórico e empírico tem representado para uma compreensão aprofundada dos aspetos psicológicos do suicídio.

Na sua concepção sobre o suicídio Shneidman (1993; 1996; 1999), constatou que a dor psicológica, que designou por *psychache*, é a causa e condição necessária para que o suicídio possa ocorrer, de tal maneira que todos os outros estados afetivos, nomeadamente a depressão e a desesperança, também variáveis importantes para o risco, só o serão quando esta dor psicológica intensa estiver presente.

Shneidman (1996) defende que a dor psicológica é um constituinte da base dos comportamentos suicidas e que por isso os atos suicidas podem ser considerados como uma tentativa de fuga ao sofrimento intolerável sentido. Considera que o suicídio não é um caminho para a morte, mas sim um caminho para terminar com o sofrimento, pelo que se as intensidades da dor diminuir os indivíduos escolherão não morrer.

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo.

4.2. Local

O estudo foi realizado com pacientes com diagnóstico confirmado de Lupus Eritematoso Sistêmico em acompanhamento ambulatorial em um Hospital Universitário na cidade de Maceió (Alagoas). A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2020 e agosto de 2021.

4.3. Critérios de Inclusão

- Pacientes com diagnóstico confirmado de LES pelos critérios do *American College of Rheumatology* (ACR), que estejam em acompanhamento ambulatorial no setor de reumatologia;
- Sexo feminino;
- Pacientes com idade entre 18 e 65 anos;

4.4. Critérios de Exclusão

- Pacientes com perda auditiva, visual e fala graves, que prejudiquem a coleta dos dados;
- Pacientes com quadros de déficit cognitivo grave (avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental- MEEM);
- Pacientes que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

4.5. Amostragem

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, perfazendo um total de 50 mulheres.

4.6. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em um espaço reservado e livre de ruídos no ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas, a fim de manter confidencialidade dos dados e conforto no momento das respostas aos questionários. As entrevistas foram realizadas pelo mestrando com média de tempo de 35 a 50 minutos com cada paciente.

Foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar o estado cognitivo da paciente, sendo composto por duas partes que medem funções cognitivas, na primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, que totalizam 21 pontos. A segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal simples e a um escrito, de relação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos). Ao final o escore é de 30, baseado em itens dicotômicos considerando o nível escolar do indivíduo (BERTOLUCCI *et al*, 1994).

O MEEM tem como nota de corte de 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Apenas 01(uma) paciente não foi aprovada no exame por não conseguir a pontuação de referência para sua idade e escolaridade, logo em seguida foi retirada da pesquisa.

4.7 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Criado pelos pesquisadores a fim de caracterizar a amostra no qual contem variáveis como idade; escolaridade, anos estudados, avaliando a média e desvio padrão da amostra; o estado civil, se tinham ou não companheiros; naturalidade, se moravam na capital do estado ou em outras cidades; tabagistas; etilistas; se faziam algum tipo de atividade física regularmente;

Diabetes Mellitus; hipertensão arterial sistêmica e a idade do início dos sintomas e a idade do diagnóstico do LES.

4.8 Instrumentos diagnósticos

4.8.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 7.0.2)

O M.I.N.I. foi desenvolvido como uma entrevista estruturada breve, que explora os principais transtornos psiquiátricos do DSM-5 e da CID-10. O M.I.N.I. 7.0.2 permite o diagnóstico de vários transtornos psiquiátricos (depressão, risco de suicídio, episódio maníaco, episódio hipomaníaco, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, dependência e abuso de álcool e outras drogas, síndrome psicótica, transtornos alimentares, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade antissocial) de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2014), porém será utilizado, apenas, os escores dos módulos A, B e C relacionados a transtorno depressivo, suicidalidade e transtorno bipolar.

O instrumento foi aplicado em forma de entrevista clínica, com perguntas bastante precisas sobre problemas psicológicos que requeriam respostas “sim” ou “não”. O questionário teve duração entre 7 e 15 minutos para ser respondido pelas pacientes.

4.9 Instrumentos de intensidade de sintomas

4.9.1 Psychache Scale (Escala de dor psicológica)

O questionário, de 13 itens, foi desenvolvido através dos estudos de Shneidman (1993) com o objetivo de avaliar o constructo de dor psicológica, *psychache*. O instrumento é curto e de linguagem acessível, está dividido em identificar a dor psicológica por meio da frequência (9 primeiros itens) e a intensidade da dor psicológica (4 últimos itens). Cada resposta corresponde a uma pontuação numa escala de *likert* de 5 pontos: “nunca” (1 ponto), “algumas vezes” (2 pontos), “frequentemente” (3 pontos), “muito frequentemente” (4 pontos) e “sempre” (5 pontos). O valor total da escala varia entre 13 e 65 pontos, sendo quanto maior o valor, maior a intensidade da dor psicológica (HOLDEN et al., 2001).

4.9.2 Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) foi elaborada em 1959 por Ernest S. Barratt, em que o objetivo principal avaliar a impulsividade em diferentes formas de manifestação, tendo em vista que a impulsividade é um construto importante para explicar diferenças individuais na personalidade, e dispõe algumas alternâncias na população clínica (STANFORD et al., 2009).

A escala é considerada o instrumento mais utilizado para mensurar a impulsividade, tanto em pesquisa como nos contextos clínicos, e encontra-se atualmente em sua 11ª edição. Foi traduzida e adaptada ao cenário brasileiro em 2010 (MALLOY-DINIZ et al., 2010).

A BIS-11 é um questionário autopreenchível composto por 30 itens, em nossa pesquisa foi aplicada em forma de entrevista às participantes. O questionário investiga a impulsividade em três aspectos: impulsividade atencional, motora e por dificuldade de planejamento. Para cada item, o respondente deve julgar, através de uma escala likert de 4 pontos (“nunca ou raramente” = 1 a “muito frequentemente” = 4) (VASCONCELOS; MALLOY-DINIZ; CORREA, et al., 2012).

O escore máximo da escala varia entre 30 e 120 pontos, quanto maior a pontuação, maior o nível de impulsividade. Além disso, a escala permite avaliar os níveis de impulsividade nos 3 domínios: 1) impulsividade atencional, composto por 8 itens (escore máximo de 32 pontos); 2) impulsividade motora, composto por 11 itens (escore máximo de 44 pontos); e 3) impulsividade por dificuldade de planejamento, composto por 11 itens (escore máximo de 44 pontos), onde: 52 = impulsividade controlada, 53-71 = limites normais de impulsividade e ≥ 72 = altamente impulsiva (MALLOY-DINIZ., *et al*, 2010).

4.9.3 Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ)

O Questionário de Agressividade de Buss-Perry (AQ) é uma escala do tipo likert que está associada a respostas que variam entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). Essa é constituída por quatro subescalas: agressividade física (9 itens), agressividade verbal (5 itens), raiva (7 itens) e hostilidade (8 itens). Os scores das diferentes subescalas foram obtidos através da média dos itens que compõem cada subescala e o score total foi obtido a partir da média da soma dos 29 itens (CUNHA; GONÇALVES, 2012).

Para o Questionário de Agressividade de Buss-Perry, foram considerados os valores tomados como parâmetros apresentados por Rego (2005) em sua adaptação, onde, sendo a amplitude total do instrumento de 29 – 145, os valores de 29 a 65 constituem baixos níveis de agressividade e valores maiores que 65 enquadram-se com alto nível de agressividade.

4.9.4 Inventário de depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi criada por Beck e colaboradores em 1961, é uma escala autoaplicável que permite uma avaliação quantitativa dos sintomas depressivos. Nessa pesquisa, utilizamos a versão BDI-II, que é apontado como um dos instrumentos mais utilizados e um dos melhores para a triagem de depressão (MCDOWELL et al., 2006).

O BDI-II contém 21 itens, cada um abrangendo um sintoma diferente. Cada um dos itens é composto por quatro opções, com pontuações de 0 a 3, quanto maior os escores, maior a intensidade do sintoma e a pontuação final refere-se à soma de todos os escores individuais que varia de 0 a 63 (WANG; GORENSTEIN, 2013).

O instrumento tem em sua forma padrão a autoaplicação, porém, em nossa pesquisa, as instruções foram lidas para as participantes em virtude da pandemia, fazendo com que houvesse uma diminuição do contato e das trocas de matérias entre aplicador e as participantes. As instruções iniciais foram lidas para as pacientes, onde elas deveriam ouvir cuidadosamente os itens, depois escolher aquela em cada grupo que melhor descrevesse estavam se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia da aplicação. A aplicação do BDI levou cerca de 6 a 15 minutos.

Os pontos de corte do BDI-II foram definidos para classificar a intensidade da depressão: 0 a 13, depressão mínima; 14 a 19, depressão leve; 20 a 28, depressão moderada; 29 a 63, depressão grave (WANG; GORENSTEIN, 2013).

4.9.5 Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A escala de desesperança Beck é um instrumento de medida dicotômica, que avalia a dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas diante do futuro composta por 20 frases, onde a entrevistada respondeu verdadeiro ou falso para cada afirmação apresentada (BECK *et al.*, 1961).

O instrumento foi aplicado em forma de entrevista para cada paciente composta no estudo. As instruções iniciais foram lidas para as pacientes, onde elas deveriam ouvir cuidadosamente os itens, depois sinalizar verdadeiro ou falso para cada item que descrevia suas atitudes na última semana, incluindo no dia da aplicação. A aplicação da BHS levou cerca de 6 a 12 minutos.

O escore total é o resultado da soma dos itens individuais, podendo variar de 0 a 20 e pontos de corte foram estabelecidos, indicando níveis de intensidade de desesperança: 0 a 4 – mínimo; 5 a 8 – leve; 9 a 13 – moderado e 14 a 20 – grave (CUNHA, 2001).

4.9.6 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) foi construído em 1989, a versão em português foi traduzida em 2010. A escala tem uns dos principais objetivos, avaliar a qualidade do sono do entrevistado, a fim de fazer uma triagem de distribuição entre bons dormidores e maus dormidores (BERTOLAZI et al., 2011).

Toda a avaliação do instrumento é instruída ao paciente para que ele faça um retrospecto ao longo de 1 mês. O PSQI é composto por 19 questões divididas em sete grupos que estão relacionadas com alguns aspectos associados à qualidade do sono. É graduado em uma escala de 4 pontos, com pontuações de 0 a 3. As últimas cinco questões são voltadas aos parceiros caso haja, mas não fazem parte do escore total. A pontuação final varia de 0 a 21, e índices mais elevados indicam pior qualidade de sono (BUYSSE et al., 1989).

O PSQI é uma escala de autoaplicação, mas assim como todos os outros instrumentos, a leitura foi feita pelo aplicador. A aplicação foi bem-sucedida com todas as participantes, tendo em vista que o instrumento é de fácil compreensão, e levou cerca de 5 a 12 minutos. Vale destacar o subitem “A” da 5ª questão, onde muitas participantes relataram não dormir em 30 minutos.

Uma pontuação maior que 5 no escore final do questionário, demonstra um indicativo de sono de má qualidade em que a entrevistada apresenta dificuldade grave em pelo menos duas áreas ou moderada em mais de três dimensões do questionário. É importante ressaltar que o PSQI não é um instrumento diagnóstico, mas pode dar indícios de que algo esteja interferindo na qualidade do sono (BUYSSE et al., 1989).

4.9.7 Escala de qualidade de vida (SF-36)

O SF-36 proporciona um perfil da saúde e do bem-estar do indivíduo, gerando um escore da saúde física e psicológica. Foi elaborado especificamente para pesquisa em saúde, onde é composto por 36 itens, que identificam estados positivos e negativos de saúde, que tem como objetivo detectar diferenças psicossocial relevantes no estado de saúde, bem como mudanças ao longo do tempo (WARE; SHERBOURNE, 1992).

A primeira versão do SF-36 surgiu em 1990, de um conjunto de 149, onde foram organizadas em uma versão-padrão. A segunda versão e atual, do SF-36, foi aprimorada em 1996 (TAFT; KARLSSON; SULLIVAN, 2004). A versão em português brasileiro foi traduzida por Ciconelli *et al.* (1999) onde foi utilizado em estudos de qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas e pacientes que tinham passado por algum tipo de cirurgia.

O instrumento de fácil aplicação, é composto por 36 itens, que abrange 8 domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As opções de resposta no formato Likert de 3, 5 e 6 pontos. Apresenta um escore final de 0 a 100 onde o *zero* corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. (CICONELLI *et al.*, 1999).

O instrumento foi aplicado por meio de entrevistas, do aplicador para a entrevistada (paciente). O tempo de preenchimento do SF-36 é de 5 a 10 minutos.

4.10 Procedimentos

Após elaboração, projeto o foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP-UFAL) e somente após sua aprovação (CAAE: 24393319.5.0000.5013) foram iniciados o plano metodológico.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista presencial e teve início em novembro de 2020. Em virtude da pandemia de covid-19, as entrevistas foram feitas com um distanciamento seguro entre o aplicador e a entrevistada, com máscaras faciais de proteção, utilização de álcool 70% para as mãos e materiais que foram usados pelas participantes, como por exemplo, canetas. O pesquisador realizou o convite as pacientes com o perfil descrito nos critérios de inclusão que estavam em acompanhamento ambulatorial no setor de reumatologia do HU, onde todo os objetivos e procedimentos da pesquisa foram esclarecidos. Após sua

concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual, foram disponibilizadas duas cópias, uma ficando sobre posse do pesquisador e outra do participante, para que então fosse aplicado os instrumentos de pesquisa.

Dado o consentimento, foram iniciadas as coletas de dados. O primeiro instrumento utilizado foi o MEEM. Sendo elegíveis, deu-se a continuidade com a aplicação dos instrumentos: Questionário Sociodemográfico e clínico, Mini International Neuropsychiatric Interview, Psychache Scale, Escala de impulsividade de Barratt, Escala de Agressividade de Buss-Perry, Inventário de depressão de Beck, Escala de desesperança de Beck, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh e a Escala de qualidade de vida SF-36.

4.11 Análise dos dados

Os dados foram tabulados no *software* SPSS 22 (número de série: 10101131061) e foi feita uma análise descritiva (média, desvio padrão, frequência e porcentagem) de toda a amostra em conjunto, bem como dividida em dois grupos (com e sem risco de suicídio). Foi feita uma comparação entre os achados dos grupos com e sem risco de suicídio de acordo com o tipo de variável analisada. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado para as variáveis numéricas e aquelas que se apresentaram com distribuição normal, foram submetidas ao Teste t de *Student* para verificar associação entre médias de dois grupos independentes. Para as variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado para verificar associação entre frequências de dois grupos. Para avaliar a chance de ocorrência de um evento no grupo com risco de suicídio em comparação ao grupo sem risco de suicídio foi utilizado o cálculo do *Odds ratio* (razão de chance). O nível de significância adotado foi de 0,05. Por fim, foi realizada uma análise de correlação de Pearson, entre variáveis numéricas que versavam sobre os escores de dor psicológica e outros fatores de risco de suicídio, como gravidade de sintomas depressivos, grau de desesperança, intensidade de traços de personalidade como impulsividade e agressividade e escores de qualidade de sono. Por meio desta análise é possível identificar as correlações entre as variáveis testadas, sendo que os valores da correlação podem variar de -1 (correlação forte e negativa) até 1 (correlação forte) em que $r < 0,1$ (nula), $r < 0,1$ (fraca), $r < 0,3$ (moderada) e $r < 0,5$ (forte) (GOSS-SAMPSON, 2020).

5 RESULTADOS

A amostra total deste estudo é composta por 50 mulheres diagnosticadas com LES pelo ACR. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das pacientes com LES, em que o grupo com risco de suicídio, identificados através do M.I.N.I. 7.0.2, é composto por 11 (22%) mulheres.

A média de idade das pacientes com LES foi de aproximadamente 39,5 ($\pm 12,5$) anos de idade. A média em anos estudados foi de 10,6 ($\pm 3,8$), onde 48% da amostra estudou 12 anos. A respeito do estado civil das participantes, constatou-se que 56 % declararam ter companheiro. Acerca dos grupos de risco e sem risco de suicídio, não houve diferenças estatísticas significativas entre as variáveis. Isto é, há homogeneidade entre os grupos com e sem risco de suicídio no que se refere à idade, escolaridade e situação conjugal.

Tabela 1: Características Sociodemográficas das Pacientes com LES de acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística
				Teste t (p valor)
Idade, média (DP)	39,5 ($\pm 12,5$)	37,0 ($\pm 12,0$)	40,2 ($\pm 12,7$)	-0,74 (0,46)
Anos de Estudo, média (DP)	10,6 ($\pm 3,8$)	11,0 ($\pm 3,6$)	10,4 ($\pm 3,9$)	0,52 (0,60)
Estado civil				X² (p valor)
Com companheiro, f(%)	28 (56,0)	5 (45,5)	26 (66,6)	0,636 ^a (0,42)
Sem companheiro, f(%)	22 (44,0)	6 (54,5)	16 (41,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

A Tabela 2 apresenta os dados referentes às características clínicas da amostra. Em relação aos hábitos de vida, treze mulheres (26%) declararam praticar algum tipo de atividade física. Uma das pacientes declarou consumir bebida alcoólica, e quatro declararam ser tabagistas. Quanto às comorbidades relatadas pelas entrevistadas, 24% delas apresentavam Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e três delas tinham Diabetes *Mellitus* (DM). Porém, não houve diferenças significativas entre os grupos com e sem risco de suicídio.

Tabela 2: Características Clínicas das Pacientes com LES de acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística		
				Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
					Inferior	Superior
Tempo de sintomas (em anos)	6,4 (±4,2)	6,5 (±5,6)	6,4 (±3,9)	0,01 (0,99)	-2,9	2,9
Tempo de tratamento (em anos)	6,4 (±4,1)	6,3 (±6,3)	6,4 (±4,4)	0,51 (0,96)	-2,9	2,7
	n (%)	n (%)	n (%)	X² (p valor)		
Tabagismo	4 (8,0)	0 (0,0)	4 (10,2)	1,226 ^a (0,53)		
Etilismo	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (3,9)	0,288 ^a (1,00)		
Atividade Física	13 (26,0)	3 (27,2)	10 (27,6)	0,012 ^a (1,00)		
HAS*	12 (24,0)	2 (18,1)	10 (27,6)	0,262 ^a (0,60)		
Diabetes <i>Mellitus</i>	3 (6,0)	0 (0,0)	3 (27,6)	0,900 ^a (0,34)		

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

As características do sono estão listadas na Tabela 3. A média do escore total do PSQI foi 10,3 (PD= 3,9). Pode-se observar que ambos os grupos, com e sem risco de suicídio, apresentaram escores elevados. Médias acima de 5 pontos indicam maus dormidores e acima de 10 pontos indicam transtornos de sono. Sendo assim, em média, ambos os grupos apresentaram transtornos de sono.

Noventa e dois por cento da amostra apresentou-se como má dormidora e 48% de todas as mulheres entrevistadas apresentavam transtorno do sono. Talvez, isso explique o porquê de não ter havido diferenças entre os grupos.

Tabela 3: Análise Comparativa dos Índices de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em Pacientes com LES de acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística	IC 95%	
					Inferior	Superior
PSQI	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Teste t (p valor)		
Qualidade do sono	1,6 (±0,6)	1,5 (±0,5)	1,7 (±0,7)	-0,68 (0,49)	-0,57	0,28
Latência para o sono	2,0 (±1,0)	2,0 (±0,8)	2,1 (±1,0)	-0,30 (0,75)	-0,77	0,56
Duração do sono	1,2 (±1,1)	1,4 (±1,3)	1,2 (±1,1)	0,62 (0,53)	-0,54	0,78
Eficiência do sono	1,6 (±0,9)	1,7 (±0,6)	1,5 (±1,0)	0,52 (0,60)	-0,46	0,78
Alteração do sono noturno	1,6 (±0,7)	1,5 (±0,5)	1,5 (±0,7)	-0,07 (0,93)	-0,50	0,46
Medicação para dormir	0,9 (±1,2)	0,9 (±1,3)	0,8 (±1,2)	0,02 (0,97)	-0,86	0,88
Sonolência e disfunção diurna do sono	1,0 (±0,9)	1,0 (±0,6)	0,9 (±0,9)	0,08 (0,93)	-0,57	0,62
Escore total	10,3 (±3,9)	11,0 (±3,3)	10,1 (±3,6)	-0,05 (0,95)	-2,5	2,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Na Tabela 4 são apresentados os dados referentes à qualidade de vida das participantes, através do Questionário de Qualidade de vida SF-36. O grupo com risco de suicídio teve uma menor média em comparação com o grupo sem risco de suicídio.

Tabela 4: Análise Comparativa dos Domínios de Qualidade de Vida (SF-36) em Pacientes com LES de acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística		
				Teste t (p valor)	IC 95% Inferior	Superior
SF-36	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)			
Capacidade Funcional	47,8 (± 29,4)	33,6 (±29,7)	51,8 (±28,4)	-1,86 (0,06)	-37,9	1,4
Limitação por Aspectos Físicos	46,2 (± 30,1)	39,5 (±24,6)	48,0 (±31,5)	-0,82 (0,41)	-29,2	-12,2
Dor	51,5 (±21,8)	56,5 (±25,7)	50,0 (±20,7)	0,87 (0,38)	-8,4	21,5
Estado Geral de Saúde	45,4 (± 10,6)	41,8 (±12,9)	46,4 (±9,9)	-1,26 (0,21)	-11,8	2,7
Vitalidade	47,6 (± 13,0)	47,7 (±10,0)	47,5 (±13,8)	0,03 (0,97)	-8,8	9,1
Aspectos Sociais	58,9 (±18,7)	60,4 (±18,9)	58,5 (±18,9)	0,29 (0,76)	-11,0	14,9
Limitação por Aspectos Emocionais	45,3 (±27,5)	43,5 (±22,4)	45,8 (±29,3)	-0,24 (0,80)	-21,8	17,1
Saúde Mental	47,5 (±26,0)	42,0 (±24,2)	49,0 (±26,5)	-0,78 (0,43)	-24,9	10,9
Escore Total	42,2 (± 19,7)	40,4 (±20,0)	42,7 (±19,8)	-0,33 (0,74)	-15,9	11,4

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Tabela 5 estão os resultados dos questionários dos transtornos de humor e a dor psicológica, onde 60% da amostra apresentou episódio depressivo maior atual, segundo o M.I.N.I., demonstrando uma diferença significativa entre as participantes com e sem risco de suicídio ($p=0,000$).

Todas as pacientes com risco de suicídio e quase 48% das pacientes sem risco apresentaram Transtorno Depressivo Maior, segundo o M.I.N.I. Apenas uma paciente apresentou transtorno afetivo bipolar. A amostra geral apresentou uma média de 13,9 para o Inventário de Depressão de Beck, sendo maior nas participantes com risco de suicídio (17,7) comparado as participantes do grupo sem risco de suicídio (12,8).

A média dos escores de desesperança, no grupo de risco do suicídio foi de 9,1 ($\pm 2,0$) e caracteriza essa amostra com desesperança moderada, onde apresentou diferença estatística significativa entre os grupos com risco e sem risco de suicídio ($p= 0,03$; IC 95%: 0,2, 4,6). Também foi encontrada diferença significativa na presença de dor psicológica ($p=0,02$) nas participantes. A dor psicológica apresenta o maior escore nas mulheres com risco de suicídio (35,1) comparado ao grupo sem risco de suicídio.

Tabela 5: Características Psiquiátricas das Pacientes com LES com e sem Risco de Suicídio.

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística		
				Teste t (p valor)	IC 95%	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		Inferior	Superior
BDI	13,9 ($\pm 6,3$)	17,7 ($\pm 7,3$)	12,8 ($\pm 5,7$)	2,37 (0,02*)	0,7	9,1
BHS	7,2 ($\pm 3,3$)	9,1 ($\pm 2,0$)	6,6 ($\pm 3,5$)	2,21 (0,03*)	0,2	4,6
Dor Psicológica	26,0 ($\pm 11,6$)	35,2 ($\pm 10,1$)	23,4 ($\pm 10,8$)	3,23 (0,002**)	4,4	19,1
	N (%)	N (%)	N (%)	χ^2 (p valor)		
Episódio Depressivo Maior Atual (M.I.N.I.)^a	30 (60,0)	11 (100,0)	19 (48,7)	9,402 ^a (0,000**)		
Transtorno Afetivo Bipolar (M.I.N.I.)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (3,9)	0,288 ^a (0,59)		

^aOR = 17,4 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados referentes à Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) e a Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ). Observa-se que na amostra geral a média foi caracterizada com limites normais de impulsividade (63,7) e teve um maior escore no grupo com risco de suicídio comparado aos outros dois grupos. A amostra apresentou um baixo nível de agressividade tanto no grupo geral, como nos grupos de risco e sem risco de suicídio.

Tabela 6: Análise Comparativa dos Escores de Impulsividade e Agressividade, em Mulheres com LES de Acordo com a Presença ou Ausência do Risco de Suicídio.

Variáveis	Total (n=50)	Com Risco (n=11)	Sem Risco (n=39)	Análise Estatística		
				Teste t (p valor)	IC 95% Inferior	Superior
Impulsividade motora	Média (DP) 19,8 (± 5,4)	Média (DP) 22,4 (±4,3)	Média (DP) 19,1 (±5,5)	1,84 (0,07)	-0,3	6,9
Impulsividade atencional	17,1 (± 3,7)	19,1 (±5,16)	16,5 (±3,0)	2,08 (0,04*)	0,8	5,0
Impulsividade por não planejamento	26,7 (± 4,7)	28,2 (±5,0)	26,3 (±4,6)	1,11 (0,27)	-1,4	5,0
Escore total	63,7 (± 12,0)	69,7 (±13,2)	62,5 (±11,2)	1,93 (0,06)	-0,3	15,6
Agressividade física	15,5 (±4,3)	17,0 (±4,0)	15,1 (±4,4)	1,22 (0,22)	-5,3	13,9
Agressividade verbal	9,2 (±3,3)	9,6 (±3,0)	9,0 (±3,4)	0,49 (0,62)	-1,7	2,8
Raiva	13,3 (±3,5)	13,6 (±3,1)	13,2 (±3,7)	0,31 (0,75)	-2,1	2,8
Hostilidade	14,5 (±5,1)	15,7 (±3,5)	14,1 (±5,5)	0,88 (0,38)	-2,0	5,1
Escore total	52,6 (±14,0)	56,0 (±11,2)	51,6 (14,7)	0,90 (0,37)	-9,2	12,6

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Na tabela 7 encontram-se as análises referentes à correlação linear de Pearson. Por meio desta análise é possível identificar as correlações entre as variáveis testadas. Nas análises de correlação linear de Pearson entre a dor psicológica e as variáveis de agressividade ($r=0,287$; $p<0,05$) e risco de suicídio ($r=0,286$; $p<0,05$) observou-se uma correlação de coeficiente positivo e de fraca intensidade, indicando um índice de associação. Já, a correlação entre a dor psicológica e qualidade do sono ($r=0,308$; $p<0,05$) e o BDI ($r=0,469$; $p<0,01$), apresentou uma correlação de coeficiente positivo e de moderada intensidade.

Tabela 7: Análise de Correlação entre os Escores de Dor Psicológica com BDI, BHS, PSQI, AQ, BISS-11, SF-36 e Risco de Suicídio.

Variáveis ^a	Coeficiente de correlação de Pearson						
	BDI	PSQI	AQ	BISS-11	SF-36	SUI	BHS
DP	0,469**	0,308*	0,287*	0,120	-0,164	0,286*	0,258
BDI		0,385**	0,223	0,350*	-0,284*	0,240	0,445**
PSQI			0,449**	0,334*	-0,176	0,009	0,164
AQ				0,225	-0,203	0,042	0,225
BISS-11					-0,199	0,121	0,200
SF-36						0,183	0,029
SUI							0,256

^aDP, BDI, PSQI, AQ, BISS, SF-36, SUI e BHS são respectivamente Dor Psicológica, Inventário de Depressão de Beck, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Escala de Agressividade de Buss-Perry, Escala de Impulsividade de Barratt, Escala de Qualidade de Vida, Risco de suicídio (avaliado através do Mini International Neuropsychiatric Interview, 7.0.2) e Escala de Desesperança de Beck. * $p<0,05$ ** $p<0,01$

6 DISCUSSÃO

Este estudo optou por adotar como critério de inclusão, mulheres acima de 18 anos, a partir do conhecimento apresentado na literatura científica mundial que evidencia que o LES acomete mais essa população (BORBA et al., 2008; PELIÇARI, 2017). O estabelecimento desta faixa etária, foi partindo da compreensão de que o LES acomete mais mulheres em sua idade reprodutiva e gestacional, semelhante aos dados produzidos neste estudo (XIONG; LAHITA, 2014). Vale ressaltar que a média de idade da amostra total foi de 39,5 anos no presente estudo.

Costi *et al.* (2017) apontam que o acometimento do LES em mulheres representa uma dimensão de 10 para cada 1 homem. Em sua revisão através de informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que objetivou caracterizar as causas de mortalidades em pacientes com LES no Brasil, entre 2002 e 2011, apontou que, além de acometer mais o público feminino (90,7%), a idade do óbito ocorreu mais entre os 20 e 39 anos, chamando atenção aos problemas decorrentes de doenças do sistema

Apesar do baixo nível de escolaridade em Alagoas, e a liderança em números absolutos de analfabetismo no país (IBGE, 2020), esta pesquisa apresentou a média de 10,6 anos estudados, tendo maior prevalência de 12 anos estudados (48,0%).

Em nosso estudo, houve uma baixa prevalência da prática de atividade física entre as mulheres investigadas, 26%, comparado ao estudo de Santos *et al.* (2010), realizado com 170 mulheres com LES, 77% delas faziam algum tipo de atividade regularmente. Pode-se dizer, que seja graças ao caráter crônico da doença, pois o LES afeta a pessoa em um todo, sendo psicologicamente e principalmente implicando em suas capacidades físicas (VOLKMANN *et al.*, 2010).

Na revisão feita por Kishimoto (2019), foi visto que a prática de atividade física causa efeitos positivos nos pacientes com LES. A atividade física, seja ela de intensidades leve, moderado ou intenso, não causa piora no quadro da doença e podem ser avaliadas como eficiente meio de promoção da saúde e principalmente melhora na autoestima, sintomas depressivos, motivação e qualidade de vida, que são risco para o comportamento suicida.

Morillas *et al.* (2018) constataram um aumento de problemas nos sistemas cardiovasculares, que poderiam ser diminuídos com a prática da atividade física. Geralmente essas comorbidades estão relacionadas com a cronicidade, atividade da doença e com outros

fatores de risco, como a hipertensão arterial, onde está presente em 24% de nossa amostra. Além disso, a falta de atividade física está relacionada à presença de transtornos de humor, transtorno de sono, ansiedade e depressão, que são condições de risco ao suicídio comuns na população com LES (CHEIK *et al.*, 2008).

Um grande estudo nacional no Canadá, realizado por Blackmore *et al.* (2008), com um número amostral 36 984 pessoas, onde 77% tinha uma condição crônica de saúde, incluindo doenças reumatológicas, que tinha o objetivo de descrever as características de indivíduos que realizaram um ato suicida nos 12 meses anteriores à entrevista, relatou que pacientes com doenças crônicas que participaram da pesquisa, têm mais disposição a terem pensamentos suicidas, posteriormente, a atos suicida.

Na revisão sistemática realizada por Li *et al.* (2018), com o objetivo de descrever a prevalência de comportamento suicida (ideação e tentativa) nos pacientes com doenças reumatológicas, relatou uma prevalência de ideação suicida de 16% nos pacientes com LES. Em nossa pesquisa 11 pacientes (22%) responderam que pensaram, mesmo que em algum momento, que seria melhor estar morta, ou desejou estar morta ou precisava estar morta, nos 30 dias anteriores à entrevista e também responderam que haviam pensado em se machucar ou se ferir ou se acidentarem ou se matar nos 30 dias anteriores à entrevista.

Nenhuma das pacientes afirmou ter tentado se matar nos 30 dias anteriores à pesquisa. Porém, uma delas relatou ter tentado suicídio ao longo da vida. Em um estudo sobre o comportamento suicida em diferentes doenças, foi relatada uma taxa de suicídio 4 vezes maior em pacientes com LES comparado à população em geral, onde os autores atribuíram o risco de suicídio ao comprometimento renal crônico e à presença de transtornos de humor (HARRIS; BARRACLOUGH, 1994).

O estudo realizado por Karassa, Maglio e Isenberg (2003), mostrou que os pacientes com LES com diagnóstico de depressão tem cinco vezes mais chances de cometer suicídio quando comparados à população geral. Em nosso estudo, as pacientes com LES diagnosticadas com depressão maior atual apresentaram 17,4 vezes mais chances de ter algum risco de suicídio.

Outras morbidades presentes com frequência nas doenças reumatológicas, como o LES, são a dor, fadiga e depressão (PALAGINI *et al.*, 2013). Essas queixas também são comuns e tem mostrado relação com os distúrbios do sono (ABAD; SARINAS; GUILLEMINAULT, 2008). Percebe-se a importância de investigar os distúrbios do sono na sintomatologia do LES,

levando em conta as altas prevalências de fadiga e sintomas depressivos, que estão relacionados à atividade da doença.

Na coorte de Figueiredo-Braga *et al.*, (2018) 67% dos pacientes de LES relataram má qualidade do sono com base no PSQI. No presente estudo 92% da amostra apresentaram uma pontuação maior que 5 no PSQI, que está relacionada a uma má qualidade no sono, e todo o grupo com risco de suicídio apresentou níveis de escore referente à presença de distúrbio do sono (≥ 10). Além, da dor psicológica ter tido uma correlação positiva moderada (0,308) e significativa com o PSQI ($p < 0,05$).

Nos últimos anos, houve um crescimento na melhora da sobrevida dos pacientes com LES, e por ser uma doença crônica, com períodos de atividade e remissão constante, está havendo um aumento na atenção à qualidade de vida nestes pacientes (VAN VOLLENHOVEN *et al.*, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no âmbito de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Para avaliar a qualidade de vida existe alguns instrumentos, a exemplo do SF-36, que avalia conceitos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI, 1999).

De acordo com Freire, Bruscatto e Ciconelli (2009), foi visto um comprometimento nos escores de qualidade de vida em pacientes com LES. Os resultados aqui encontrados, grupo com risco de suicídio teve uma menor média no escore de qualidade de vida, comparada com o grupo sem risco de suicídio, resultados estes que mostram a importância de se fazer um acompanhamento e a investigação da qualidade de vida das pessoas com LES, podendo conceder maior conhecimento do impacto da doença e do tratamento em suas vidas.

Em outra revisão feita por Schmeding *et al.*, (2013), onde também utilizaram o SF-36, foi visto uma baixa qualidade de vida na saúde em geral, vitalidade, função física e emocional. Existe uma importância em introduzir na prática profissional, a investigação da qualidade de vida desses sujeitos, observando os impactos físico e psicossocial causado pelas alterações do LES, que interferem nas condições de vida de cada paciente.

Observa-se de maneira abundante, na literatura global, uma associação importante entre a presença de depressão e o diagnóstico de LES. Alguns estudos mostram que o transtorno de

humor, como a depressão, é menos comum na população geral saudável, do que na população com LES (MAK; TANG; HO, 2013).

A literatura mundial aponta uma prevalência entre 17% e 75% de depressão na população com LES. Um estudo com 326 mulheres com LES, mostrou uma prevalência de 65% de depressão ao longo da vida (BACHEN et al., 2009). Ainiala *et al.*, (2011) relataram em seu estudo uma prevalência 4 vezes maior de depressão em pacientes com LES comparado com uma população sem LES. Essa variação ampla, pode ser devido à heterogeneidade dessa população e os tipos de instrumentos utilizados para o rastreo dos sintomas depressivos. Na revisão sistemática e meta-análise de Zhang *et al.* (2017), realizada com 59 estudos que investigavam a depressão e ansiedade na população com LES, houve uma prevalência de depressão maior e ansiedade de 24% e 37%, respectivamente.

Em nosso estudo houve uma prevalência de 60% da amostra com episódio depressivo maior atual, diagnosticado pelo MINI 7.0.2. A literatura aponta alguns fatores relacionados às manifestações de depressão nos pacientes com LES. Seja pelo fato de ser uma doença crônica que gera uma possível consequência negativa na qualidade de vida e o comprometimento físico em alguns pacientes (PALAGINI, 2013).

A depressão é o fator de risco mais agravante para presença do comportamento suicida no LES (XIE *et al.*, 2012). A literatura mostra uma prevalência entre 8% a 34% de comportamento suicida em pacientes com LES (ZAKERI *et al.*, 2012). Outro estudo mostrou uma prevalência de comportamento suicida de 4,5 vezes maior em pacientes com LES do que na população em geral (HARRIS; BARRACLOUGH, 1994.) Através do Inventário de Depressão de Beck foi identificado uma média de 17,7 no grupo de risco de suicídio.

Além da depressão, alguns estudos revelam que o Transtorno Bipolar (TB) foi encontrado em 5,8% dos pacientes com LES (ALAO; CHLEBOWSKI; CHUNG, 2009), 5% em nosso estudo e em apenas 4% da população em geral (BELMAKER, 2004). O TB é conhecido como uma condição psiquiátrica caracterizada por mudanças graves de humor, que estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos (ANDERSON *et al.*, 2012; LEELAHANAJ *et al.*, 2013).

Mais da metade dos pacientes com LES relatam cansaço, indisposição e fadiga. Estes sintomas, podem estar ligados a fatores psicossociais como transtornos do humor, sentimento de desesperança, ansiedade, má qualidade do sono e baixa qualidade de vida (KRUPP, 1990).

O LES tem um impacto grave e abrangente na autoestima e na qualidade de vida dos pacientes. O fato de ser uma doença crônica, com sintomas que muitas vezes limitam o normal funcionamento físico e social do paciente, pode gerar alguns medos nos pacientes, como sentimento de desesperança (SUTANTO *et al.*, 2013).

Em um estudo realizado por Omdal *et al.*, (2003) utilizando o Questionário de saúde geral -30 (GHQ-30), mostrou que a desesperança estava associada ao aumento da fadiga no LES. Sintoma este, muito prevalente nesta população.

Bem como neste estudo, onde a medida dos escores de desesperança, no grupo de risco do suicídio foi de 9,1 e caracterizando esta amostra com desesperança moderada, valendo uma maior investigação e observação desses pacientes, considerando ser a desesperança um fator de risco importante para o comportamento suicida (DE GODOY, 2013).

A dor psicológica tem um papel muito importante no comportamento suicida. Ela é a causa e condição necessária para que o suicídio possa ocorrer, de tal maneira que os outros estados afetivos, nomeadamente a depressão e a desesperança, também variáveis importantes para o risco, só o serão quando esta dor psicológica intensa estiver presente (LUÍS, 2016). Houve uma importante expressão da dor psicológica nas mulheres com risco de suicídio, no presente estudo, uma média de 35,1 desse público.

A dor psicológica pode representar o elemento principal para desencadear o comportamento suicida, seja ele a ideiação, o planejamento ou o suicídio consumado (HOLDEN *et al.*, 2001). Para Shneidman (1998), a dor psicológica está associada à vivência de emoções negativas constantes, por exemplo a doenças, que quando o indivíduo não consegue mais tolerá-la, poderá levá-lo a considerar o suicídio como a única solução para fugir a essa dor constante.

Shneidman (1991) afirma que os indivíduos com uma bagagem de sofrimento mental, estariam em maior risco de cometer suicídio. O lúpus por ser uma doença, que dependendo da gravidade, possui vários tipos de tratamento medicamentoso e uma terapia mais agressiva, gera bastante impacto na vida psicológica e social das pessoas com a doença (OMDAL *et al.*, 2013).

A ideiação suicida e a tentativa de suicídio são, claramente, fatores de risco para o suicídio. Para Singh e Rao (2018), a agressividade e impulsividade, devem ser discutidas amplamente em relação ao suicídio na prática clínica entre diagnósticos, como traços de personalidade.

Na pesquisa realizada por Baca-Garcia *et al.* (2001) foi visto que a impulsividade tem um papel importante nas tentativas de suicídio. Outras investigações demonstraram que os tentadores de suicídio são mais propensos a serem impulsivos e agressivos (SOLOFF *et al.*, 2014). A prevalência de pacientes com presença de impulsividade foi de 22% da amostra, neste estudo. Tendo uma maior média ($69,7 \pm 13,2$) de impulsividade nas pacientes que apresentaram risco de suicídio. A amostra apresentou um baixo nível de agressividade tanto nos grupos de risco e sem risco de suicídio e não evidenciou diferenças significativas nos escores de agressividade entre os grupos com risco e sem risco de suicídio.

Apesar do lúpus ser uma doença que atinge a pessoa em sua saúde física, é importante salientar que o conceito de dor psicológica, proposto por Shneidman (1993), não está diretamente ligado à dor física. Para ele, a dor psicológica é uma experiência introspectiva intolerável como vergonha, culpa, humilhação, solidão, medo, angústia e pavor que podem ter surgido de alguma reação do dia a dia.

Na revisão sistemática realizada por Verrocchio *et al.* (2013), mostrou que vários estudos realizados com pacientes com depressão em diferentes ambientes, mostraram uma associação significativa entre dor psicológica e suicídio. No presente estudo, a dor psicológica apresentou correlações positiva de fraca intensidade com o risco de suicídio ($r=0,29$; $p<0,05$) e uma correlação positiva de moderada intensidade com a depressão ($r= 0,46$; $p<0,01$) depressão.

Em um estudo com 53 pacientes com LES neuropsiquiátrico (LESNP) realizado por Hajduk *et al.* (2016), houve uma prevalência de 25% pensamentos suicidas e uma sensação de desesperança. Fatores de risco para o suicídio, como desesperança, são significativos à medida em que se correlacionam com a dor psicológica (SHNEIDMAN, 1993). Estudos mostraram uma associação entre dor psicológica com o sentimento de desesperança e agressividade, revelando que esses tipos de traços estão ligados ao risco de suicídio (VERROCCHIO *et al.* 2013). Em nosso estudo, a dor psicológica teve correlações fraca ($r=0,29$), porém, significativa com escores de agressividade do AQ ($p=0,04$).

Por fim, o fato de ter que conviver com uma doença crônica, sabendo que a qualquer momento pode entrar em estado de ativação, devido a algum problema, ou estresse, o cansaço e dores, muito comuns nessa população, pode levar a vários fatores de risco ao suicídio como a desesperança, irritabilidade, a agressividade e a depressão (OMDAL *et al.*, 2013).

7 CONCLUSÃO

Dentre as inúmeras possibilidades de investigação do risco de suicídio, o presente estudo investigou sua associação com a dor psicológica, com os transtornos de humor, transtornos do sono, impulsividade e agressividade, desesperança e qualidade de vida, que são fatores de risco para o comportamento suicida.

Os resultados do estudo, veem reforçar a necessidade de considerar e avaliar a qualidade do sono na população com LES, tendo em vista uma alta prevalência na má qualidade do sono, até mesmo, na presença de distúrbio do sono nessa população. Sabendo que uma boa qualidade do sono pode gerar bastantes benefícios psicológicos e físicos, que são tão prejudicados no LES. Destacamos também, a importância em investigar a depressão maior, bastante comum no LES, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade ao suicídio.

Por fim, o suicídio é um sério problema de saúde pública, no entanto, os suicídios são evitáveis, por isso é necessário destacar a importância de investigação da dor psicológica na prática clínica em pacientes com LES, sabendo do impacto psicológico que a doença causa aos mesmos e que esse impacto recorrente não evolua para uma possível fuga dessa dor em forma de pensamentos suicidas, planejamentos, e o pior, o suicídio consumado.

LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

O estudo foi conduzido com uma amostra pequena e foi realizada em meio a uma pandemia, o que impossibilita a generalização de seus resultados. Por outro lado, muitos dos achados apresentados foram coerentes com estudos anteriores.

Por se tratar de uma pesquisa feita através das respostas das pacientes, pode ser que tenha havido algum tipo de viés de informação.

Os achados demonstram haver associação entre risco de suicídio, sintomas depressivos e dor psicológica em pacientes com LES, assim como ocorre em populações não reumatológicas.

As perspectivas são muito favoráveis para o desenvolvimento de uma melhor abordagem clínica aos pacientes com LES como uma tarefa de rotina no sentido de detectar e intervir na dor psicológica, com o objetivo de reduzir o sofrimento psíquico e prevenir a ideação suicida, diminuindo assim o risco de suicídio.

REFERÊNCIAS

ABAD, V. C.; SARINAS, P.S. A; GUILLEMINAULT, C. Sleep and rheumatologic disorders. **Sleep med rev**, v. 12, n. 3, p. 211-228, 2008.

AINIALA H. *et al.* A prevalência das síndromes neuropsiquiátricas no lúpus eritematoso sistêmico. **Neurology**. v. 57, n. 3, p. 496-500, 2001; 57: 496 500, 2001.

ALAO A.O.; CHLEBOWSKI S.; CHUNG C. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus presenting as bipolar I disorder with catatonic features. **Psychosomatics**, v. 50, n. 5, p. 543-547, 2009.

ALMARAZ, M.E. R.; DE L.A. CÁMARA F.Z, I.; Á., JL P.s. Lupus eritematoso sistêmico (II). Evaluación de la enfermedad. Tratamiento. Manejo de las complicaciones. **MedProg Form Méd Contina Acredit**, v. 12, n. 25, p. 1440-1447, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

ANDERSON I.M.; HADDAD P.M.; SCOTT J. Bipolar disorder. **Bmj**, v. 345, 2012.

ASANO N. M. J. *et al.* Comorbidades psiquiátricas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: uma revisão sistemática dos últimos 10 anos. **Rev Bra Reumatol**, v. 53, n. 5, p. 431-437, 2013.

BACA-GARCIA E., *et al.* A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. **J Clin Psychiatry**: 2001; v. 62, n. 7, p. 560-564, 2001.

BACHEN E.A; CHESNEY M.A; CRISWELL L.A. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. **Arthritis Rheum** v. 61, n. 6, p. 822-829, 2009.

BARROS, J. *et al.* Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 1-11, 2016.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.

BELMAKER R.H. Bipolar disorder. **N Engl J Med.** v. 351, n. 5, p. 476-486, 2004.

BERTOLAZI, A. N., *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep Med**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiat.** v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BLACKMORE, E. R. *et al.* Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. **Br J Psychiatry**, v. 192, n. 4, p. 279-284, 2008.

BORBA, E. F. *et al.* Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 48, p. 196-207, 2008.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida.** Artmed Editora, 2015.

BUYSSE D.J, *et al.* The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

CHEIK, N. C. *et al.* Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev Bras de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2008.

CICONELLI R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, v. 39 n.3, p 43-50, 1999.

COSTI, L. R. *et al.* Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: avaliação das causas de acordo com o banco de dados de saúde do governo. **Rev Bras Reumatol**, v. 57, n. 6, p. 574-582, 2017.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D.. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Penso Editora, 2021.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

CUNHA, O. GONÇALVES, R. A. Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. **Laboratório de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 3-17, 2012.

DE GODOY, R. F. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 1089-1102, 2013.

DE OLIVEIRA C. E. *et al.* ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. **Diálogos em Saúde**, v. 2, n. 2, 2021.

FIGUEIREDO-BRAGA, M. *et al.* Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: the crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. **Medicine**, v. 97, n. 28, 2018.

FRAGATA, A. S.; CAMPOS, R. C.; BALEIZÃO, C. Representações das figuras parentais e dor psicológica: Um estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v. 37, p. 335-325, 2019.

FREIRE E., BRUSCATO A., CICONELLI R. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients in Northeastern Brazil: Is health-related quality of life a predictor of survival for these patients?. **Acta reumatol portuguesa**, v. 34, n. 2, 2009.

FREIRE, E. A. M; SOUTO, L. M; CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Bras de Reumatol**, v. 51, p. 75-80, 2011.

GALINDO, M., MOLINA, R. A. ÁLVAREZ, J.L.P. Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Historia natural. Pruebas diagnósticas. Diagnóstico diferencial. **Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 12, n. 25, p. 1429-1439, 2017.

GOSS-SAMPSON, M. A. **Statistical Analysis in JASP 0.14: A Guide for Students**.2020.

HAJDUK, A. *et al.* Prevalence and correlates of suicidal thoughts in patients with neuropsychiatric lupus. **Lupus**, v. 25, n. 2, p. 185-192, 2016.

HANLY, J. G. *et al.* Neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus: attribution and clinical significance. **J rheumatol**, v. 31, n. 11, p. 2156-2162, 2004.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. M. Suicide as an outcome for medical disorders. **Medicine**, v. 73, n. 6, p. 281-296, 1994.

HOLDEN, R. R. et al. Development and preliminary validation of a scale of psychache. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 33, n. 4, p. 224, 2001.

HOLMES, D. S.; COSTA, S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Artes Médicas, 1997.

HUBERS, A. A. M. et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 27, n. 2, p. 186-198, 2018.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados referentes as informações de Alagoas**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>> Acesso em 10 março de 2021.

JUNIOR, A. F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo The suicidal behavior in Brazil and in the world. **Ver Bras Psico**, v. 2, n. 1, p. 15-28, 2015.

KARASSA, F. B., MAGLIANO, M., e ISENBERG, D. A. Suicide attempts in patients with systemic lúpus erythematosus. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 62, 58-60. (2003).

KISHIMOTO, S. T. **A influência da atividade física nos aspectos psicológicos (emocionais e cognitivos), físico e volume cerebral no lúpus eritematoso sistêmico (LES)**. Tese de doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2019.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, 1992.

KRUPP L.B; LAROCCA N.G; MUIR J.; STEINBERG A.D. A study of fatigue in systemic lupus erythematosus. **J Rheumatol** v. 17, n. 11, p. 1450-1452, 1990.

LEELAHANAJ T, KONGSAKON R, CHOOVANICHVONG S, TANGWONGCHAI S, PAHOLPAK S, 310 Kongsuk T, et al. Time to relapse and remission of bipolar disorder: findings 311 from a 1-year prospective study in Thailand. **Neuropsychiatr Dis Treat**.v. 9, p. 1249, 2013.

LI, Z. *et al.* The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. **Psychology, health & medicine**, v. 23, n. 9, p. 1025-1036, 2018.

LUÍS, M. M. C. G. **Dor psicológica e risco suicidário: um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora. 2016.

MAK, A., TANG, C. S., & HO, R. C. Serum tumour necrosis factor-alpha is associated with poor health-related quality of life and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. **Lupus**, v. 22, n. 3, p. 254-261, 2013.

MALLOY-DINIZ L.F., *et al.* Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **J Bras Psiquiatr.** v. 59, p. 99-105, 2010.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP**, p. 1-17, 2012.

MATSUKAWA, Y. Suicide in systemic lupus erythematosus. **Psychosomatics**, v. 56, n. 3, p. 317-318, 2015.

MCDOWELL, I. *et al.* **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** Oxford University Press, USA, 2006.

MOK, C. C., CHAN, K. L., CHEUNG, E. F. C.; YIP, P. S. F. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. **Rheumatology**, v. 53, n. 4, p. 714-721, 2014.

MOREIRA, M. D., MELLO FILHO, J. Psicoimunologia hoje. **Psicossomática hoje**, p. 119-151, 1992.

MORILLAS-DE-LAGUNO, P. *et al.* Association of objectively measured physical activity and sedentary time with arterial stiffness in women with systemic lupus erythematosus with mild disease activity. **PloS one**, v. 13, n. 4, p. e0196111, 2018.

OMDAL, R. *et al.* Somatic and psychological features of headache in systemic lupus erythematosus. **J Rheumatol**, v. 28, p. 772-9., 2001.

PALAGINI, L. et al. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. **Lupus**, v. 22, n. 5, p. 409-416, 2013.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRAT, E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **J clinic psychol**, v. 51, n. 6, p. 768-774, 1995.

PELIÇARI, K. O. **Avaliação comparativa em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico de início adulto e juvenil: perfil clínico, laboratorial e citocinas IL-6, IL-10 e IL-12.** 2017. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

REGO, J. **A agressividade em crianças e jovens vítimas de maus-tratos.** Monografia em Psicologia Clínica, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2005.

ROCHA, A. C. N. C. **Frequência das lesões cutâneas no lúpus eritematoso sistêmico.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. 2017.

SANTOS, L. M. O. VILAR, M. J. MAIA, E. M. C. Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, sintomas depressivos e apoio social. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 39-54, 2017.

SCHMEDING, A.; SCHNEIDER, M. Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 27, n. 3, p. 363-375, 2013.

SCHNEIDMAN, E. S. Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 28, n. 3, p. 245, 1998.

SINGH, P. K.; RAO, V.R. Explicando tentativa de suicídio com traços de personalidade de agressão e impulsividade em uma população tribal de alto risco da Índia. *PloS one*, v. 13, n. 2, pág. e0192969, 2018.

SHNEIDMAN, E. S. Commentary: Suicide as psychache. **J Nerv ental Disease**, 1993.

SHNEIDMAN, E. S. Conceptual contribution: The psychological pain assessment scale. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 29, n. 4, p. 287, 1999.

SHNEIDMAN, E. S. The commonalities of suicide across the life span. In: **Life span perspectives of suicide.** Springer, Boston, MA, 1990. p. 39-52.

SHNEIDMAN, E. S. **The suicidal mind: Final thoughts and reflections**. Oxford, UK: Oxford University Press. 1996.

SKARE, T. L. *et al.* Infecções e lúpus eritematoso sistêmico. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 47-51, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Reumatologia**, 2019. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/lupus-eritematoso-sistêmico-les/>>. Acesso em: 12 de abril de 2021.

SOLOFF, P.; WHITE, R.; DIWADKAR, V. A. Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 222, n. 3, p. 131-139, 2014.

SUTANTO, B. *et al.* Experiences and perspectives of adults living with systemic lupus erythematosus: thematic synthesis of qualitative studies. **Arthritis care & research**, v. 65, n. 11, p. 1752-1765, 2013.

STANFORD, M. S. *et al.* Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. **Personality and individual differences**, v. 47, n. 5, p. 385-395, 2009.

TAFT, C.; KARLSSON, J.; SULLIVAN, M. Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 1, p. 251-256, 2004.

TANG, K.T. *et al.* Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: A single-center experience and literature review. **Psychosomatics**, v. 56, n. 2, p. 190-195, 2015.

VAN VOLLENHOVEN, R. F. *et al.* Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 73, n. 6, p. 958-967, 2014.

VASCONCELOS, A. G.; MALLOY-DINIZ, L.; CORREA, H. Systematic review of psychometric proprieties of Barratt Impulsiveness Scale Version 11 (BIS-11). **Clin Neuropsychiatry**, v. 9, n. 2, 2012.

VERROCCHIO, M. C. *et al.* Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. **Frontiers in psychiatry**, v. 7, p. 108, 2016.

VOLKMANN, E. R. *et al.* Low physical activity is associated with proinflammatory high-density lipoprotein and increased subclinical atherosclerosis in women with systemic lupus erythematosus. **Arthritis Care & Research: Of J Americ Coll Rheumatol**, v. 62, n. 2, p. 258-265, 2010.

WANG, Y.; GORENSTEIN, C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. **Braz J Psychiat**, v. 35, p. 416-431, 2013.

WARE JR, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Medical care**, p. 473-483, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the Screening Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C Infection Updated Version April 2016: Guidelines**. World Health Organization, 2016.

XIE L.F. *et al.* Prevalência e correlatos de ideação suicida em pacientes com LES internados: experiência chinesa. **Rheumatol Int**, v. 32, n. 9, p. 2707-2714, 2012.

XIONG W, LAHITA RG. Pragmatic approaches to therapy for systemic lupus erythematosus. **Nat Rev Rheumatol**. v. 10, n. 2, p. 97-107, 2014.

ZAKERI Z. *et al.* Prevalência de depressão e sintomas depressivos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: experiência iraniana. **Rheumatol Int**; 32: 1179 87 2012.

ZHANG, L. *et al.* Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa como voluntário(a) do estudo **“Estudo de associação entre risco de suicídio e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico”**, que será realizado no serviço de reumatologia e no ambulatório de dor, do Hospital Universitário (HU) Prof. Alberto Antunes – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas) no período de seis meses. Recebi dos senhores Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto e do mestrando em Ciências Médicas Thiago José Nascimento de Souza, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o objetivo geral do estudo se destina Investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematoso sistema.
- 2) Que a importância do estudo além de demonstrar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico e contribuir para mudanças na abordagem terapêutica desses pacientes a fim de melhorar a qualidade de vida.
- 3) Que a coleta dos dados será por intermédio de um questionário sociodemográfico e clínico, aplicação de uma mini entrevista neuropsiquiátrica que diagnostica transtorno depressivo, comportamento suicida e transtorno bipolar, aplicação de uma escala de dor psicológica, escala de impulsividade, escala de agressividade, escala de depressão, escala de desesperança, escala de qualidade do sono, escala de qualidade de vida.
- 4) Que os possíveis riscos à sua saúde são constrangimento ao responder o questionário e as escalas.
- 5) Que o anonimato dos participantes da pesquisa será resguardado e suas informações pessoais só serão divulgadas entre os profissionais da pesquisa mediante sua autorização.

- 6) Que os benefícios esperados são, fornecer informações sobre a condição estudada e orientações sobre educação em saúde, como também, a partir das avaliações dos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, favorecer diagnóstico de transtorno mental e possível encaminhamento psiquiátrico e psicológico e promover uma melhor abordagem terapêutica nesses pacientes e conseqüentemente uma melhora em seu bem-estar e qualidade de vida.
- 7) Que o estudo começará a partir da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).
- 8) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- 9) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- 10) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- 11) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.
- 12) Garantimos que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os responsáveis pela pesquisa.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Nome: Valfrido Leão de Melo Neto

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, *Maceió* - AL

Complemento: Faculdade de Medicina

Cidade/CEP: 57072-970
 Telefone: (82) 99104075
 Ponto de referência: Ufal

Contato de Urgência

Nome: Thiago José Nascimento de Souza

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, *Maceió* - AL, Cep: 57072-970

Telefone: (82) 999104075

Instituição: [Universidade Federal de Alagoas](#)

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
 Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico

Pesquisador: Valfrido Leão de Melo Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24393319.5.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.775.143

Apresentação do Projeto:

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica que acomete o tecido conjuntivo, sua etiologia é multifatorial caracterizando-se pelo acometimento de diversos órgãos e sistemas. As manifestações clínicas são diversas, sendo capazes de envolver qualquer órgão ou sistema, simultaneamente ou isoladamente, em qualquer estágio da patologia. Dentre outras manifestações, estão as neuropsiquiátricas que são muito variáveis, podendo acometer o sistema nervoso central e periférico, tem uma dimensão psicossomática prevalente, sendo necessário considerar o estresse e o sofrimento psicossocial no seu desencadeamento, evolução, agravamento e possível controle, podendo levar o indivíduo a ter comportamentos suicida. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com metodologia quantitativa que tem como objetivo investigar a presença de comportamento suicida e outros transtornos psiquiátricos e sua relação com os pacientes com LES e será realizada no serviço de reumatologia e no ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió e terá como sujeitos pesquisados os pacientes desse serviço de saúde. A coleta de dados será feita mediante aplicação de questionário sociodemográfico e clínico, instrumentos diagnósticos como: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) e Escala diagnóstica de LES de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), assim como

Continuação do Parecer: 3.775.143

instrumentos de intensidades como Psychache Scale (Escala de dor psicológica), Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11), Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ), Inventário de depressão de Beck (BDI), Escala de desesperança de Beck (BHS), Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de qualidade de vida (SF-36). Os resultados serão avaliados por meio do pacote estatístico SPSS - versão 23. Todas as etapas do estudo serão seguidas criteriosamente as orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Procedimentos

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP-UFAL) e somente após sua aprovação será executado do plano metodológico. Os pesquisadores convidarão os pacientes descritos nos critérios de inclusão do setor de reumatologia do HU, onde serão esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Após sua concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que serão disponibilizadas duas cópias, uma ficando sobre posse do pesquisador e outra do participante, para que então sejam aplicados os instrumentos de pesquisa.

O primeiro instrumento será o MEEM para avaliar o estado cognitivo do paciente, onde o instrumento é composto por duas partes que medem funções cognitivas, na primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, que totalizam 21 pontos. A segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal simples e a um escrito, de relação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos). Ao final o escore é 30 baseado em itens dicotômicos considerando o nível escolar do indivíduo (BERTOLUCCI et al, 1994). O MEEM tem como nota de corte de 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (BRUCKI, et al., 2003). Sendo elegíveis, dar-se-á continuidade com aplicação dos instrumentos Questionário Sociodemográfico e clínico, Mini International Neuropsychiatric Interview, Psychache Scale, Escala de impulsividade de Barratt, Escala de Agressividade de Buss-Perry, Inventário de depressão de Beck, Escala de desesperança de Beck, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh e a Escala de qualidade de vida SF-36.

É importante ressaltar que o participante inicia-se a coleta de dados e a qualquer momento o paciente pode recusar-se a participar da pesquisa retirando o termo de consentimento assinado anteriormente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.775.143

Critérios para suspensão da pesquisa:

Os critérios para suspender ou encerrar as pesquisas poderão ser de ordem operacional. Caso não haja anuência por parte da população-alvo em participar das entrevistas que inviabilizem a constituição de uma amostra viável, posição que será prontamente respeitada. Ressalta-se que suspenderemos a pesquisa imediatamente caso percebamos risco ou dano à saúde do sujeito participante, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com lúpus eritematoso sistema.

2.2 Objetivos Específicos:

- o Traçar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra;
- o Identificar os fatores de riscos para ideação suicida nesta população;
- o Descrever as prevalências de comportamento suicida, depressão maior, transtorno bipolar e distúrbio do sono;
- o Mensurar os escores de dor psicológica, de sintomas depressivos, impulsividade, agressividade, desesperança e de qualidade de vida;
- o Avaliar a associação de comportamento suicida e dor psicológica, com os transtornos de humor, transtornos do sono, impulsividade e agressividade, desesperança e qualidade de vida dos pacientes com LES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.775.143

A pesquisa oferece baixo risco aos participantes, uma vez que não será realizado nenhum tipo de experimentação, procedimento ou medicação. O único possível risco encontrado para os pacientes participantes do estudo seria o constrangimento ao responder os questionários. Para evitá-lo, será exposto de maneira clara e acessível no TCLE que a participação no estudo é voluntária e que a recusa em participar não trará quaisquer consequências e que a qualquer momento o paciente pode se desligar do estudo. Além disso, os entrevistadores estarão devidamente habilitados e treinados para aplicação dos questionários, diminuindo o risco.

Em se tratando dos benefícios do estudo, a avaliação psiquiátrica dos pacientes com LES irá favorecer uma melhor abordagem terapêutica desses pacientes e conseqüentemente uma melhora em seu bem-estar e qualidade de vida e o aumento do conhecimento sobre a dos transtornos psiquiátricos no LES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo apresentado para avaliação de resposta a pendências.

O pesquisador respondeu todas as pendências de modo organizado e adequadamente. O protocolo atende as determinações das Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos examinados para este parecer:

Projeto;

TCLE;

Carya-resposta;

Declaração do pesquisador;

Declaração da psicóloga.

Recomendações:

Recomendamos uniformizar os documentos TCLE e Projeto quanto aos Riscos e benefícios da pesquisa.

O primeiro foi corrigido, o outro não.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.775.143

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 3.775.143

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1432990.pdf	29/11/2019 16:05:06		Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	29/11/2019 16:04:10	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Declaracao_Psicologa.pdf	29/11/2019 15:50:56	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao2_Modificado.pdf	29/11/2019 15:47:57	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.docx	29/11/2019 15:45:20	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRESTRUTURA.pdf	26/10/2019 15:56:28	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2019 15:55:15	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/10/2019 15:54:22	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	26/10/2019 15:53:57	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	14/10/2019 15:01:31	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoderesponsabilidade.pdf	02/10/2019 11:45:48	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao2.pdf	02/10/2019 11:43:16	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao1.pdf	02/10/2019 11:42:41	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Outros	sf36.pdf	23/09/2019 17:57:47	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Aceito
Outros	mini702.pdf	23/09/2019 17:56:49	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.775.143

Outros	mini702.pdf	23/09/2019 17:56:49	SOUZA	Acelto
Outros	Mine.pdf	23/09/2019 17:56:12	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Outros	inventario1.pdf	23/09/2019 17:55:46	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Outros	indice1.pdf	23/09/2019 17:55:13	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Outros	Escala3.pdf	23/09/2019 17:54:24	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Outros	Escala2.pdf	23/09/2019 17:53:23	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Outros	Escala.pdf	23/09/2019 17:52:05	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	23/09/2019 17:49:33	THIAGO JOSE NASCIMENTO DE SOUZA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 16 de Dezembro de 2019

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))