



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

Rita Márcia Pacheco Lins

**Associação entre Risco de Suicídio e Níveis Plasmáticos de Interleucina-6  
em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico**

Maceió  
2022

RITA MÁRCIA PACHECO LINS

**Associação entre Risco de Suicídio e Níveis Plasmáticos de Interleucina-6 em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico**

Exame de Defesa (Mestrado), Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Doenças crônicas

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Sotero Fragoso

Maceió  
2022

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

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

L759a Lins, Rita Márcia Pacheco.  
Associação entre risco de suicídio e níveis plasmáticos de interleucina-6 em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico / Rita Márcia Pacheco Lins. – 2022.  
104 f. : il.

Orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.

Co-orientador: Thiago Sotero Fragoso.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 44-51.

Anexos: f. 52-104.

1. Lúpus eritematoso sistêmico. 2. Suicídio. 3. Depressão. 4. Interleucina-6. I.  
Título.

CDU: 616.51

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar o risco de suicídio em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e sua associação com níveis plasmáticos de Interleucina-6 (IL-6). **Método:** Estudo transversal, amostra de conveniência de 53 mulheres diagnosticadas com LES e atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas. Os seguintes instrumentos foram utilizados: questionário sociodemográfico, MINI v.5.0.0, Inventário de Depressão de Beck, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), Formulário Short-Form-36 e coleta de sangue periférico para Análise da IL-6 através de ELISA. **Resultados:** O risco de suicídio esteve presente em 22,6% da amostra, sendo 5,7% com risco elevado. Os escores no PSQI foram respectivamente 10,9 ( $\pm 4,7$ ) e 9,2 ( $\pm 4,6$ ) nos grupos com e sem risco de suicídio. Houve associação entre risco de suicídio e a presença de transtornos psiquiátricos, como agorafobia ( $p < 0,05$ ), fobia social ( $p < 0,05$ ), TOC ( $p < 0,05$ ), bulimia nervosa ( $p < 0,05$ ), psicose atual ( $p < 0,05$ ) e depressão atual ( $p < 0,05$ ). O escore total de qualidade de sono no PSQI não diferiu entre os grupos ( $p = 0,27$ ). As médias das dosagens de IL-6 diferiram de modo significativo na presença de alguns transtornos mentais, como: depressão ( $p < 0,05$ ), transtorno bipolar ( $p < 0,05$ ), psicose ao longo da vida ( $p < 0,01$ ), pânico ao longo da vida ( $p < 0,05$ ) e fobia social ( $p < 0,05$ ), mas não com comportamento suicida ( $p = 0,72$ ). **Conclusão:** O risco de suicídio apresenta alta prevalência na população com LES e associa-se à depressão e ansiedade. O prejuízo do sono e os escores de IL-6 não diferiram entre os grupos com e sem risco de suicídio.

**Palavras-chave:** Lúpus Eritematoso Sistêmico; Suicídio; Depressão; Interleucina-6;

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the risk of suicide in patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and its association with plasma levels of Interleukin-6 (IL-6). **Methods:** Cross-sectional study, convenience sample of 53 women diagnosed with SLE and treated at the University Hospital of the Federal University of Alagoas. Data were collected through assessment instruments: sociodemographic questionnaire, MINI v.5.0.0, Beck Depression Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index, Short-Form-36 Form and peripheral blood collection for IL-6 by ELISA. **Results:** The risk of suicide was present in 22.6% of the sample, and in 5.7% of the patients were severe risk. PSQI scores were 10.9 ( $\pm 4.7$ ) and 9.2 ( $\pm 4.6$ ) in the groups with and without suicide risk, respectively. There was an association between the risk of suicide and the presence of some psychiatric disorders, such as: agoraphobia ( $p < 0.05$ ), social anxiety disorder ( $p < 0.05$ ), OCD ( $p < 0.05$ ), bulimia ( $p < 0.05$ ), current psychosis ( $p < 0.05$ ) and depressive episode ( $p < 0.05$ ). Quality of sleep measured with PSQI indicated impairment in both groups but the difference between them was not significant ( $p = 0.27$ ). The IL-6 measurement means differed significantly in the presence of some mental disorders, such as: depression ( $p < 0.05$ ), bipolar disorder ( $p < 0.05$ ), lifetime psychosis ( $p < 0.01$ ), lifetime panic ( $p < 0.05$ ) and social phobia ( $p < 0.05$ ), but not with suicidal behavior ( $p = 0.72$ ). **Conclusion:** Suicide risk is highly prevalent among SLE patients and, is associated with current depression and anxiety disorders. Impairment in sleep quality and IL-6 scores did not differ between the groups with or without suicide risk.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus; Suicide; Depression; Interleukin-6;

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estresse e Depressão induzindo a ativação da resposta inflamatória	-	20
Quadro 1 - Critérios de classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico do Colégio Americano de Reumatologia revisados em 1997.	-	23

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Revisão de artigos sobre prevalência de Ideação Suicida em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico.	16
Tabela 2	Características Sociodemográficas e Duração do Lúpus Eritematoso Sistêmico da Amostra	27
Tabela 3	Prevalência dos Transtornos Psiquiátricos Investigados Através da Mini International Neuropsychiatric Interview (v. 5.0.0) em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico Atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Maceió-AL	28
Tabela 4	Análise de Associação entre risco de Suicídio e Presença de Transtornos Psiquiátricos em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico Atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Maceió-AL	29
Tabela 5	Análise Comparativa entre os Grupos Com e Sem risco de Suicídio e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36), Gravidade de Sintomas Depressivos e Qualidade do Sono	31
Tabela 6	Análise Comparativa entre os Grupos Com e Sem Depressão, Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)	31
Tabela 7	Correlação entre os Escores do Inventário de Depressão de Beck-II e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36)	32
Tabela 8	Correlação entre o Escore Total do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) e Escores do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em Mulheres Com Lúpus Eritematoso Sistêmico	32
Tabela 9	Associação entre níveis plasmáticos de IL-6 e Transtornos Mentais em mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico	34
Tabela10	Correlação entre os Níveis plasmáticos de IL-6 e Escores do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), Escore Total do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) em Mulheres Com Lúpus Eritematoso Sistêmico	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Colégio Americano de Reumatologia
APA	Associação Americana de Psiquiatria
AR	Artrite Reumatoide
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor
BSSI	Beck Scale for Suicidal Ideation
CID	Classificação Internacional das Doenças
CMI	Cornell Medical Index
CSSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
dp	Desvio padrão
DSM	Manual Estatístico de Transtornos Mentais
EDM	Episódio Depressivo Maior
HPA	Hipotálamo-Pituitário-Adrenal
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IDO	Indoleamina - 2,3 dioxigenase
IL	Interleucina
IFN	Interferon
LCR	Líquor cefalorraquidiano
LE-PELE	Lúpus Eritematoso restrito a pele
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NF-kB	Nuclear Factor kappa B
NP-LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico Neuropsiquiátrico
OA	Osteoartrite
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PSQI	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
SF-36	Formulário Short-Form-36
SLEDAI	Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TNF	Fator de necrose tumoral
$\chi^2$	Teste Qui-quadrado de Pearson

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	9
2 OBJETIVOS-----	10
<b>2.1 Objetivo Geral-----</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos-----</b>	<b>10</b>
3 REVISÃO DE LITERATURA-----	11
<b>3.1 Suicídio-----</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Lúpus Eritematoso Sistêmico e Suicídio-----</b>	<b>13</b>
<b>3.3 Interleucina-6 e Suicídio-----</b>	<b>17</b>
4 METODOLOGIA-----	21
<b>4.1 Caracterização do estudo-----</b>	<b>21</b>
4.1.1 Definição da amostra-----	21
4.1.2 Definição dos casos: critérios de inclusão-----	21
4.1.3 Definição dos casos: critérios de exclusão-----	21
<b>4.2 Aspectos éticos-----</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Avaliação clínica-----</b>	<b>22</b>
4.3.1 Entrevista Reumatológica-----	22
4.3.2 Entrevista Psiquiátrica-----	24
<b>4.4 Coleta de amostra biológica-----</b>	<b>25</b>
4.4.1 Processamento e armazenamento de amostra biológica-----	25
<b>4.5 Tratamento dos dados e Análise estatísticas-----</b>	<b>25</b>
5 RESULTADOS-----	27
6 DISCUSSÃO-----	36
7 CONCLUSÕES-----	42
8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS-----	43
REFERÊNCIAS-----	44
ANEXOS-----	52

## 1 INTRODUÇÃO

O Suicídio é um problema de saúde global com taxas de 700 mil mortes ao ano na população geral (WHO). O Comportamento Suicida apresenta diferença entre gêneros, faixas etárias, regiões geográficas e realidades sociopolíticas, e está associado de forma variável a diferentes fatores de risco (BACHMANN, 2018; TURECKI; BRENT, 2016). O Suicídio apresenta associação com comorbidades psiquiátricas, principalmente com Depressão (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Assim como associação com doenças físicas, principalmente as de curso crônico (BACHMANN, 2018).

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma das doenças autoimunes mais prevalentes na população em geral, sendo uma doença inflamatória crônica imunomediada que compromete diferentes órgãos e sistemas, determinando diversas manifestações clínicas. Dentre as manifestações clínicas, destacam-se as anormalidades neuropsiquiátricas, em especial os transtornos de humor, presentes em aproximadamente 40% dos indivíduos (NERY; BORBA; HATCH; SOARES *et al.*, 2007). A patogênese dos transtornos de humor no LES ainda não está clara, porém evidências substanciais implicam a inflamação como um mediador crítico em sua fisiopatologia e sugerem que mediadores inflamatórios como IL-6, TNF- $\alpha$  e IL-1 $\beta$  interagem com praticamente todos os domínios fisiopatológicos relevantes (BRUNONI; LOPES; FREGNI, 2008; ROSENBLAT; CHA; MANSUR; MCINTYRE, 2014).

Marcadores inflamatórios como as citocinas, especificamente a IL-6, estão associados a comportamento suicida em estudos com população geral (GANANCA; OQUENDO; TYRKA; CISNEROS-TRUJILLO *et al.*, 2016). Portadores de LES apresentam na fisiopatologia da doença alterações inflamatórias e alta comorbidades com transtornos psiquiátricos. O atual estudo investigará a associação entre risco de Suicídio e o nível plasmático de IL-6 em pacientes portadores de LES.

O comportamento suicida é pouco estudado na população portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico, apesar do conhecimento prévio de alta prevalência de manifestações neuropsiquiátricas nesse grupo. O diagnóstico psiquiátrico é muitas vezes impreciso. O presente estudo traz a possibilidade do uso de um biomarcador para auxílio diagnóstico de comportamento suicida em pacientes com LES, bem como a possibilidade de novas oportunidades terapêuticas. Além de conhecer fatores de risco associados ao comportamento suicida em pacientes com LES.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Identificar o risco de Suicídio em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e sua associação com o biomarcador-Interleucina-6 (IL-6).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar as prevalências dos transtornos psiquiátricos e do risco de Suicídio em pacientes com LES.
- Mensurar escores de gravidade de sintomas depressivos e de qualidade de vida em pacientes com LES.
- Caracterizar o padrão de sono em pacientes com LES.
- Investigar a associação do risco de Suicídio com a presença de transtornos psiquiátricos e com escores de qualidade de vida e de sono em pacientes com LES;
- Dosar os níveis de IL-6 em pacientes com LES e analisar sua associação com transtornos mentais;
- Correlacionar os níveis de IL-6 com aspectos da qualidade de vida e qualidade de sono em pacientes com LES;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Suicídio

O Suicídio é considerado um fenômeno mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de 700.000 pessoas morrem por ano por Suicídio (WHO). A taxa de mortalidade anual global por Suicídio foi estimada a ser 9,0 por 100.000 indivíduos, com variações entre grupos de idade e países (WHO). O Suicídio é a quarta causa de morte mundial em indivíduos de 15 a 29 anos (WHO). No Brasil, o Suicídio também está entre as principais causas de morte em jovens, ocupando a quarta posição entre os de 15 e 29 anos (MS, 2017). O aumento mais acentuado no número de mortes por Suicídio ao longo da vida ocorre entre o início da adolescência e a idade adulta jovem (NOCK; BORGES; BROMET; ALONSO *et al.*, 2008). A maior prevalência de Suicídio ocorre em países de baixa e média renda (BACHMANN, 2018). O gênero também é um fator claro no comportamento suicida, com taxas mais altas de Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio no sexo feminino, entretanto com taxas mais altas de mortes por Suicídio no sexo masculino (BACHMANN, 2018). Alguns estudos associam essa diferença à maior exposição a determinados fatores de risco para o sexo masculino (por exemplo: impulsividade, agressividade, uso de substâncias e uso de métodos mais letais na tentativa de Suicídio) (JAEN-VARAS; MARI; ASEVEDO; BORSCHMANN *et al.*, 2019).

A Ideação Suicida refere-se a pensamentos sobre morte e/ou Suicídio, ela pode ser ativa, quando o indivíduo tem pensamentos sobre tirar a própria vida com escolhas de métodos e planejamento do ato; a Ideação Suicida pode ainda ser passiva, quando o indivíduo tem pensamentos sobre morrer, deseja estar morto, mas não tem a intenção ou o planejamento do ato suicida. Tipicamente a Ideação Suicida passa de sua forma passiva para a ativa (TURECKI; BRENT, 2016). Estudos analisando a população de adolescentes demonstraram que adolescentes que experimentam Ideação Suicida normalmente o fazem em uma frequência moderada (por exemplo: 1 pensamento por semana), com pensamentos geralmente variando de gravidade leve a moderada (MIRANDA; ORTIN; SCOTT; SHAFFER, 2014; NOCK; PRINSTEIN; STERBA, 2009). A Tentativa de Suicídio é uma ação intencional e deliberada com intuito do indivíduo ser causador da própria morte, geralmente ocorre vinculada a um planejamento, a minoria (20-40%) ocorre na ausência de um plano (NOCK; BORGES; BROMET; CHA *et al.*, 2008; WITTE; MERRILL; STELLRECHT; BERNERT *et al.*, 2008). O Suicídio é uma ação fatal que leva à morte ocasionada de forma deliberada pelo indivíduo. Entre os métodos mais comuns de Suicídio estão: enforcamento, intoxicação exógena e uso de arma de fogo (BACHMANN, 2018). O Comportamento Suicida não fatal ocorre em maior frequência do que o Suicídio,

entretanto o Comportamento Suicida não fatal é um fator de risco para o Suicídio (BORGES; NOCK; HARO ABAD; HWANG *et al.*, 2010; NOCK; GREEN; HWANG; MCLAUGHLIN *et al.*, 2013). Estudos mostram que no período de 01 ano, um terço dos indivíduos com Ideação Suicida irão apresentar uma Tentativa de Suicídio, os tentadores de Suicídio que foram atendidos em emergências irão no período de 01 ano apresentar um risco de Suicídio de 1,6% e um risco de nova tentativa de Suicídio de 16,3% (CARROLL; METCALFE; GUNNELL, 2014). A transição da Ideação Suicida para a Tentativa de Suicídio, normalmente acontece após 1 a 2 anos do início da Ideação Suicida (GLENN; LANZILLO; ESPOSITO; SANTEE *et al.*, 2017).

As doenças psiquiátricas estão presentes na grande maioria dos Suicídios e Tentativas de Suicídio, com taxas estimadas de presença de Transtorno psiquiátrico entre 60% e 98% em todos os Suicídios (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BERTOLOTE; FLEISCHMANN; DE LEO; WASSERMAN, 2004). Entretanto o Comportamento Suicida também apresenta prevalência aumentada em indivíduos com doenças físicas, principalmente em doenças de curso crônico (FASSBERG; CHEUNG; CANETTO; ERLANGSEN *et al.*, 2016). Tanto nos Transtornos psiquiátricos como em doenças físicas, o número de Suicídios aumenta a cada comorbidade, e o fator de estar hospitalizado também aumenta o risco de Suicídio (TSENG; CHENG; HU, 2011). Distúrbios do sono e insônia, apresentam risco aumentado para Suicídio, podendo ser independente da Depressão, ou mediado por aumento da impulsividade, viés cognitivo negativo e busca de recompensa (TURECKI; BRENT, 2016).

Em relação aos fatores de risco genéticos, modificações epigenéticas desencadeadas por estressores ambientais no início da vida estão relacionadas com risco de Suicídio, as alterações epigenéticas encontradas envolvem genes relacionados à neuroplasticidade e neuroproteção (TURECKI; BRENT, 2016). Estudos de família demonstram que o risco de Tentativas de Suicídio é maior em parentes de indivíduos que cometeram Suicídio (BRENT; MELHEM, 2008).

Em relação aos fatores de risco associados ao Suicídio estão relacionados: morar sozinho, alta introversão, extrema desesperança, impotência e inutilidade, derrota e aprisionamento, eventos traumáticos na idade adulta, estressores interpessoais, perda ou luto, dificuldades financeiras ou legais (TURECKI; BRENT, 2016). Há fortes evidências indicando que várias formas de maus-tratos na infância, como abuso sexual, físico e emocional, predizem futuras ideações suicidas e tentativas de Suicídio entre os jovens (CHA; FRANZ; E; GLENN *et al.*, 2018). Em relação aos fatores de proteção relacionados ao Suicídio tem-se: rede de apoio social bem desenvolvida, fortes razões para viver, ser responsável por crianças pequenas,

religiosidade, extroversão e otimismo, enfrentamento eficaz e resolução de problemas (TURECKI; BRENT, 2016).

### **3.2 Lúpus eritematoso sistêmico e Suicídio**

O LES é uma das doenças reumatológicas autoimunes mais prevalentes na população em geral com prevalência que varia entre 20 a 150 por 100.000 habitantes (MAIDHOF; HILAS, 2012). É uma doença inflamatória crônica imunomediada caracterizada pela presença de múltiplos autoanticorpos, que compromete diferentes órgãos e sistemas, determinando assim diversas manifestações clínicas (PETRI, 2002). Manifestações neurológicas e psiquiátricas estão presentes em 10-80% dos casos a depender dos critérios diagnósticos utilizados, essas manifestações são resultados do envolvimento direto do sistema nervoso central ou de efeitos adversos do tratamento ou complicações da doença (SIBLEY; OLSZYNSKI; DECOTEAU; SUNDARAM, 1992).

O LES ocorre predominantemente no sexo feminino (PETRI, 2002). Existem evidências de que ancestralidade, raça e etnia têm grandes impactos nas manifestações e gravidade do LES, a incidência e prevalência de LES são maiores em negros, asiáticos e hispânicos, que tendem a desenvolver lúpus mais cedo e com doença mais grave e mais ativa, com mais danos de doença a longo prazo e aumento da mortalidade, do que os pacientes brancos (LEWIS; JAWAD, 2017).

O LES neuropsiquiátrico (NP-LES) corresponde ao envolvimento do sistema nervoso central e/ou periférico e inclui um total de 19 síndromes classificadas pelo Colégio Americano de reumatologia (ACR) (AGUILERA-PICKENS; ABUD-MENDOZA, 2013). As manifestações variam desde cefaleias a manifestações altamente debilitantes resultantes de vasculopatia, inflamação ou ação de autoanticorpos com reatividade cerebral, podendo ocorrer independentemente de outras manifestações de atividade clínica ou sorológica da doença (AGUILERA-PICKENS; ABUD-MENDOZA, 2013). O diagnóstico do NP-LES, na ausência de biomarcadores ou dados laboratoriais ou de imagem específicos, baseia-se na suspeita clínica e na exclusão de outras causas dos sintomas neuropsiquiátricos (FONG; THUMBOO, 2010). O tratamento do NP-LES é muitas vezes empírico e com terapia sintomática (antipsicóticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes), estando a imunossupressão indicada apenas em caso de doença ativa (FONG; THUMBOO, 2010).

A patogênese dos transtornos psiquiátricos no LES ainda não está clara, porém evidências substanciais implicam a inflamação como um mediador crítico na fisiopatologia da

doença mental. Os estudos com o objetivo de investigar a associação entre transtornos psiquiátricos e citocinas pró-inflamatórias têm demonstrado a associação entre ativação do sistema imune, citocinas pró-inflamatórias periféricas e sintomas psiquiátricos, incluindo sua gravidade (DOWLATI; HERRMANN; SWARDFAGER; LIU *et al.*, 2010; HIMMERICH; FULDA; LINSEISEN; SEILER *et al.*, 2008; ZUNSZAIN; HEPGUL; PARIANTE, 2013).

A Depressão é uma comorbidade comum em pacientes com LES, ficando atrás apenas de Hipertensão Arterial Sistêmica (WOLFE; MICHAUD; LI; KATZ, 2010). A revisão sistemática de Asano et al (2013) encontrou o Episódio Depressivo Maior como comorbidade psiquiátrica de maior destaque em pacientes com LES, variando entre 18,3-75% nos diferentes estudos, e os Transtornos de ansiedade foram descritos como de alta prevalência, destacando-se o Transtorno de Ansiedade sem outra especificação, Fobias, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada (ASANO; CORIOLANO; ASANO; LINS, 2013).

Estudos de transtorno de personalidade em indivíduos com LES, apresentam resultados superiores à população não clínica com dados compatíveis com 35,6% de pacientes com LES apresentando pelo menos um transtorno de personalidade (MANI; ROSTAMI; AFLAKI; RAVANFAR, 2018; UGUZ; KUCUK; CICEK; KAYHAN *et al.*, 2013).

Doenças reumatológicas apresentam taxas de Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio maior que a população geral, com prevalência de Ideação Suicida maior em mulheres (LI; YANG; DONG; LI *et al.*, 2018). A Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio entre pacientes com doenças reumáticas está associada a vários fatores, que podem ser categorizados em vários domínios, incluindo suporte social, fisiologia e estado de saúde psicológica (LI; YANG; DONG; LI *et al.*, 2018).

O Comportamento Suicida na população com LES foi investigada em revisão feita no estudo atual e com inclusão de 12 artigos (Tabela1) com variação de prevalência entre 5,4% a 34,4% (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; ISHIKURA; MORIMOTO; TANAKA; KINUKAWA *et al.*, 2001; JALENQUES; RONDEPIERRE; MASSOUBRE; HAFFEN *et al.*, 2016; JARPA; BABUL; CALDERON; GONZALEZ *et al.*, 2011; KIRBY; FINCH, 2010 ; KNIGHT; WEISS; MORALES; GERDES *et al.*, 2014; LI-YU; NAVARRA, 2007; MOK; CHAN; CHEUNG; YIP, 2014; RAAFAT, 2015; XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012; XIE; CHEN; YE, 2011; ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012). Em um estudo de série de casos de pacientes com LES que apresentaram Tentativa de Suicídio, os fatores de risco encontrados foram: insônia,

psicose, história de fotossensibilidade, estado de doença não controlado, baixa dose esteroide, desaceleração difusa no EEG e a presença de hipocomplementemia, entretanto o número de pacientes foi muito pequeno para generalizar os dados (MATSUKAWA; SAWADA; HAYAMA; USUI *et al.*, 1994). Uma história passada de Transtornos psiquiátricos provou ser mais frequente entre pacientes com Ideação Suicida na população com LES (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; ISHIKURA; MORIMOTO; TANAKA; KINUKAWA *et al.*, 2001). No estudo de Hadjuk et al (2016) os sintomas psiquiátricos mais prevalentes na população com LES foram: anedonia, uma sensação de irrealidade, ansiedade, problemas de sono, choro ou incapacidade de chorar e mudança no interesse sexual (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016). Além disso, os pensamentos suicidas ocorreram em maior prevalência em pacientes com comorbidade com Transtorno depressivo e / ou Transtorno de Ansiedade (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; ISHIKURA; MORIMOTO; TANAKA; KINUKAWA *et al.*, 2001; KARASSA; MAGLIANO; ISENBERG, 2003; MOK; CHAN; CHEUNG; YIP, 2014; XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012; ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012). Pensamentos suicidas anteriores e tentativas foram um fator de risco para Ideação Suicida atual na população com LES (KARASSA; MAGLIANO; ISENBERG, 2003; MOK; CHAN; CHEUNG; YIP, 2014; XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012). Zakeri et al (2012) encontraram pensamentos suicidas em 37,5% dos pacientes com LES com duração da doença abaixo de três meses (ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012).

A literatura de associação entre uso de corticoesteroides em pacientes com LES e risco de Suicídio é conflitante, alguns estudos mostraram que a Ideação Suicida não diferiu entre grupos com e sem uso de corticoesteroides (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012), já outros autores relataram que pensamentos suicidas são mais comuns entre os pacientes tratados com esteroides em doses elevadas (MATSUKAWA; SAWADA; HAYAMA; USUI *et al.*, 1994; ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012).

**Tabela 1- Revisão de artigos sobre prevalência de Ideação Suicida em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico.**

Autor/Ano	País	Tamanho da Amostra	Diagnóstico	Duração de doença Média ± dp/ Mediana (faixa), anos	Idade Média dp/± Mediana (faixa), anos	Mulheres	Instrumento	Ideação Suicida,%
Li-Yu 2007	Filipinas	275	LES	5.74±4.15	32.57±12.26	100%	BDI	0.153
Ishikura 2001	Japão	84	LES	10.9±6.8	42.3±12.1	100%	CMI	0.083
Jarpa 2011	Chile	83	LES	5 (0.1-40)	39 (16-27)	90.8%	MINI	0.096
Xie 2011a	China	285	LES	1.33 (0.21-4.96)	33.98±12.98	93.7%	Questionário de ideação suicida	0.344
Xie 2011b	China	324	LES	-	-	-	Questionário de ideação suicida	0.338
Zakeri 2012	Irã	85	LES	-	-	90.6%	BDI	0.105
Knight 2014	EUA	50	LES	1.9 (0.9-4.1)	16.5 (13.0-17.9)	86%	PHQ-9	0.14
Mok 2014	Hong Kong	367	LES	9.3±7.2	40.2±13	96%	BSSI	0.12
Hajduk 2015	Polônia	53	NP-LES	11.23 ±7.74	43.79 ±11.66	90.57%	NP-Q	0.25
Raafat 2015	Egito	50	LES	5.5±4.5	27.9±6.28	100%	BSSI	0.2
Jalenques 2015	França	75	LE-PELE	10.2±7.5	46.2±13.4	80%	MINI	0.24
Buji 2017	Malásia	130	LES	>5anos em 77% dos casos	37 (18-73)	93.9%	CSSRS	0.054

Fonte: Elaboração do próprio autor. dp:desvio padrão; LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico; NP-LES: Neuropsiquiátrico- Lúpus Eritematoso Sistêmico; LE-PELE: Lúpus Eritematoso restrito a pele; BDI: *Beck Depression Inventory*; CMI: *Cornell Medical Index*; MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9*; BSSI: *Beck Scale for Suicidal Ideation*; CSSRS: *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*.

### 3.3 Interleucina-6 e Suicídio

As citocinas são peptídeos reguladores que participam do sistema de defesa e da reparação de tecidos. Entre as várias funções, elas tem o papel de modular funções neuroendócrinas, sono, comportamento de doenças e participar de processos neuroinflamatórios e neurodegenerativos (SERAFINI; POMPILI; ELENA SERETTI; STEFANI *et al.*, 2013). As citocinas afetam as funções e interações celulares e podem ter efeitos pró-inflamatórios ou anti-inflamatórios. As citocinas são produzidas predominantemente por células imunes, incluindo microglia no SNC, mas outras células como neurônios e astrócitos também podem produzi-las. As citocinas mais estudadas no contexto da psiconeuroimunologia: IL-6, fator de necrose tumoral (TNF), IL-1b e interferons (IFNs) no lado inflamatório e IL-10 no lado em resolução; no SNC as citocinas apresentam funções como a manutenção da neuroplasticidade, no entanto, a atividade de citocinas inflamatórias em excesso ou prolongada perturba várias funções neuronais, incluindo comprometimento da sinalização do neurotransmissor, interrupção da síntese, recaptação e liberação de neurotransmissores (BEUREL; TOUPS; NEMEROFF, 2020).

Ao investigar o papel de citocinas no LES, evidenciou-se que a hiperatividade do linfócito B e a deficiência imunológica mediada por células são características do LES, esse desequilíbrio é visto na produção de citocinas. A produção de linfócitos T de IL-2 é defeituosa, enquanto as citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 beta, IL-6 e TNF alfa, aumentam espontaneamente durante os surtos. No entanto, a capacidade dos monócitos nesses pacientes de produzir citocinas é reduzida após a estimulação por agentes externos. A IL-6 desempenha um papel importante nas respostas das células B em pessoas com LES pela ligação IL-6-receptor nas células B e induzindo a diferenciação terminal de células B em células plasmáticas secretoras de autoanticorpos (KIRBY; FINCH, 2010 ).

Estudos atuais evidenciam que a inflamação pode estar envolvida na fisiopatologia dos distúrbios psiquiátricos, a expressão de citocinas, quimiocinas e outros agentes inflamatórios é frequentemente alterada no sangue de pacientes com Depressão, Esquizofrenia e Transtorno Bipolar (STUART; BAUNE, 2014). Ao estudar a neurobiologia da Depressão e do Suicídio pela via inflamatória, encontra-se o estresse crônico associado por meio da ativação de mecanismos complexos que integram desregulação do eixo Hipotálamo-Pituitário-Adrenal (HPA), alterações na neurotransmissão de monoamina e glutamato, e alteração da neurogênese

por meio de um processo neuroinflamatório (Figura 1) (SERAFINI; POMPILI; ELENA SERETTI; STEFANI *et al.*, 2013).

Estudo de revisão das alterações inflamatórias associadas ao comportamento suicida relatou que IL-2, IL-6, IL-8 e TNF- $\alpha$  foram os marcadores inflamatórios mais comumente alterados (SERAFINI; POMPILI; ELENA SERETTI; STEFANI *et al.*, 2013). Assim como a revisão de marcadores de inflamação e Suicídio encontrou a IL-2, IL-3, IL-4, IL-6, IL-8, INF- $\alpha$ , TNF- $\alpha$  alteradas em indivíduos que cometeram Suicídio e em que tentaram Suicídio (MINA; LACERDA-PINHEIRO; MAIA; PINHEIRO *et al.*, 2015). Uma metanálise investigou níveis de marcadores inflamatórios no sangue, líquido cefalorraquidiano (LCR) e avaliação pós-morte de citocinas e quimiocinas cerebrais em pacientes com e sem Suicídio e controles saudáveis, evidenciou-se que havia níveis aberrantes de citocinas no sangue, LCR e cérebro pós-morte em amostras de pacientes com tendência suicida (BLACK; MILLER, 2015). Os níveis de IL-1 $\beta$  e IL-6 foram mais fortemente associados com Suicídio. No estudo de revisão de Ganança *et al.* (2016) a IL-6 foi a citocina mais frequentemente associada ao Suicídio (GANANCA; OQUENDO; TYRKA; CISNEROS-TRUJILLO *et al.*, 2016).

A IL-6 madura é uma citocina pleiotrópica com funções como a produção de proteínas de fase aguda no fígado, hematopoiese, ativação de osteoclastos, proliferação e diferenciação de linfócitos B e também a indução de febre. A IL-6 comporta-se como uma citocina e mioquina no sistema imunológico, afetando muitas doenças autoimunes (TING; YANG; TSAI, 2020). As evidências sugerem que as concentrações de interleucina-6 (IL-6) têm um papel importante no comportamento suicida, pois geralmente estão aumentadas nesses indivíduos (KIRBY; FINCH, 2010 ).

Estudos com pacientes com LES-NP encontram aumento de IL-6 no LCR (FRAGOSO-LOYO; RICHAUD-PATIN; OROZCO-NARVAEZ; DAVILA-MALDONADO *et al.*, 2007; HIROHATA; KANAI; MITSUO; TOKANO *et al.*, 2009; IIZUKA; OKAMOTO; MATSUSHITA; KIMURA *et al.*, 2010). Entretanto o marcador inflamatório não é utilizado no auxílio do diagnóstico de LES-NP.

A cetamina tem efeitos antidepressivos rápidos em pacientes com depressão e na Ideação Suicida, um estudo em modelo animal investigou os efeitos antidepressivos da cetamina e a expressão de IL-6 no córtex pré-frontal e hipocampo de um modelo de rato. O resultado demonstrou que, em comparação com o grupo de solução salina, a administração de cetamina diminuiu significativamente o tempo de imobilidade dos ratos durante o teste de

natação forçada e diminuiu a expressão de IL-6 no córtex pré-frontal e hipocampo, sugerindo que os efeitos antidepressivos induzidos pela cetamina estão associados a níveis diminuídos de IL-6 no cérebro (YANG; HONG; SHEN; DING *et al.*, 2013).

O estudo de Engler et al (2017) testou diretamente a administração intravenosa de endotoxina em baixa dose, um dos componentes bacterianos mais importantes que contribuem para o processo inflamatório, em homens saudáveis voluntários. Eles encontraram um aumento seletivo de IL-6 no LCR e uma forte associação entre o aumento dos níveis de IL-6 no LCR e a deterioração do humor induzida por endotoxinas, sugerindo que o aumento nas concentrações centrais de IL-6 pode contribuir para a patogênese da depressão (ENGLER; BRENDT; WISCHERMANN; WEGNER *et al.*, 2017).

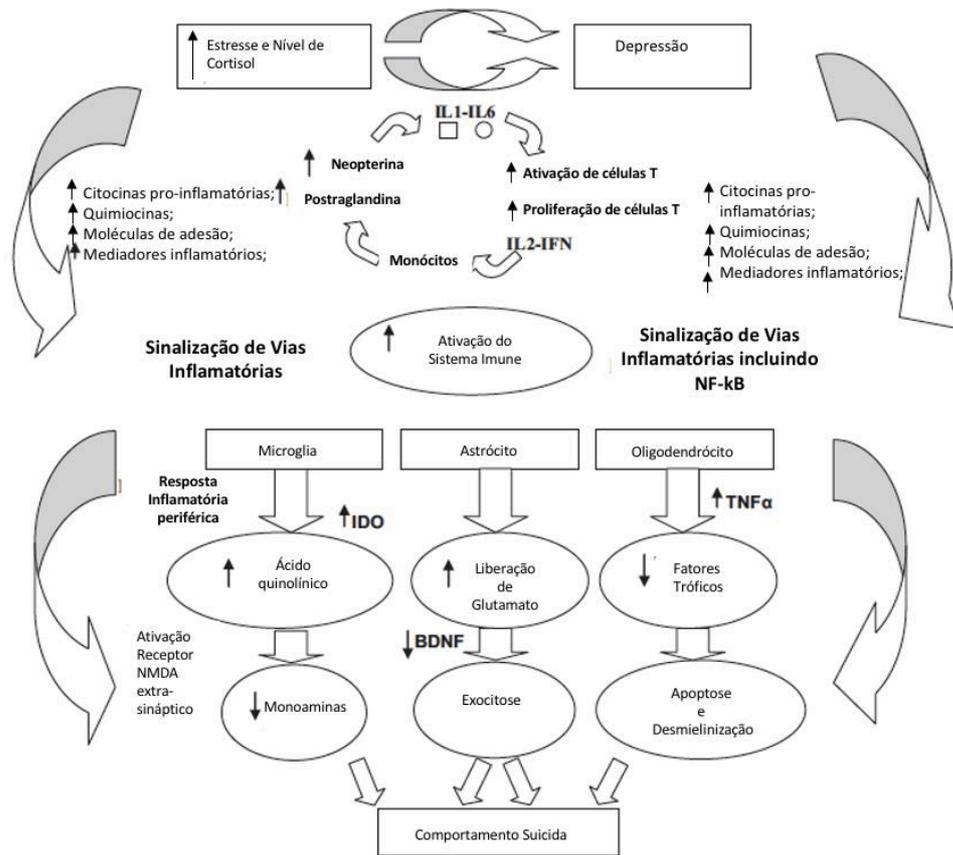
Em tratamento com inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), esses antidepressivos reduziram significativamente os níveis plasmáticos de IL-6 em um estudo com 51 pacientes com depressão; os níveis plasmáticos de IL-6 foram elevados durante o estado agudo de depressão em comparação com controles. O tratamento com antidepressivos ISRS reduziu significativamente os níveis plasmáticos de IL-6 (YOSHIMURA; HORI; IKENOUCI-SUGITA; UMENE-NAKANO *et al.*, 2009).

O aumento dos níveis de IL-6 está associado à progressão de doenças reumatológicas, medicações como Tocilizumabe, Srukumabe e Siltuximabe, anticorpos humanizados com ação antagonistas nos receptores de IL-6 são utilizados no tratamento de doenças reumatológicas. Um estudo com humanos com Artrite Reumtoide (AR) e doença de Castlemanos, analisou o uso de Sirukumabe e Siltuximabe nos sintomas depressivos dessa população, foram investigados em 176 pacientes com AR e 65 pacientes com doença de Castlemanos, a análise mostrou que em comparação com o placebo, o Sirukumabe e o Siltuximabe melhoraram significativamente os sintomas depressivos nesses pacientes (SUN; WANG; SALVADORE; HSU *et al.*, 2017).

Muitas doenças físicas são comórbidas com depressão, principalmente câncer e doenças inflamatórias. A revisão de Ting et al (2020) analisou estudos que testaram a associação de níveis de IL-6 e Depressão em doenças clínicas como Câncer, AR, Osteoartrite (AO), Doença cardiovascular, pacientes em hemodiálise, pacientes em tratamento para hepatite C., a maioria dos estudos demonstrou que os pacientes com comorbidade com Depressão apresentaram níveis maiores de IL-6 comparados com aqueles sem Depressão. Ao analisar doenças reumatológicas incluídas na revisão, AR e a AO, em dois estudos de AR, apenas um deles apresentou

associação entre Depressão e IL-6, e apenas um estudo de OA foi incluído, tendo associação positiva entre IL-6 e Depressão (TING; YANG; TSAI, 2020).

**Figura 1: Estresse e Depressão induzindo a ativação da resposta inflamatória.**



Fonte: Adaptado de Serafini et al 2013.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Estudo transversal, quantitativo, com amostra composta por conveniência. Estudo desenvolvido com pacientes portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em acompanhamento no serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) no período de junho de 2018 a agosto e 2021.

#### **4.1.1 Definição da amostra**

A amostra foi por conveniência, composta de 53 mulheres com diagnóstico de LES segundo o Colégio Americano de Reumatologia (ACR)1997 atendidas no serviço de Reumatologia do HUPAA-UFAL.

#### **4.1.2 Definição dos casos: critérios de inclusão**

- Sexo feminino;
- Idade entre 18 a 65 anos;
- Diagnóstico de LES confirmado pelos critérios do CAR 1997;
- Assinatura do TCLE;

#### **4.1.3 Definição dos casos: critérios de exclusão**

- Gestantes;
- Paciente que apresente dificuldades de entendimentos dos questionários aplicados durante a entrevista;

### **4.2 Aspectos éticos**

A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas através da plataforma Brasil (*on line*), sob o número de parecer 2.725.374 (ANEXO B), estando de acordo com os princípios constantes na Declaração de Helsinki (2000).

Os pacientes receberam informações quanto aos procedimentos metodológicos aplicados no decorrer do estudo, a importância da pesquisa, e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A) por aqueles que concordaram em

participar, conforme resolução nº 466/12 de 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados de todos os testes realizados foram fornecidos aos pacientes incluídos na pesquisa e à equipe médica responsável pela assistência aos pacientes. As pacientes com transtorno psiquiátrico evidenciados em entrevista e sem acompanhamento especializado prévio foram encaminhadas para atendimento especializado no serviço de psiquiatria do HUPAA-UFAL.

### **4.3 Avaliação clínica**

Os procedimentos de avaliação foram realizados no serviço ambulatorial do HUPAA-UFAL através de agendamento, as entrevistas clínica e psiquiátrica e coleta de material biológico ocorreram no mesmo dia para cada paciente.

#### **4.3.1 Entrevista Reumatológica**

A entrevista da reumatologia colheu os dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais das pacientes. O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico foi realizado através de dados clínicos, epidemiológicos ou exames laboratoriais conforme preconizado pelo Colégio Americano de Reumatologia, sendo necessários no mínimo quatro dos onze critérios definidos (Quadro 1) (HOCHBERG et al., 2016). A entrevista clínica foi realizada por profissional capacitado do serviço de reumatologia do HUPAA-UFAL com duração média de 60 (sessenta) minutos, dados adicionais de exames laboratoriais foram colhidos do prontuário da paciente (ANEXO-3).

A avaliação de atividade de doença utilizou o questionário SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*) versão 2K-modificado o qual mede a atividade da doença LES com base em medidas objetivas de manifestações clínicas e laboratoriais nos últimos 30 dias. Foi considerado o valor de SLEDAI 2k-modificado  $\geq 4$  para atividade de doença (ANEXO D) (GLADMAN; IBANEZ; UROWITZ, 2002).

**Quadro 1: Critérios de classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico do Colégio Americano de Reumatologia revisados em 1997.**

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO
Eritema malar	Lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo
Lesão discoide	Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia
Fotossensibilidade	Exantema cutâneo como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico
Úlceras orais/ nasais	Úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores observadas pelo médico
Artrite	Não erosiva, envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular
Serosite	Pleuris (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural), ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico)
Comprometimento renal	Proteinúria persistente (>0,5g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal
Alterações neurológicas	Convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa)
Alterações hematológicas	Anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4000/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1500/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm <sup>3</sup> na ausência de outra causa)
Alterações imunológicas	Anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em: <ul style="list-style-type: none"> <li>• níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina;</li> <li>• teste positivo para anticoagulante lúpico;</li> <li>• teste falso-positivo para sífilis, por no mínimo, seis meses</li> </ul>
Anticorpos antinucleares	Título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas

#### 4.3.2 Entrevista Psiquiátrica

A entrevista psiquiátrica foi aplicada por profissional treinado do serviço de psiquiatria do HUPAA-UFAL com duração média de 60 (sessenta) minutos. As pacientes com transtorno psiquiátrico evidenciado em entrevista e sem acompanhamento especializado prévio foram encaminhadas para atendimento especializado no serviço de psiquiatria do HUPAA-UFAL. Os instrumentos utilizados foram:

- *Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI 5.0.0. Esta avaliação permite o diagnóstico de vários transtornos psiquiátricos (Depressão, Distímia, 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-IV. O risco de Suicídio no MINI é investigado no módulo C, no qual os itens de C1 a C5 são referentes ao último mês (“Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto (a)”, “Quis fazer mal a si mesmo (a), pensou em Suicídio?”, “Pensou em uma maneira de se suicidar?”, “Tentou Suicídio?”) e o item C6 faz referência a alguma tentativa de Suicídio ao longo da vida. No MINI o risco de Suicídio é avaliado em Baixo se pontuar de 1 a 5, Moderado se pontuar de 6 a 9 e Alto se maior ou igual a 10 (ANEXO E).
- Formulário Short-Form-36 - SF-36. Este questionário avalia qualidade de vida e é dividido em oito aspectos: a) capacidade funcional, que é avaliada a partir do desempenho de atividades diárias; b) limitação por aspectos físicos; c) dor; d) estado geral de saúde; e) vitalidade, disposição dos pacientes em realizar tarefas do cotidiano; f) aspectos sociais; g) aspectos emocionais; h) saúde mental, pela escala de humor e bem-estar. A pontuação varia entre 0 e 100 pontos, que refletem o pior e o melhor estado geral de saúde, respectivamente (ANEXO F).
- Inventário de Depressão de Beck-II – BDI-II – Este questionário avalia a gravidade dos sintomas depressivos. O inventário é composto por 21 questões cujos escores variam entre 0 e 3. Os pontos de corte são de 0 a 9 para depressão mínima, 10 a 16 para depressão leve, 17 a 29 para depressão moderada e 30 a 63 para depressão grave (ANEXO G).

- Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI – Este questionário investiga a qualidade do sono dos pacientes, distribuindo os participantes em grupos de maus dormidores e bons dormidores. O PSQI é utilizado para avaliar a qualidade do sono, latência do sono, duração, eficiência habitual, distúrbios, uso de medicação e sonolência diurna. A escala varia de 0 a 21 pontos e escores maiores do que cinco implicam em qualidade do sono ruim (ANEXO ).

#### **4.4 Coleta de amostra biológica**

As pacientes submeteram-se a punções periféricas da veia intermédia do cotovelo para as coletas de amostras de sangue venoso em tubos de EDTA.

##### **4.4.1 Processamento e armazenamento de amostra biológica**

O sangue colhido foi processado no mesmo dia da coleta para separação do plasma. Os analitos foram adicionados rapidamente em banho de gelo (4 °C) e em seguida centrifugados a 4000 rpm por 10 minutos em centrífuga Fanem®. Em seguida as amostras de plasma foram aliquotadas e armazenadas no ultrabiofreezer -80 °C da Faculdade de Nutrição da UFAL, onde permaneceram até a análise da Interleucina-6.

A Interleucina-6 foi dosada por ELISA, utilizando o kit da PeproTech® (PeproTech Brasil FUNPEC, Ribeirão Preto, SP, BR.), conforme as instruções do fabricante. A leitura da absorvância foi realizada a 450 nm, em duplicata, em leitor de placa de ELISA e os resultados foram expressos em ng.uL.

#### **4.5 Tratamento dos dados e Análise estatísticas**

Os dados obtidos foram digitados em planilha no programa Microsoft Office Excel 2010. Em seguida os dados foram transferidos ao programa SPSS para o Windows versão 22 (SPSS Inc. Chicago, IL), onde foram analisados.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados, obtendo-se frequências expressas por número absolutos e porcentagens, ou médias e desvios-padrões. Em seguida foi realizada uma análise de distribuição da amostra para variáveis contínuas. Para verificar a normalidade da distribuição das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na condição de normalidade dos dados, procedeu-se análise paramétrica dos dados, por meio da comparação entre duas médias feita pelo teste t-Student; no caso de não-normalidade dos dados, foi realizada uma análise não paramétrica, através do teste de Mann-Whitney, para comparação de medianas entre os grupos. Para análise de associação de variáveis categóricas, foi realizado

teste de Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher. O *odds ratio* foi estimado quando a associação foi significativa e com intervalo de confiança de 95%. As correlações foram analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (para variáveis de distribuição normal) e Spearman (para variáveis de distribuição não normal). A significância estatística foi estabelecida em 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 53 mulheres, com média de idade em anos de 36,63 ( $\pm 9,24$ ), a escolaridade em anos estudados apresentou média de 9,16 ( $\pm 3,47$ ), a média do tempo de diagnóstico de LES em anos foi de 3,68 ( $\pm 4,42$ ), a frequência de mulheres solteiras na amostra foi de 40,4% e casadas (considerado qualquer tipo de união): 59,6% (Tabela 2).

**Tabela 2- Características Sócio-demográficas e Duração do Lúpus Eritematoso Sistêmico da Amostra.**

Características	Resultados
Idade em anos, média (dp)	36,63 (9,24)
Escolaridade em anos, média (dp)	9,16 (3,47)
Estado Civil	
Solteiras, N(%)	21, 40,4% solteiras
Com companheiro(a), N(%)	31, 59,6% casadas
Tempo de doença em anos, média (dp)	3,68 (4,423)

Fonte: Elaboração do próprio autor. dp: desvio padrão

Os Transtornos psiquiátricos mais frequentes foram Transtornos depressivos e Transtornos ansiosos. Transtornos depressivos com frequência de Episódio Depressivo atual: 30,2%, Episódio Depressivo atual com características melancólicas: 26,4% e Episódio Depressivo Recorrente: 11,3%. E Transtornos de Ansiedade com frequência de Agorafobia: 32,1%, Transtorno de Ansiedade Generalizada: 24,5%, Transtorno de Pânico ao longo da vida: 15,1% e Fobia Social: 13,2% (Tabela 3).

O risco de Suicídio foi avaliado através do questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI, v. 5.0.0), no qual a avaliação do risco é estratificada em leve, moderada e grave. O Risco de Suicídio esteve presente em 22,6% da amostra, sendo 15,1% leve, 1,9% moderado e 5,7% grave. O Risco de Suicídio não esteve relacionado ao estado civil, à escolaridade e ao tempo de doença da amostra estudada. Ao analisar a dicotomia com e sem Risco de Suicídio com presença ou ausência de Transtornos psiquiátricos, a associação com Risco de Suicídio foi significativa com  $p < 0,05$  para Episódio Depressivo Atual, Mania Atual, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Psicose Atual e Bulimia Nervosa (Tabela 4).

**Tabela 3- Frequência dos Transtornos Psiquiátricos Investigados Através da Mini International Neuropsychiatric Interview (v. 5.0.0) em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico Atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Maceió-AL.**

Transtornos Psiquiátricos	Frequência (%)
Episódio Depressivo Maior Atual	30,2
Episódio Depressivo Maior Recorrente	11,3
Episódio Depressivo Maior Atual melancólico	26,4
Distímia Atual	9,4
Distímia Passado	2,1
Mania Atual	5,7
Mania Passado	9,4
Hipomania Atual	3,8
Hipomania Passado	9,4
Pânico Atual	5,7
Pânico ao longo da vida	15,1
Agorafobia	32,1
Fobia Social	13,2
Transtorno de Ansiedade Generalizada	24,5
Transtorno Obsessivo Compulsivo	9,4
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	0
Síndrome Psicótica Atual	3,8
Síndrome Psicótica ao longo da vida	1,9
Anorexia Nervosa	1,9
Bulimia Nervosa	5,7
Dependência de Álcool	0
Abuso de Álcool	0
Dependência de Substância	1,9
Abuso de Substância	0
Personalidade Antissocial	0

Fonte: Elaboração do próprio autor.

**Tabela 4- Análise de Associação entre risco de Suicídio e Presença de Transtornos Psiquiátricos em Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico Atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Maceió-AL.**

Transtornos Psiquiátricos	Com Risco de Suicídio N=59 (%)	Sem Risco de Suicídio N=58 (%)	p valor
Episódio Depressivo Maior Atual	8 (12,8)	8 (13,76)	p=0,002*
Episódio Depressivo Maior Recorrente	3 (4,8)	3 (5,16)	p=0,089
Episódio Depressivo Maior Atual melancólico	8 (12,8)	6 (10,32)	p=0,000*
Distímia Atual	2 (3,38)	3 (5,16)	p=0,330
Mania Atual	3 (4,8)	0 (0)	p=0,001**
Mania Passado	2 (3,38)	3 (5,16)	p=0,330
Hipomania Atual	1 (1,69)	1 (1,72)	p=0,346
Hipomania Passado	1 (1,69)	4 (6,88)	p=0,882
Pânico Atual	2 (3,38)	1 (1,72)	p=0,061
Pânico ao longo da vida	2 (3,38)	6 (10,32)	p=0,863
Agorafobia	8 (12,8)	9 (15,48)	p=0,004*
Fobia Social	4 (6,76)	3 (5,16)	p=0,019**
Transtorno de Ansiedade Generalizada	5 (8,45)	8 (13,76)	p= 0,0117
Transtorno Obsessivo Compulsivo	3 (4,8)	2 (3,44)	p=0,036**
Transtorno de Estresse Pós-Traumático			
Síndrome Psicótica Atual	2 (3,38)	0 (0)	p=0,008**
Síndrome Psicótica ao longo da vida	0 (0)	1 (1,72)	p=0,585
Anorexia Nervosa	1 (1,69)	0 (0)	p=0,062
Bulimia Nervosa	3 (4,8)	0 (0)	p=0,001**
Dependência de Álcool			
Abuso de Álcool			
Dependência de Substância	1 (1,69)	0 (0)	p=0,062
Abuso de Substância			
Personalidade Antissocial			

Fonte: Elaboração do próprio autor. \* $\chi^2$ : Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\*Teste Exato de Fisher.

Ao analisar o risco de Suicídio e os aspectos da qualidade de vida do questionário Short-Form-36 (SF-36), encontrou-se associação com Vitalidade, Saúde Mental e Aspectos Sociais (Tabela 5). Os escores de depressão no BDI-II também foram associados com o risco de Suicídio, entretanto a associação com a qualidade de sono no PSQI não foi estabelecida (Tabela 5).

A análise de Depressão, através do MINI, e a associação com os aspectos da qualidade de vida e qualidade de sono, encontrou significância entre todos os itens, demonstrando o impacto da depressão na vida das pacientes (Tabela 6).

Ao investigar a Depressão pelo Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), considerando o ponto de corte de 14 pontos, a frequência de sintomas depressivos na população foi de 30,4%. A correlação entre as pontuações do BDI-II e do SF-36 apresentou coeficientes negativos, no qual quanto maiores as pontuações no BDI-II menores as pontuações de qualidade de vida no SF-36, sabendo que menor a pontuação do SF-36 está relacionada a pior qualidade de vida. A correlação apresentou significância estatística com  $p < 0,05$  para os itens: aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e aspectos sociais (Tabela 7).

A qualidade de sono foi investigada através do questionário Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) no qual 78% da amostra apresenta prejuízo do sono, considerando o ponto de corte de 5 pontos. Ao realizar a correlação da qualidade de sono e os aspectos da qualidade de vida pelo SF-36, todos os itens apresentaram correlação negativa, maior a pontuação do PSQI esteve relacionado a menor pontuação no SF-36 (Tabela 8). Já a correlação entre PSQI e os scores de depressão do BDI foi positiva com significância estatística, a maior pontuação do BDI está relacionado a maior pontuação do PSQI (Tabela 8).

**Tabela 5- Análise Comparativa entre os Grupos Com e Sem risco de Suicídio e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36), Gravidade de Sintomas Depressivos e Qualidade do Sono.**

Variáveis	Com risco de Suicídio	Sem risco de Suicídio	Teste t de Student (p valor)
	Média (dp)	Média (dp)	
Capacidade Funcional	49,16 (25,30)	50,93 (30,10)	0,854
Aspectos Físicos	31,25 (38,61)	44,51 (42,39)	0,336
Aspectos Emocionais	36,11(43,71)	54,76 (47,49)	0,229
Vitalidade	25,83 (17,94)	51,95(28,43)	0,004
Saúde Mental	39,66 (27,94)	66,04(22,36)	0,001
Aspectos Sociais	45,83 (35,48)	66,30(28,98)	0,046
Dor	47,33 (23,73)	60,99(29,45)	0,148
Estado Geral de Saúde	36,58 (16,46)	43,92 (22,67)	0,303
BDI-II	18,54 (12,10)	10,00 (10,50)	0,024
PSQI	10,91 (04,67)	9,22 (04,62)	0,270

Fonte: Elaboração do próprio autor. dp: desvio padrão; BDI: Inventário de Depressão de Beck-II; PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

**Tabela 6- Análise Comparativa entre os Grupos Com e Sem Depressão, Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).**

Variáveis	Com Depressão	Sem Depressão	Teste t de Student (p valor)
	Média (dp)	Média (dp)	
Capacidade Funcional	38,43 (27,00)	55,77 (28,39)	0,044
Aspectos Físicos	10,93 (22,30)	54,73 (41,17)	0,000
Aspectos Emocionais	10,41 (26,43)	67,8 (43,16)	0,000
Vitalidade	26,56 (19,97)	54,45 (27,65)	0,001
Saúde Mental	38,75 (21,10)	69,29 (22,33)	0,043
Aspectos Sociais	34,38 (26,02)	73,47 (25,88)	0,000
Dor	44,41 (32,09)	63,73 (25,27)	0,023
Estado Geral de Saúde	34,37 (15,58)	45,67 (22,96)	0,043
PSQI	12,87 (03,86)	8,18 (04,26)	0,000

Fonte: Elaboração do próprio autor. dp: desvio padrão; PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

**Tabela 7-Correlação entre os Escores do Inventário de Depressão de Beck-II e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36).**

Domínios SF-36	Inventário de Depressão de Beck-II	
	r de Pearson	Valor de p
Capacidade Funcional	-0,156	0,027
Aspectos Físicos	-0,241	0,085
Aspectos Emocionais	-0,472	0,000
Vitalidade	-0,546	0,000
Saúde Mental	-0,556	0,000
Aspectos Sociais	-0,487	0,000
Dor	-0,294	0,034
Estado Geral de Saúde	-0,263	0,060

Fonte: Elaboração do próprio autor. SF-36: Short-Form 36.

**Tabela 8- Correlação entre o Escore Total do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) e Escores do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em Mulheres Com Lúpus Eritematoso Sistêmico.**

Variáveis	PSQI	
	r de Pearson	Valor de p
Capacidade Funcional	-0,246	0,076
Aspectos Físicos	-0,314	0,022
Aspectos Emocionais	-0,425	0,002
Vitalidade	-0,443	0,001
Saúde Mental	-0,502	0,000
Aspectos Emocionais	-0,491	0,000
Dor	-0,439	0,001
BDI-II	0,482	0,000

Fonte: Elaboração do próprio autor. BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II; PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

Ao analisar os níveis de IL-6 das 53 pacientes participantes da pesquisa, apenas 31(58,5%) delas obtiveram amostra de IL-6 válidas para análise. A média de concentração plasmática de IL-6 (ng/uL) foi de 5,03 (IC 95%: 4,25- 5,81). A associação entre atividade de doença pelo SLEDAI 2K-modificado e os níveis plasmáticos de IL-6, não foi encontrada ( $p=0,91$ ), resultando em médias de níveis de IL-6 aproximadas entre os grupos de pacientes com doença em atividade (média: 5,69) e doença em remissão (média: 5,60). A análise dos grupos com e sem risco de Suicídio e os níveis plasmáticos de IL-6 não apresentou diferença significativa entre médias ( $p=0,72$ ). No entanto ao avaliar a associação entre Transtornos mentais e níveis plasmáticos de IL-6, observou-se associação entre níveis mais alto de IL-6 e episódio depressivo, transtorno bipolar, síndrome psicótica ao longo da vida, transtorno de pânico ao longo da vida e fobia social (Tabela 9).

Os níveis de IL-6 foram avaliados através da correlação de Pearson com os escores do Inventário de Depressão de Beck-II, com o escore Total do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e com os domínios de Qualidade de Vida avaliados pelo SF-36. A correlação entre IL-6 e escores de BDI-II, apresentou-se de forma positiva, a qual indica que maiores níveis plasmáticos de IL-6 se correlacionaram com maiores escores da BDI-II ( $r$  de Pearson: 0,425 e  $p=0,017$ ). A correlação entre IL-6 e escores de PSQI não evidenciou significância estatística. Maiores níveis de IL-6 correlacionaram-se com piores índices de qualidade de vida nos os domínios: aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e aspectos sociais, destacando a correlação de moderada intensidade com os aspectos emocionais ( $r$  de Pearson: -0,600 e  $p<0,01$ ) (Tabela 10).

**Tabela 9- Associação entre níveis plasmáticos de IL-6 e Transtornos Mentais em mulheres com Lupus Eritematoso Sistêmico.**

Transtorno Mental	N=31	IL-6 (Média)	Teste t de Student (p valor)	IC 95%
Risco de Suicídio				
Sim	5	5,35	0,721	-1,77- 2,53
Não	26	4,97		
Depressão (BDI)				
Sim	11	6,30	0,011	0,49-3,45
Não	20	4,33		
Episódio Depressivo Atual				
Sim	7	6,38	0,055	-3,52-0,038
Não	24	4,63		
Distímia Atual				
Sim	4	5,96	0,357	-3,40-1,26
Não	27	4,83		
Bipolar				
Sim	5	7,02	0,020	-4,33- -0,40
Não	26	4,64		
Mania Atual				
Sim	2	5,55	0,725	-3,78-2,66
Não	29	4,99		
Hipomania Atual				
Sim	0			
Não	31	5,03		
Síndrome Psicótica ao longo da vida				
Sim	1	11,75	0,001	-10,58 - -3,30
Não	30	4,80		
Síndrome Psicótica Atual				
Sim	0			
Não	31	5,03		
Pânico ao longo da vida				
Sim	4	7,49	0,011	-4,93- -0,71
Não	27	4,66		
Pânico atual				
Sim	1	6,66	0,445	-6,13-2,76
Não	30	4,97		
Agorafobia				
Sim	9	5,36	0,582	-2,21-1,26
Não	22	4,89		
Fobia Social				
Sim	5	7,03	0,019	-4,34- -0,42
Não	26	4,64		
Transtorno de Ansiedade Generalizada				
Sim	8	5,78	0,253	-2,78-0,76
Não	23	4,77		
Transtorno Obsessivo-Compulsivo				
Sim	5	5,40	0,679	-2,59-1,71
Não	26	4,96		
Bulimia				
Sim	1	6,20	0,585	-5,67-3,26
Não	30	4,99		
Anorexia Nervosa				
Sim	0			
Não	31	5,03		
Abuso de Álcool				
Sim	0			
Não	31	5,03		
Dependência de Substância				
Sim	0			
Não	31	5,03		

Fonte: Elaboração do próprio autor. IC: Intervalo de Confiança.

**Tabela 10- Correlação entre os Níveis Plasmáticos de IL-6 e Escores do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), Escore Total do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e Domínios de Qualidade de Vida Avaliados pelo Short-Form 36 (SF-36) em Mulheres Com Lúpus Eritematoso Sistêmico.**

	IL-6	
	r de Pearson	Valor de p
<b>BDI-II</b>	0,425	0,017
<b>PSQI</b>	0,202	0,276
<b>Domínios SF-36</b>		
Capacidade Funcional	-0,007	0,971
Aspectos Físicos	-0,125	0,502
Aspectos Emocionais	-0,600	0,000
Vitalidade	-0,459	0,009
Saúde Mental	-0,387	0,031
Aspectos Sociais	-0,389	0,031
Dor	-0,168	0,367
Estado Geral de Saúde	0,066	0,723

Fonte: Elaboração do próprio autor. BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II; PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh; SF-36: Short-Form 36.

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo transversal, demonstrou-se que entre 53 pacientes atendidas no serviço de Reumatologia do HUPAA-UFAL, o risco de Suicídio esteve presente em 22,6% da amostra. Foi considerado risco de Suicídio qualquer ideação suicida presente (ativa ou passiva) ou qualquer tentativa de Suicídio cometida pela paciente. Este resultado é coerente com estudos anteriores, conforme apresentado na Tabela 1. Conforme esta revisão de estudos sobre comportamento suicida em pacientes com LES, a prevalência desse comportamento varia entre 5,4% a 34,4%, dependendo entre outras coisas, do instrumento utilizado para a avaliação.

O MINI, em sua versão 5.0.0, foi o instrumento utilizado na pesquisa atual e também em dois outros estudos, que apontaram taxas de risco de Suicídio de 9,6% e 24%, sendo o último relacionado a Lúpus restrito à pele. A investigação do MINI segue os critérios da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi utilizado para investigar comportamento suicida em dois artigos da revisão (Tabela 1), Li-Yu et (2017) e Zakeri et al (2012), com taxas de 15,3% e 10,5% respectivamente (LI-YU; NAVARRA, 2007; ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012). No estudo atual o BDI foi utilizado apenas para avaliar sintomas depressivos.

Os maiores índices de prevalência de comportamento suicida foram relatados nos dois estudos de Xie, 34,4% e 33,8% respectivamente (XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012; XIE; CHEN; YE, 2011), nos quais utilizaram questionários próprios, a ideação suicida foi avaliada por meio de questionário composto por três perguntas com respostas: sim / não, as perguntas foram: “Você já pensou que não vale a pena viver no mês passado?”, “Você já pensou em tirar sua própria vida no último mês, mas você não faria isso?” e “Você já considerou seriamente tirar sua própria vida, até mesmo ter feito planos de como faça isso?”. Uma resposta positiva a qualquer um dos três itens foi considerado como “o paciente tem ideação suicida atual”.

O Tamanho da amostra estudada no HUPAA-UFAL foi inferior à maioria dos estudos relacionados na Tabela 1, entretanto com número de participantes aproximados aos estudos realizados nos EUA, Polônia e Egito (HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; KNIGHT; WEISS; MORALES; GERDES *et al.*, 2014; RAAFAT, 2015). A amostra do estudo é 100% de mulheres, pois ser do sexo feminino foi critério de inclusão do trabalho, já que o LES é uma patologia com prevalência maior nas mulheres (PETRI, 2002). O tempo de doença da amostra estudada foi de 3,68 ( $\pm 4,42$ ) anos, já a duração do LES nos estudos revisados na Tabela 1 variou entre 1,9 a 10,9 anos. A

escolaridade da amostra apresentou média de anos de estudo de 9,16 ( $\pm 3,47$ ) e 41,4% da amostra relatou ser solteira. Apresentar baixa escolaridade e não ser casada são fatores de risco para Suicídio na população geral (BACHMANN, 2018), entretanto na amostra do presente estudo, estado civil e escolaridade não foram diferentes entre os grupos com e sem risco de Suicídio.

Os Transtornos psiquiátricos mais prevalentes em pacientes com LES no estudo foram Transtornos depressivos e Transtornos ansiosos, com taxas 30,2% para Episódio Depressivo atual, 11,3% para Episódio Depressivo Recorrente, 32,1% para Agorafobia, 24,1 % para Transtorno de Ansiedade Generalizada, 14,1% para Transtorno de Pânico ao longo da vida e 13,2% para Fobia Social. Dados convergentes foram encontrados na revisão sistemática de Asano et al (2013), na qual a comorbidade psiquiátrica de maior destaque em pacientes com LES foi o Episódio Depressivo Maior, variando entre 18,3-75% nos diferentes estudos e os Transtornos de ansiedade descritos como de alta prevalência, destacando-se o Transtorno de Ansiedade sem outra especificação, Fobias, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada (ASANO; CORIOLANO; ASANO; LINS, 2013). A Metanálise realizada por Zhang et al (2017) estudou a prevalência de Depressão e Ansiedade em portadores de LES, um total de 59 estudos foram identificados, relatando um total de 10828 adultos com LES, com estimativas de prevalência de Depressão variando de 2% a 91,7% em estudos individuais, já na Metanálise a prevalência de Transtorno depressivo foi de 24% (95% CI, 16% -31%) de acordo com aos critérios de diagnóstico DSM e / ou CID, apontando uma alta heterogeneidade ( $I^2 = 95,2\%$ ); já a prevalência de Ansiedade entre pacientes com LES variou entre 4% e 85% em estudos individuais e na Metanálise a prevalência foi de Ansiedade foi 40% (IC 95%, 30% -49%,  $I^2 = 93,0\%$ ) e 37% (IC de 95%, 12% -63%,  $I^2 = 98,3\%$ ) de acordo com o HADS com limiares de 8 e o DSM e / ou CID como critérios diagnósticos, respectivamente (ZHANG; FU; YIN; ZHANG *et al.*, 2017).

Ao investigar a Depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), considerando o ponto de corte de 14 pontos, a frequência de sintomas depressivos no estudo atual foi de 30,4%, mesmo ponto de corte utilizado na Metanálise realizada por Zhang et al, na qual a prevalência de depressão na população com LES de acordo com o questionário BDI foi de 39% (IC de 95%, 29% -49%), com alta heterogeneidade ( $I^2 = 88,2\%$ )(ZHANG; FU; YIN; ZHANG *et al.*, 2017).

Ao relacionar os transtornos psiquiátricos e o risco de Suicídio em pacientes com LES, encontrou-se uma associação com Episódio Depressivo Atual, Mania Atual, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Psicose Atual e Bulimia Nervosa. Na literatura

sobre Suicídio na população geral, a associação entre transtornos psiquiátricos e Suicídio é bem estabelecida com taxas de aproximadamente 60% e 98% (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BERTOLOTE; FLEISCHMANN; DE LEO; WASSERMAN, 2004). Os estudos de autópsia psicológica indicam que mais da metade são realizados por pessoas que sofrem de transtornos do humor (CAVANAGH; CARSON; SHARPE; LAWRIE, 2003). A revisão de Ferrari, apresenta a depressão como a principal causa de morte por Suicídio em todo o mundo (FERRARI; CHARLSON; NORMAN; PATTEN *et al.*, 2013). Too et al (2019) estudou a associação entre transtorno mental e risco de Suicídio na população geral e encontrou um risco relativo para transtornos psicóticos de 13,2 (IC 95% 8,6-20,3), para transtornos do humor de 12,3 (IC de 95% 8,9-17,1), para transtornos de personalidade de 8,1 (IC de 95% 4,6–14,2), transtornos por uso de substâncias de 4,4 (IC 95% 2,9-6,8) e transtornos de ansiedade de 4,1 (IC 95% 2,4-6,9) (TOO; SPITTAL; BUGEJA; REIFELS *et al.*, 2019). Já o estudo de Buji et al (2017) estudou uma amostra de 130 indivíduos com LES, na qual a presença de qualquer diagnóstico ao longo da vida de transtornos de humor (transtorno depressivo maior, transtorno bipolar II, episódio maníaco devido a NP-LES e transtorno de humor induzido por esteroides) apresentou associação com a ideação suicida depois de controlar para outros fatores clínicos e psicossociais (BUJI; ABDUL MURAD; CHAN; MANIAM *et al.*, 2018).

A associação entre risco de Suicídio e Depressão na amostra foi estabelecida tanto pelo critérios do MINI em Episódio Depressivo Atual como pela pontuação no BDI, estabelecendo assim uma associação entre risco de Suicídio em mulheres com LES e Depressão atual. Mok et al (2014) encontraram em seu estudo com 367 indivíduos que a ideação suicida correlaciona-se significativa e independentemente com sintomas depressivos, sendo o estudo realizado com a escala de Depressão HADS e a investigação de Ideação Suicida pelo BSSI (MOK; CHAN; CHEUNG; YIP, 2014). Nos estudos realizados na China, no Irã, na Polônia e na Malásia, os sintomas depressivos foram considerados um dos mais importantes fatores relacionados a pensamentos suicidas em pacientes com LES (BUJI; ABDUL MURAD; CHAN; MANIAM *et al.*, 2018; HAJDUK; NOWICKA-SAUER; SMOLENSKA; CZUSZYNSKA *et al.*, 2016; XIE; CHEN; PAN; TAO *et al.*, 2012; XIE; CHEN; YE, 2011; ZAKERI; SHAKIBA; NAROUIE; MLADKOVA *et al.*, 2012).

No estudo atual, o sono em pacientes com LES foi considerado um fator relevante a ser investigado, como evidenciado por Kasitanon et al (2013), o sono pobre ou insuficiente pode piorar a fadiga e prejudicar a qualidade de vida relacionada à saúde e a função cognitiva em pacientes com LES (KASITANON; ACHSAVALERTSAK; MANEETON; WANGKAEW *et al.*, 2013). A investigação do sono em mulheres com LES em estudos com medidas subjetivas

demonstraram que até 80% dos pacientes têm má qualidade do sono (MORALEDA; PRADOS; MARTINEZ; SANCHEZ *et al.*, 2017), índices comparáveis com o do estudo atual, no qual 78% da amostra apresentou prejuízo do sono pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). Wu et al (2019) realizaram uma Metanálise para avaliar a qualidade de vida de pacientes com LES, onde dezoito estudos de caso-controle foram incluídos, 1086 pacientes com LES e 2866 controles foram coletados, a pontuação no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) foi maior na população com LES (WMD = 3,45, IC 95%: 2,49-4,42). Associação entre qualidade de sono e risco de Suicídio não foi estabelecida no estudo atual, entretanto a qualidade de sono correlacionou-se com todos os itens de qualidade de vida da SF-36 e com *scores* de Depressão do BDI-II (WU; TSAI; YU; CHEN, 2019). Um dos possíveis motivos pelos quais não houve diferença significativa entre os escores de qualidade de sono dos grupos com e sem risco de Suicídio, no estudo atual, é o fato que em ambos os grupos, a qualidade de sono foi bastante prejudicada, ambos os grupos apresentam médias acima do ponto de corte para maus dormidores.

Pacientes com LES sofrem um grande fardo de doença (UROWITZ; GLADMAN; IBANEZ; FORTIN *et al.*, 2012). O LES tem um impacto significativo e persistente na qualidade de vida dos acometidos (TOLOZA; JOLLY; ALARCON, 2010). Medir a qualidade de vida ajuda a mensurar os aspectos: físico, mental e social da vida dos pacientes. A SF-36 demonstrou ser confiável na avaliação de qualidade de vida em pacientes com LES (STOLL; GORDON; SEIFERT; RICHARDSON *et al.*, 1997). A Metanálise de Wang et al (2019) inclui 13 estudos, 1.279 pacientes com LES e 1.466 controles saudáveis. Os pacientes com LES tiveram pontuações mais baixas em todas as dimensões do SF-36 (função física, função do papel físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, função do papel emocional, saúde mental), em comparação com os controles, especialmente nos aspectos físicos (WANG; ZHAO; GU; GU *et al.*, 2019).

Ao analisar o risco de Suicídio e os aspectos da qualidade de vida do questionário Short-Form-36 (SF-36), encontrou-se associação com Vitalidade, Saúde Mental e Aspectos Sociais. A correlação entre as pontuações do BDI-II e do SF-36 foi significativa com  $p < 0,05$  para os itens: aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e aspectos sociais. No estudo de Stoll et al (1997), o escore de Saúde Mental do SF-36 foi o que mais se correlacionou com o escore de Depressão ( $\rho = -0,69$ ,  $P < 0,0005$ ), o valor de corte calculado do escore de Saúde Mental que diferenciou significativamente pacientes com LES possivelmente deprimidos de não deprimidos foi 61, a sensibilidade para a detecção de possível Depressão foi de 89%, sua especificidade de 77% e seu valor preditivo negativo de 97% (STOLL; GORDON; SEIFERT;

RICHARDSON *et al.*, 1997). O estudo de Yilmaz-Oner et al (2016) avaliou o questionário SF-36 em pacientes com LES e encontrou relações significativas entre os parâmetros qualidade de vida, Ansiedade e Depressão (YILMAZ-ONER; ONER; DOGUKAN; MOSES *et al.*, 2016).

A associação entre atividade de doença pelo SLEDAI 2K-modificado  $>4$  e os níveis plasmáticos de IL-6 não foi consistente no estudo atual, assim como na Metanálise de Ding et al (2020) quando o critério de atividade de doença utilizado foi o SLEDAI-2K $>4$ ; entretanto ao avaliar ao avaliar a correlação entre níveis plasmáticos de IL-6 e atividade de doença no LES pelo critério: SLEDAI $>4$ , os níveis séricos de IL-6 correlacionaram-se positivamente com atividade da doença (DING; YIN; LIU, 2020). Esses resultados indicam que a definição de atividade da doença pode ser uma fonte de heterogeneidade para pesquisa.

O estudo do papel da IL-6 no comportamento suicida vem ganhando destaque na literatura médica (ISUNG; AEINEHBAND; MOBARREZ; NORDSTROM *et al.*, 2014), entretanto pouco se sabe sobre o papel da IL-6 no comportamento suicida em pacientes com LES. A análise dos grupos com e sem risco de Suicídio e os níveis plasmáticos de IL-6 não apresentou diferença significativa entre médias com  $p=0,72$ , vale ressaltar que o número de participantes com resultado de IL-6 na pesquisa atual foi pequeno, podendo ter limitado a análise.

Estudos como o de Fragoso-Loyo et al (2007) e Hirohata e Kikuchi (2021) encontraram associação de manifestação neuropsiquiátricas no LES e concentrações elevadas de IL-6, porém não trazem associações com doenças psiquiátricas específicas (FRAGOSO-LOYO; RICHAUD-PATIN; OROZCO-NARVAEZ; DAVILA-MALDONADO *et al.*, 2007; HIROHATA; KIKUCHI, 2021). Já o estudo de Hirohata et al (2009) avaliou quadros psicóticos em pacientes com LES e encontrou aumento de IL-6 em quadros psicóticos no LES, considerando a IL-6 no LCR um marcador de alta sensibilidade e especificidade (HIROHATA; KANAI; MITSUO; TOKANO *et al.*, 2009). A análise de associação entre a presença de transtornos mentais específicos e níveis plasmáticos de IL-6 em pacientes com LES demonstrou que as pacientes com depressão atual, transtorno bipolar, síndrome psicótica ao longo da vida, transtorno de pânico ao longo da vida e fobia social apresentaram níveis mais altos de IL-6. Em estudos de população geral, a elevação de IL-6 em quadros depressivos apresenta evidências na literatura (KOHLER; FREITAS; MAES; DE ANDRADE *et al.*, 2017; OSIMO; PILLINGER; RODRIGUEZ; KHANDAKER *et al.*, 2020), assim como nos estudos com Esquizofrenia (WANG; MILLER, 2018), Transtorno de Pânico (QUAGLIATO; NARDI, 2018) e Transtorno Bipolar, sendo nesse último a IL-6 um marcador elevado independente do estado de doença bipolar (SOLMI; SURESH SHARMA; OSIMO; FORNARO *et al.*, 2021).

Em relação à correlação entre qualidade de vida e IL-6 em pacientes com LES, o estudo de Raymond et al (2019) mostrou impacto mínimo das citocinas na qualidade de vida dos pacientes com LES, diferente do estudo atual no qual maiores níveis de IL-6 correlacionaram-se com piores índices de qualidade de vida nos domínios: aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e aspectos sociais (RAYMOND; EILERTSEN; SHANMUGAKUMAR; NOSSENT, 2019).

## 7 CONCLUSÃO

O risco de Suicídio esteve presente em 22,6% da amostra, os Transtornos psiquiátricos mais prevalentes foram Transtornos depressivos e Transtornos ansiosos. O risco de Suicídio não esteve relacionado ao estado civil, nem à escolaridade e nem ao tempo de doença, porém, associou-se com transtornos psiquiátricos: Episódio Depressivo Atual, Mania Atual, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Psicose Atual e Bulimia Nervosa. A Depressão esteve associada a todos os aspectos da qualidade de vida e com a qualidade de sono. O sono esteve prejudicado em 78% da amostra e correlacionou-se negativamente com qualidade de vida e de forma positiva com Depressão. A IL-6 apresentou associação com transtornos mentais: Depressão, Transtorno Bipolar, Síndrome Psicótica ao longo da vida, Pânico ao longo da vida e Fobia Social, além de se correlaciona-se com aspectos emocionais da qualidade de vida, entretanto não apresentou associação com comportamento suicida.

## **8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS**

A pesquisa apresenta limitações, o estudo transversal não estabelece causa e efeito entre as variáveis estudadas. A amostra não teve um grupo controle para comparação. O uso de corticosteroides não foi controlado na amostra. O número de participantes com IL-6 na amostra foi pequeno. As perspectivas futuras são novos estudos relacionando biomarcadores e manifestações psiquiátricas em pacientes com LES.

## REFERÊNCIAS

AGUILERA-PICKENS, G.; ABUD-MENDOZA, C. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: physiopathogenic and therapeutic basis. **Reumatol Clin**, 9, n. 6, p. 331-333, Nov-Dec 2013.

ASANO, N. M.; CORIOLANO, M.; ASANO, B. J.; LINS, O. G. Psychiatric comorbidities in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review of the last 10 years. **Rev Bras Reumatol**, 53, n. 5, p. 431-437, Sep-Oct 2013.

BACHMANN, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. **Int J Environ Res Public Health**, 15, n. 7, Jul 6 2018.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, 1, n. 3, p. 181-185, Oct 2002.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; WASSERMAN, D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. **Crisis**, 25, n. 4, p. 147-155, 2004.

BEUREL, E.; TOUPS, M.; NEMEROFF, C. B. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. **Neuron**, 107, n. 2, p. 234-256, Jul 22 2020.

BLACK, C.; MILLER, B. J. Meta-Analysis of Cytokines and Chemokines in Suicidality: Distinguishing Suicidal Versus Nonsuicidal Patients. **Biol Psychiatry**, 78, n. 1, p. 28-37, Jul 1 2015.

BORGES, G.; NOCK, M. K.; HARO ABAD, J. M.; HWANG, I. *et al.* Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **J Clin Psychiatry**, 71, n. 12, p. 1617-1628, Dec 2010.

BRENT, D. A.; MELHEM, N. Familial transmission of suicidal behavior. **Psychiatr Clin North Am**, 31, n. 2, p. 157-177, Jun 2008.

BRUNONI, A. R.; LOPES, M.; FREGNI, F. A systematic review and meta-analysis of clinical studies on major depression and BDNF levels: implications for the role of neuroplasticity in depression. **Int J Neuropsychopharmacol**, 11, n. 8, p. 1169-1180, Dec 2008.

BUJI, R. I.; ABDUL MURAD, N. A.; CHAN, L. F.; MANIAM, T. *et al.* Suicidal ideation in systemic lupus erythematosus: NR2A gene polymorphism, clinical and psychosocial factors. **Lupus**, 27, n. 5, p. 744-752, Apr 2018.

CARROLL, R.; METCALFE, C.; GUNNELL, D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, 9, n. 2, p. e89944, 2014.

CAVANAGH, J. T.; CARSON, A. J.; SHARPE, M.; LAWRIE, S. M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychol Med**, 33, n. 3, p. 395-405, Apr 2003.

CHA, C. B.; FRANZ, P. J.; E, M. G.; GLENN, C. R. *et al.* Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. **J Child Psychol Psychiatry**, 59, n. 4, p. 460-482, Apr 2018.

DING, H. G.; YIN, Y. W.; LIU, S. L. Interleukin-6 gene -572 G > C polymorphism and myocardial infarction risk. **Open Med (Wars)**, 15, n. 1, p. 376-383, 2020.

DOWLATI, Y.; HERRMANN, N.; SWARDFAGER, W.; LIU, H. *et al.* A meta-analysis of cytokines in major depression. **Biol Psychiatry**, 67, n. 5, p. 446-457, Mar 1 2010.

ENGLER, H.; BRENDT, P.; WISCHERMANN, J.; WEGNER, A. *et al.* Selective increase of cerebrospinal fluid IL-6 during experimental systemic inflammation in humans: association with depressive symptoms. **Mol Psychiatry**, 22, n. 10, p. 1448-1454, Oct 2017.

FASSBERG, M. M.; CHEUNG, G.; CANETTO, S. S.; ERLANGSEN, A. *et al.* A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. **Aging Ment Health**, 20, n. 2, p. 166-194, 2016.

FERRARI, A. J.; CHARLSON, F. J.; NORMAN, R. E.; PATTEN, S. B. *et al.* Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. **PLoS Med**, 10, n. 11, p. e1001547, Nov 2013.

FONG, K. Y.; THUMBOO, J. Neuropsychiatric lupus: clinical challenges, brain-reactive autoantibodies and treatment strategies. **Lupus**, 19, n. 12, p. 1399-1403, Oct 2010.

FRAGOSO-LOYO, H.; RICHAUD-PATIN, Y.; OROZCO-NARVAEZ, A.; DAVILA-MALDONADO, L. *et al.* Interleukin-6 and chemokines in the neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus. **Arthritis Rheum**, 56, n. 4, p. 1242-1250, Apr 2007.

GANANCA, L.; OQUENDO, M. A.; TYRKA, A. R.; CISNEROS-TRUJILLO, S. *et al.* The role of cytokines in the pathophysiology of suicidal behavior. **Psychoneuroendocrinology**, 63, p. 296-310, Jan 2016.

GLADMAN, D. D.; IBANEZ, D.; UROWITZ, M. B. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. **J Rheumatol**, 29, n. 2, p. 288-291, Feb 2002.

GLENN, C. R.; LANZILLO, E. C.; ESPOSITO, E. C.; SANTEE, A. C. *et al.* Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. **J Abnorm Child Psychol**, 45, n. 5, p. 971-983, Jul 2017.

HAJDUK, A.; NOWICKA-SAUER, K.; SMOLENSKA, Z.; CZUSZYNSKA, Z. *et al.* Prevalence and correlates of suicidal thoughts in patients with neuropsychiatric lupus. **Lupus**, 25, n. 2, p. 185-192, Feb 2016.

HIMMERICH, H.; FULDA, S.; LINSEISEN, J.; SEILER, H. *et al.* Depression, comorbidities and the TNF-alpha system. **Eur Psychiatry**, 23, n. 6, p. 421-429, Sep 2008.

HIROHATA, S.; KANAI, Y.; MITSUO, A.; TOKANO, Y. *et al.* Accuracy of cerebrospinal fluid IL-6 testing for diagnosis of lupus psychosis. A multicenter retrospective study. **Clin Rheumatol**, 28, n. 11, p. 1319-1323, Nov 2009.

HIROHATA, S.; KIKUCHI, H. Role of Serum IL-6 in Neuropsychiatric Systemic lupus Erythematosus. **ACR Open Rheumatol**, 3, n. 1, p. 42-49, Jan 2021.

IIZUKA, N.; OKAMOTO, K.; MATSUSHITA, R.; KIMURA, M. *et al.* Identification of autoantigens specific for systemic lupus erythematosus with central nervous system involvement. **Lupus**, 19, n. 6, p. 717-726, May 2010.

ISHIKURA, R.; MORIMOTO, N.; TANAKA, K.; KINUKAWA, N. *et al.* Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. **Clin Rheumatol**, 20, n. 6, p. 394-400, 2001.

ISUNG, J.; AEINEHBAND, S.; MOBARREZ, F.; NORDSTROM, P. *et al.* High interleukin-6 and impulsivity: determining the role of endophenotypes in attempted suicide. **Transl Psychiatry**, 4, p. e470, Oct 21 2014.

JAEN-VARAS, D.; MARI, J. J.; ASEVEDO, E.; BORSCHMANN, R. *et al.* The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. **Braz J Psychiatry**, 41, n. 5, p. 389-395, 2019.

JALENQUES, I.; RONDEPIERRE, F.; MASSOUBRE, C.; HAFFEN, E. *et al.* High prevalence of psychiatric disorders in patients with skin-restricted lupus: a case-control study. **Br J Dermatol**, 174, n. 5, p. 1051-1060, May 2016.

JARPA, E.; BABUL, M.; CALDERON, J.; GONZALEZ, M. *et al.* Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. **Lupus**, 20, n. 1, p. 58-66, Jan 2011.

KARASSA, F. B.; MAGLIANO, M.; ISENBERG, D. A. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus. **Ann Rheum Dis**, 62, n. 1, p. 58-60, Jan 2003.

KASITANON, N.; ACHSAVALERTSAK, U.; MANEETON, B.; WANGKAEW, S. *et al.* Associated factors and psychotherapy on sleep disturbances in systemic lupus erythematosus. **Lupus**, 22, n. 13, p. 1353-1360, Nov 2013.

KIRBY, K. N.; FINCH, J. C. The hierarchical structure of self-reported impulsivity. **Pers Individ Dif**, 6, 48, p. 704-713, 2010

KNIGHT, A.; WEISS, P.; MORALES, K.; GERDES, M. *et al.* Depression and anxiety and their association with healthcare utilization in pediatric lupus and mixed connective tissue disease patients: a cross-sectional study. **Pediatr Rheumatol Online J**, 12, p. 42, 2014.

KOHLER, C. A.; FREITAS, T. H.; MAES, M.; DE ANDRADE, N. Q. *et al.* Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. **Acta Psychiatr Scand**, 135, n. 5, p. 373-387, May 2017.

LEWIS, M. J.; JAWAD, A. S. The effect of ethnicity and genetic ancestry on the epidemiology, clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. **Rheumatology (Oxford)**, 56, n. suppl\_1, p. i67-i77, Apr 1 2017.

LI, Z.; YANG, Y.; DONG, C.; LI, L. *et al.* The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Health Med**, 23, n. 9, p. 1025-1036, Oct 2018.

LI-YU, J.; NAVARRA, S. V. A survey of psychosocial attributes of Filipino patients with systemic lupus erythematosus. **APLAR Journal of Rheumatology**, 10, n. 2, p. 107-111, 2007.

MAIDHOF, W.; HILAS, O. Lupus: an overview of the disease and management options. **P T**, 37, n. 4, p. 240-249, Apr 2012.

MANI, A.; ROSTAMI, A.; AFLAKI, E.; RAVANFAR, P. Temperament and character in patients with systemic lupus erythematosus. **Compr Psychiatry**, 80, p. 104-108, Jan 2018.

MATSUKAWA, Y.; SAWADA, S.; HAYAMA, T.; USUI, H. *et al.* Suicide in patients with systemic lupus erythematosus: a clinical analysis of seven suicidal patients. **Lupus**, 3, n. 1, p. 31-35, Feb 1994.

MINA, V. A.; LACERDA-PINHEIRO, S. F.; MAIA, L. C.; PINHEIRO, R. F., JR. *et al.* The influence of inflammatory cytokines in physiopathology of suicidal behavior. **J Affect Disord**, 172, p. 219-230, Feb 1 2015.

MIRANDA, R.; ORTIN, A.; SCOTT, M.; SHAFFER, D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. **J Child Psychol Psychiatry**, 55, n. 11, p. 1288-1296, Nov 2014.

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

MORALEDA, V.; PRADOS, G.; MARTINEZ, M. P.; SANCHEZ, A. I. *et al.* Sleep quality, clinical and psychological manifestations in women with systemic lupus erythematosus. **Int J Rheum Dis**, 20, n. 10, p. 1541-1550, Oct 2017.

MS, S. D. V. E. S. M. D. S. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasil 2017.

NERY, F. G.; BORBA, E. F.; HATCH, J. P.; SOARES, J. C. *et al.* Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. **Compr Psychiatry**, 48, n. 1, p. 14-19, Jan-Feb 2007.

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J.; ALONSO, J. *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **Br J Psychiatry**, 192, n. 2, p. 98-105, Feb 2008.

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J.; CHA, C. B. *et al.* Suicide and suicidal behavior. **Epidemiol Rev**, 30, p. 133-154, 2008.

NOCK, M. K.; GREEN, J. G.; HWANG, I.; MCLAUGHLIN, K. A. *et al.* Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **JAMA Psychiatry**, 70, n. 3, p. 300-310, Mar 2013.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J.; STERBA, S. K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. **J Abnorm Psychol**, 118, n. 4, p. 816-827, Nov 2009.

OSIMO, E. F.; PILLINGER, T.; RODRIGUEZ, I. M.; KHANDAKER, G. M. *et al.* Inflammatory markers in depression: A meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. **Brain Behav Immun**, 87, p. 901-909, Jul 2020.

PETRI, M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, 16, n. 5, p. 847-858, Dec 2002.

QUAGLIATO, L. A.; NARDI, A. E. Cytokine alterations in panic disorder: A systematic review. **J Affect Disord**, 228, p. 91-96, Mar 1 2018.

RAAFAT, H. R., RME; ALRASHEED, HA; EL DIN MN. Major depression and disease activity among systemic lupus erythematosus Egyptian females. **The Egyptian Rheumatologist**, 37, n. 4, p. S1-S6, 2015.

RAYMOND, W. D.; EILERTSEN, G. O.; SHANMUGAKUMAR, S.; NOSSENT, J. C. The Impact of Cytokines on the Health-Related Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. **J Clin Med**, 8, n. 6, Jun 15 2019.

ROSENBLAT, J. D.; CHA, D. S.; MANSUR, R. B.; MCINTYRE, R. S. Inflamed moods: a review of the interactions between inflammation and mood disorders. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 53, p. 23-34, Aug 4 2014.

SERAFINI, G.; POMPILI, M.; ELENA SERETTI, M.; STEFANI, H. *et al.* The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. **Eur Neuropsychopharmacol**, 23, n. 12, p. 1672-1686, Dec 2013.

SIBLEY, J. T.; OLSZYNSKI, W. P.; DECOTEAU, W. E.; SUNDARAM, M. B. The incidence and prognosis of central nervous system disease in systemic lupus erythematosus. **J Rheumatol**, 19, n. 1, p. 47-52, Jan 1992.

SOLMI, M.; SURESH SHARMA, M.; OSIMO, E. F.; FORNARO, M. *et al.* Peripheral levels of C-reactive protein, tumor necrosis factor-alpha, interleukin-6, and interleukin-1beta across the mood spectrum in bipolar disorder: A meta-analysis of mean differences and variability. **Brain Behav Immun**, 97, p. 193-203, Oct 2021.

STOLL, T.; GORDON, C.; SEIFERT, B.; RICHARDSON, K. *et al.* Consistency and validity of patient administered assessment of quality of life by the MOS SF-36; its association with disease activity and damage in patients with systemic lupus erythematosus. **J Rheumatol**, 24, n. 8, p. 1608-1614, Aug 1997.

STUART, M. J.; BAUNE, B. T. Chemokines and chemokine receptors in mood disorders, schizophrenia, and cognitive impairment: a systematic review of biomarker studies. **Neurosci Biobehav Rev**, 42, p. 93-115, May 2014.

SUN, Y.; WANG, D.; SALVADORE, G.; HSU, B. *et al.* The effects of interleukin-6 neutralizing antibodies on symptoms of depressed mood and anhedonia in patients with rheumatoid arthritis and multicentric Castleman's disease. **Brain Behav Immun**, 66, p. 156-164, Nov 2017.

TING, E. Y.; YANG, A. C.; TSAI, S. J. Role of Interleukin-6 in Depressive Disorder. **Int J Mol Sci**, 21, n. 6, Mar 22 2020.

TOLOZA, S. M.; JOLLY, M.; ALARCON, G. S. Quality-of-life measurements in multiethnic patients with systemic lupus erythematosus: cross-cultural issues. **Curr Rheumatol Rep**, 12, n. 4, p. 237-249, Aug 2010.

TOO, L. S.; SPITTAL, M. J.; BUGEJA, L.; REIFELS, L. *et al.* The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. **J Affect Disord**, 259, p. 302-313, Dec 1 2019.

TSENG, M. C.; CHENG, I. C.; HU, F. C. Standardized mortality ratio of inpatient suicide in a general hospital. **J Formos Med Assoc**, 110, n. 4, p. 267-269, Apr 2011.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, 387, n. 10024, p. 1227-1239, Mar 19 2016.

UGUZ, F.; KUCUK, A.; CICEK, E.; KAYHAN, F. *et al.* Mood, anxiety and personality disorders in patients with systemic lupus erythematosus. **Compr Psychiatry**, 54, n. 4, p. 341-345, May 2013.

UROWITZ, M. B.; GLADMAN, D. D.; IBANEZ, D.; FORTIN, P. R. *et al.* Evolution of disease burden over five years in a multicenter inception systemic lupus erythematosus cohort. **Arthritis Care Res (Hoboken)**, 64, n. 1, p. 132-137, Jan 2012.

WANG, A. K.; MILLER, B. J. Meta-analysis of Cerebrospinal Fluid Cytokine and Tryptophan Catabolite Alterations in Psychiatric Patients: Comparisons Between Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Depression. **Schizophr Bull**, 44, n. 1, p. 75-83, Jan 13 2018.

WANG, Y.; ZHAO, R.; GU, C.; GU, Z. *et al.* The impact of systemic lupus erythematosus on health-related quality of life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Health Med**, 24, n. 8, p. 978-991, Sep 2019.

WHO, W. H. O. Disease and injury country mortality estimates 2000-2015.

WITTE, T. K.; MERRILL, K. A.; STELLRECHT, N. E.; BERNERT, R. A. *et al.* "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. **J Affect Disord**, 107, n. 1-3, p. 107-116, Apr 2008.

WOLFE, F.; MICHAUD, K.; LI, T.; KATZ, R. S. Chronic conditions and health problems in rheumatic diseases: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, systemic lupus erythematosus, and fibromyalgia. **J Rheumatol**, 37, n. 2, p. 305-315, Feb 2010.

WU, M. L.; TSAI, J. C.; YU, K. H.; CHEN, J. J. Effects of physical activity counselling in women with systemic lupus erythematosus: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Pract**, 25, n. 5, p. e12770, Oct 2019.

XIE, L. F.; CHEN, P. L.; PAN, H. F.; TAO, J. H. *et al.* Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. **Rheumatol Int**, 32, n. 9, p. 2707-2714, Sep 2012.

XIE, L. F.; CHEN, P. L.; YE, D. Q. [Personal psychological susceptibility of suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus]. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, 45, n. 9, p. 785-789, Sep 2011.

YANG, C.; HONG, T.; SHEN, J.; DING, J. *et al.* Ketamine exerts antidepressant effects and reduces IL-1 $\beta$  and IL-6 levels in rat prefrontal cortex and hippocampus. **Exp Ther Med**, 5, n. 4, p. 1093-1096, Apr 2013.

YILMAZ-ONER, S.; ONER, C.; DOGUKAN, F. M.; MOSES, T. F. *et al.* Health-related quality of life assessed by LupusQoL questionnaire and SF-36 in Turkish patients with systemic lupus erythematosus. **Clin Rheumatol**, 35, n. 3, p. 617-622, Mar 2016.

YOSHIMURA, R.; HORI, H.; IKENOUCI-SUGITA, A.; UMENE-NAKANO, W. *et al.* Higher plasma interleukin-6 (IL-6) level is associated with SSRI- or SNRI-refractory depression. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 33, n. 4, p. 722-726, Jun 15 2009.

ZAKERI, Z.; SHAKIBA, M.; NAROUIE, B.; MLADKOVA, N. *et al.* Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. **Rheumatol Int**, 32, n. 5, p. 1179-1187, May 2012.

ZHANG, L.; FU, T.; YIN, R.; ZHANG, Q. *et al.* Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, 17, n. 1, p. 70, Feb 14 2017.

ZUNSZAIN, P. A.; HEPGUL, N.; PARIANTE, C. M. Inflammation and depression. **Curr Top Behav Neurosci**, 14, p. 135-151, 2013.

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

**TÍTULO DA PESQUISA: “ESTUDO DE NOVOS BIOMARCADORES INFLAMATÓRIOS E SUA RELAÇÃO COM ÓRGÃOS-ALVO ACOMETIDOS NO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO”**

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá investigar a ocorrência de problemas nos rins e depressão em pessoas com Lupus Eritematoso Sistêmico, para saber se você tem alguma dessas alterações causadas por esta doença.

**1.PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você irá realizar alguns exames laboratoriais, por meio da coleta de sangue e urina, para a pesquisa de alterações no funcionamento de seus rins e também responderá um questionário com perguntas sobre depressão. A coleta de sangue e urina será realizada pelos funcionários do laboratório do hospital no qual você é atendido, da mesma maneira em que são realizados seus exames de rotina.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a) os(as) (ENTREVISTA, AVALIAÇÕES, EXAMES ETC.) sem nenhum prejuízo para você.

Serão armazenadas amostras de urina e sangue com a finalidade de estudo de exames de função renal que não puderam ser realizados nesse período inicial da pesquisa.

**2.RISCOS E DESCONFORTOS:** Os procedimentos utilizados (coleta de sangue e urina para exame poderão trazer algum desconforto como dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento na hora da coleta de sangue. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido pelo funcionário do hospital que irá realizar a coleta, uma vez que o mesmo deverá ser um profissional experiente na área e irá minimizar ao máximo o risco destas complicações. A biópsia renal pode trazer algum desconforto também como dor no local da entrada da agulha para coleta do fragmento, além de sangue na urina em pequena quantidade sem consequências graves após o procedimento, entretanto, em raros casos, pode ocorrer sangramento importante na urina, levando a perda renal em casos

extremos.) Pode ocorrer um desconforto relacionado com a avaliação psiquiátrica eliciando emoções negativas ao longo da entrevista.

**3.BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de detectar alguma doença nos rins e/ou a presença de depressão, o que proporcionará um tratamento adequado para estes problemas. Se você for diagnosticado com algum problema nos rins ou com depressão será encaminhado para acompanhamento e tratamento especializado (com médico Nefrologista e Psiquiatra) no mesmo hospital em que faz tratamento para o lupus eritematoso sistêmico.

**4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado(a) pela Dra. Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira (telefone: (82) 32023801) para o ambulatório de Nefrologia da Universidade Federal de Alagoas Ceará, Universidade de Fortaleza ou Universidade Federal do Ceará.

**5.CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por exames serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das fichas de avaliação nem quando os resultados forem apresentados.

**6.ESCLARECIMENTOS:** Será informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre qualquer etapa da mesma, podendo procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira  
Endereço: Av. Lourival de Melo Mota, S/N, Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – Maceió-AL  
Telefone para contato: (82) 32023800  
Horário de atendimento: horário comercial.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Universidade Federal de Alagoas  
Av. Lourival de Melo Mota S/N – Campus AC Simões – Prédio da Reitoria  
Bairro Tabuleiro dos Martins, CEP 57072-900.  
Telefone (82) 3214-1041 , Maceió-AL.

**7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira e também não haverá ressarcimento dos gastos (deslocamento, alimentação).

**8. INDENIZAÇÃO:** Se necessário, será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa, podendo ser encaminhado para o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

**9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia assinada deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.  
E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DE BIOMARCADORES INFLAMATÓRIOS E SUA RELAÇÃO COM ÓRGÃOS-ALVO ACOMETIDOS NO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**Pesquisador:** MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 59049916.0.0000.5013

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFAL

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.725.374

##### Apresentação do Projeto:

O lupus eritematoso sistêmico (LES) é uma das doenças reumatológicas auto-imunes mais prevalentes na população, acometendo especialmente adultos jovens, em idade economicamente ativa. A doença é caracterizada pela presença de múltiplos auto-anticorpos, comprometendo diferentes órgãos e sistemas. Indivíduos de todos os grupos étnicos podem ser acometidos, sendo mais comum em indivíduos da raça negra. A doença

acomete predominantemente mulheres, com uma taxa que varia de 4 a 13 mulheres para cada homem. 1. Sintomas constitucionais gerais como astenia, febre e emagrecimento são comuns no LES. As lesões dermatológicas são muito frequentes e polimorfas, envolvendo pele, vasos e mucosas. As vasculites cutâneas ocorrem em cerca de 20-30% dos pacientes e podem causar lesões ungueais, ulcerações e gangrena de extremidades digitais. O envolvimento articular é comum, comprometendo preferencialmente as metacarpofalangeanas, as interfalangeanas proximais, os joelhos e os punhos, geralmente de modo simétrico. O comprometimento cardiovascular é caracterizado principalmente por uma pancardite 2-3. Há evidências de comprometimento renal clínico em 50% dos pacientes e de anormalidades neuropsiquiátricas em mais de 50% dos pacientes, podendo se apresentar sob a forma de diferentes síndromes neurológicas e/ou psiquiátricas, comprometendo o sistema nervoso central ou periférico 2-5. No acometimento renal pelo LES pode ocorrer em diversos compartimentos incluindo túbulos, interstício, vasos e glomérulos, sendo esses últimos os mais

**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

Continuação do Parecer: 2.725.374

relacionados à sintomatologia em geral apresentada pelos pacientes 6. A doença glomerular no LES pode apresentar classes variáveis de gravidade com risco de óbito em alguns casos. A biópsia renal é o procedimento padrão utilizado para avaliar o grau de atividade e cronicidade relacionado à glomerulopatia. Entretanto, em alguns casos por motivos técnicos e/ou clínicos (por exemplo risco aumentado de sangramento) esta não é realizada utilizando-se nesses casos de tratamento baseado em marcadores clínicos e laboratoriais já bem estabelecidos para avaliação da função renal como a creatinina sérica e o clearance de creatinina além da dosagem de proteína na urina de 24

horas para conduzir a terapêutica 7-9. Dessa forma a avaliação de biomarcadores inflamatórios que possam estar relacionados aos graus de atividade da doença podem ser de grande importância no arsenal diagnóstico e terapêutico voltado ao paciente. Nos quadros psiquiátricos, os sintomas depressivos são os mais comuns e atingem cerca de 40% dos pacientes. O Episódio Depressivo Maior (EDM) é uma das comorbidades psiquiátricas observadas com maior frequência em pacientes com LES, sendo a prevalência de 10,8% a 39,6%, que é considerada como sendo muito mais elevada do que na população geral<sup>10</sup>. Evidencia-se que os fatores que contribuem para alta prevalência do EDM, incluem a experiência de elevado estresse em decorrência de ser portador de doença grave e crônica, altas doses de corticosteróides usados no tratamento e alterações que comprometem o SNC<sup>11-14</sup>. Esse achado de prevalência do EDM em portadores de LES, justifica e aponta para pertinência de se levar em conta amostras de pacientes com LES em estudos sobre o viés atencional e sua relação com a sintomatologia da depressão. A associação entre processos inflamatórios e depressão segue uma via bidirecional. O mecanismo desse processo ainda está por ser elucidado, mas sabe-se que

mediadores como IL-6, TNF-, IL-1, possuem o potencial de diminuir os níveis de serotonina e aumentar o de Kynurenina e Ácido Kynurênico, ativando o eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal), aumentando a resistência a glicocorticóides, ativando células da microglia e acarretando podas sinápticas patológicas, o que ocasiona mudanças cerebrais e funcionais<sup>15-19</sup>. Devido a essa alta prevalência de lesões em órgãos-alvo nesse grupo de pacientes é muito importante ampliar os estudos acerca das modalidades diagnósticas, principalmente aquelas capazes de estimar o prognóstico da lesão. Faz-se importante então avaliar possíveis associações entre marcadores inflamatórios e sintomas depressivos além de lesões renais a fim de melhor entender essa associação e indicar melhores métodos terapêuticos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar biomarcadores inflamatórios no Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) e

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

Continuação do Parecer: 2.725.374

sua associação com disfunção e órgãos-alvo.

Objetivo Secundário:

• Avaliar a prevalência de lesão renal em pacientes portadores de LE; • Avaliar a prevalência de depressão maior em pacientes portadores de LE; •

Correlacionar a presença de biomarcadores inflamatórios com escores de gravidade de depressão, de qualidade de vida e índice de qualidade de sono ;

• Correlacionar a presença de biomarcadores inflamatórios com critérios de disfunção renal (taxa de filtração glomerular, creatinina plasmática, proteinúria, frações de excreção de sódio e potássio, hematúria, leucocitúria e microalbuminúria);

• Correlacionar a presença de biomarcadores inflamatórios com critérios histopatológicos da biópsia renal;

• Avaliar a congruência entre vulnerabilidade cognitiva da atenção seletiva a estímulos negativos/positivos com o estado de humor de pacientes depressivos portadores de LES

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os procedimentos utilizados (coleta de sangue e urina para exame poderão trazer algum desconforto como dor no local da entrada da agulha para a coleta de sangue e sangramento na hora da coleta de sangue. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido pelo funcionário do hospital que irá realizar a coleta, uma vez que o mesmo deverá ser um profissional experiente na área e irá minimizar ao máximo o risco destas complicações. A biópsia renal pode trazer algum desconforto também como dor no local da entrada da agulha para coleta do fragmento, além de sangue na urina em pequena quantidade sem consequências graves após o procedimento, entretanto, em raros casos, pode ocorrer sangramento importante na urina, levando a perda renal em casos extremos). Pode ocorrer um desconforto relacionado com a avaliação psiquiátrica eliciando emoções negativas ao longo da entrevista.

**Benefícios:**

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: 2.725.374

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de detectar alguma doença nos rins e/ou a presença de depressão, o que proporcionará um tratamento adequado para estes problemas. Se você for diagnosticado com algum problema nos rins ou com depressão será encaminhado para acompanhamento e tratamento especializado (com médico Nefrologista e Psiquiatra) no mesmo hospital em que faz tratamento para o lupus eritematoso sistêmico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Lembramos que o ato de correlacionar não cabe o pesquisador. Ao pesquisador cabe verificar os níveis de correlações entre as variáveis.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os seguintes documentos foram submetidos à avaliação:

- Projeto detalhado;
- Informação Básica do Projeto;
- TCLE;
- Folha de Rosto;
- Modificações no projeto;
- Carta de Aceite do Centro de Apoio à Pesquisa do HUPAA;
- Termo de anuência do Chefe da reumatologia do HUPAA/EBSERH;
- Lattes da pesquisadora principal;
- Declaração de cumprimento das Normas da Resolução 466/12, publicização dos resultados e destinação do material coletado.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende à recomendações da Resolução 466/12. Portanto, recomendamos sua aprovação pelo CEP/L.

**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

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: comiteeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.725.374

consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S<sup>a</sup>. 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:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_695829.pdf	08/06/2018 12:42:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/04/2018 20:39:43	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ModificacoesProjeto.pdf	23/04/2018 14:35:38	MICHELLE JACINTHA	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: 2.725.374

Outros	ModificacoesProjeto.pdf	23/04/2018 14:35:38	CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Outros	AnuenciaFabiana.pdf	23/04/2018 14:35:05	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/04/2018 14:33:56	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rcosto.pdf	14/09/2017 23:23:59	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_cumprimento.pdf	17/03/2017 17:35:31	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lattes_Pesquisadora_Principal.pdf	18/06/2016 15:53:49	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo.pdf	18/06/2016 15:41:32	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_Aceite.pdf	18/06/2016 15:37:12	MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 20 de Junho de 2018

Assinado por:  
Luciana Santana  
(Coordenador)

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: oomiteceticaufal@gmail.com

**ANEXO C- Questionário sociodemográfico**

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Cor: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado/ união estável ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) outros

Escolaridade em anos de estudo: \_\_\_\_\_

Situação ocupacional: ( ) ativo com renda ( ) inativo com renda (aposentadoria/ pensão)

( ) ativo sem renda ( ) inativo/ desempregado ( ) dona de casa/ estudante

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## ANEXO D- SLEDAI 2K-modificado

SLEDAI		
Valor	Manifestação	Definição
8	Convulsão	Aparecimento recente*. Exclusão de causas metabólicas, infecciosas ou medicamentosas.
8	Psicose	Alteração severa da atividade normal acompanhada de alteração da percepção da realidade. Compreende: alucinações, incoerência, pensamento ilógico, comportamento bizarro, desorganização ou catatonia. Exclusão de insuficiência renal ou causa medicamentosa.
8	Comprometimento cerebral	Alteração das funções mentais com distúrbios de orientação, da memória ou outra de aparecimento súbito. Exclusão de causas infecciosas, metabólica ou medicamentosa.
8	Distúrbios visuais	Nódulos, hemorragia retiniana exsudato seroso ou hemorragia coroidiana, neurite óptica. Exclusão de causas hipertensivas, medicamentosas ou infecciosas.
8	Nervos cranianos	Neuropatia sensitiva ou motora de aparecimento recente atingindo um nervo craniano
8	Cefaléia	Severa e persistente, podendo ser migranosa, resistente aos analgésicos comuns.
8	AVC	Acidente vascular cerebral recente, excluída arteriosclerose.
8	Vasculite	Ulcerações, gangrena, nódulos digitais dolorosos, infartos peri-ungueais ou prova histológica ou arteriográfica de vasculite.
4	Artrite	Mais de duas articulações dolorosas com sinais inflamatórios locais (dor, edema ou rigidez articular).
4	Miosite	Dor/fraqueza muscular proximal associada à uma elevação de CK ou aldolase ou à modificações eletromiográficas ou à uma biópsia mostrando sinais de miosite.
4	Cilindros urinários	Cilindros de glóbulos vermelhos
4	Hematúria	> 5 hemácias / campo ausência de litíase, infecção ou outra causa.
4	Proteinúria	> 0,5 g/24h. Aparecimento recente ou piora recente de mais de 0,5g/24h
4	Piúria	> 5 leucócitos/ campo na ausência de infecção
2	Rash	Aparecimento recente ou recidiva de uma erupção cutânea inflamatória
2	Alopécia	Aparecimento recente ou recidiva de uma alopecia em placa ou difusa
2	Úlceras mucosas	Aparecimento recente ou recidiva de úlceras orais ou nasais
2	Pleurisia	Dor torácica de origem pleural com atrito, derrame ou espessamento pleural.
2	Pericardite	Dor pericárdica com ao menos uma das manifestações seguintes: atrito, derrame ou confirmação eletrográfica ou ecográfica.
1	Febre	> 38º na ausência de causa infecciosa
1	Leucopenia	< 3000 leucócitos na ausência de causa medicamentosa
1	Plaquetopenia	< 100.000/mm <sup>3</sup>

\*Aparecimento recente é considerado quando o quadro iniciou até 10 dias antes da consulta na qual está sendo feita a avaliação

ANEXO E- MINI Internacional Neuropsychiatric Interview

**M.I.N.I.**

**Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine  
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

## MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i> _____	<i>Número do protocolo:</i> _____
<i>Data de nascimento:</i> _____	<i>Hora de início da entrevista:</i> _____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i> _____	<i>Hora do fim da entrevista:</i> _____
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA  TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3/F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

---

## INSTRUÇÕES GERAIS

---

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

*As frases escritas em “letras minúsculas”* devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em “MAIÚSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre* (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta (➔)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

---

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.  
Inserm U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

Patricia AMORIM, M.D., PhD  
Instituto HUMUS  
Rua 89 nº 225 Setor Sul  
74093-140 – Goiânia - Goiás  
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74  
fax: + 55 241 41 74  
e-mail: [pat.amorim@terra.com.br](mailto:pat.amorim@terra.com.br)

David V Sheehan, M.D.,  
M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail  
[dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
<b>A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?</b>		→	NÃO	SIM

### A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)<br>COTAR <b>SIM</b> , SE RESPOSTA <b>SIM</b> NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?   | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?  | NÃO | SIM | 9 |

### A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 **OU** A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM *
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	

- |     |   |   |     |     |    |
|-----|---|---|-----|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]? | → | NÃO | SIM | 10 |
|-----|---|---|-----|-----|----|

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ? | NÃO | SIM | 11 |
|---|---|-----|-----|----|

**A5b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE</b>	

\* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

**A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	<b>A2 É COTADA SIM ?</b>	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	<b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	<b>A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

**Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:**

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	<b>A3c É COTADA SIM</b> (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	<b>A3a É COTADA SIM</b> (ALTERAÇÕES DO APETITE/ DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR</b> <i>com Características Melancólicas</i> <b>ATUAL</b>	

**B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	<b>Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	<b>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?</b>	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

**B4 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</b>	

### C. RISCO DE SUICÍDIO

---

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	<b>1</b>
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	<b>2</b>
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	<b>6</b>
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
<b>Ao longo da sua vida:</b>				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	<b>4</b>
<b>HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?</b>				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS <b>SIM</b> DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
<b>1-5</b> pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
<b>6-9</b> pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
<b>≥ 10</b> pontos	Alto <input type="checkbox"/>

---

**D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	<b>SE D1a = SIM:</b> b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	<b>SE D2a = SIM:</b> b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?</b>	→ NÃO	SIM	
D3	<b>SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL</b> <b>SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE</b>  <b>Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :</b>			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3</b> <b>OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?</b>	→ NÃO	SIM	

- D4** Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana **E** lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **OU** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO**D4** É COTADA “NÃO” ?SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

**D4** É COTADA “SIM” ?SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO SIM	1
	b <b>SE SIM:</b> Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO SIM	4
E4	<b>Durante o episódio em que se sentiu pior :</b>		
	a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO SIM	5
	b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO SIM	6
	c Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO SIM	7
	d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO SIM	8
	e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO SIM	9
	f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO SIM	10
	g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO SIM	11
	h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO SIM	12
	i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO SIM	13
	j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO SIM	14
	k Teve medo de morrer ?	NÃO SIM	15
	l Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO SIM	16
	m Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO SIM	17
E5	<b>E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO SIM <i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>	
E6	<b>SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?</b> <b>SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.</b>	NÃO SIM <i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>	
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Pânico Atual</i>	18

**F. AGORAFOBIA**

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19				
SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.								
F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20				
<i>Agorafobia Atual</i>								
F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO" e E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>								
F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM" e E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>								
F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM" e E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>								

**G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

**G4 É COTADA "SIM" ?**

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>FOBIA SOCIAL</b> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <b>ATUAL</b>	

## H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> de agir impulsivamente <b>ou</b> medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins <b>ou</b> ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas? )	NÃO → passar a H4	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a H4	SIM	2
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
<b>obsessões</b>				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
<b>compulsões</b>				
<b>H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?</b>		NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
<b>H6 É COTADA "SIM" ?</b>		<p>NÃO                  SIM</p> <p><b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b></p>		

**I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
<b>I3</b>	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
<b>I4</b>	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**I5 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

**J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

<b>J1</b>	<b>Nos últimos 12 meses</b> , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	
-----------	--	----------	-----	--

**J2 Nos últimos 12 meses:**

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR <b>"SIM"</b> , SE RESPOSTA <b>"SIM"</b> NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

**J3 Durante os últimos 12 meses:**

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR <b>"SIM"</b> SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

**K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**K1** Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado(a)”? →

**NÃO SIM**

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

**ESTIMULANTES** : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

**COCAÍNA**: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

**OPIÁCEOS**: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

**ALUCINOGÊNEOS**: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

**SOLVENTES VOLÁTEIS**: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

**CANABINÓIDES**: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

**SEDATIVOS**: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

**DIVERSOS**: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
  - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
  - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
  - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

**K2** Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a) Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? **NÃO SIM 1**
- b) Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? **NÃO SIM 2**

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

\_\_\_\_\_

NÃO	→	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>		

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

\_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E/ OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS:** VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " <b>SIM</b> " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " <b>SIM</b> " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM		11
b	<b>SE SIM</b> : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	<b>SE SIM</b> : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
<b>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</b>				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)?	NÃO                      SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO                      SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
L13a	<b>SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7:</b>  O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) <b>OU</b> UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM)?	→ NÃO    SIM		
b	<b>SE L13a É COTADA "SIM":</b> Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram <b>somente</b> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO    SIM    18		
c	<b>SE L13a É COTADA "SIM":</b>  ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11)?	NÃO                      SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i>		
d	<b>L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?</b>	NÃO                      SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i>		

## M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

### Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?**  
**PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?**

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>	

### TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEMSAPATOS, SEMROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

## N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

\* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA</b> <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> <b>ATUAL</b>	

## O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	NÃO	→ SIM	3				
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
		DE <b>O3</b> A <b>O3f</b> COTAR " <b>NÃO</b> " SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE							
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:</b>							
	a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?	NÃO	SIM	7				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
		<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?</b>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>	
NÃO	SIM								
<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>									

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**P1 Antes dos 15 anos:**

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→  
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

**P2 Depois dos 15 anos:**

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA</b>	

**REFERÊNCIAS**

M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho, 2002)

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hamett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hamett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

<b>Traduções</b>	<b>M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores</b>	<b>M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:</b>
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmar	M. Kocmar
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levimon
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

*LISTA DE SUBSTÂNCIAS*

<b>ANFETAMINA</b>	<b>ÊXTASE</b>	<b>MORFINA</b>
<b>BRANQUINHA</b>	<b>ERVA</b>	<b>ÓPIO</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ÉTER</b>	<b>DAIME</b>
<b>BASEADO</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>PÓ</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>HASHISH</b>	<b>RITALINA</b>
<b>CODEÍNA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COGUMELO</b>
<b>COLA</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>VEGETAL</b>
<b>CRACK</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>REBITE</b>
<b>MACONHA</b>	<b>CHEIRINHO</b>	<b>LOLÓ</b>
<b>MERLA</b>	<b>BOLINHA</b>	<b>MESCALINA</b>
<b>ARTANE</b>	<b>ESTERÓIDES</b>	<b>PÍLULAS TIRA-FOME</b>
<b>CALMANTES</b>	<b>DOLANTINA</b>	<b>ALGAFAN</b>
<b>AYHUASCA</b>	<b>PEDRA</b>	<b>TARJA PRETA</b>
<b>ANABOLISANTES</b>	<b>LANÇA</b>	<b>REMÉDIO PARA DORMIR</b>

## ANEXO F- Questionário Short Form SF-36

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algu ma parte	Uma pequena parte	Nunca
--	------------	------------------------	------------------------	---------------	-------------------	-------

				do tempo	do tempo	
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

### CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

#### Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
5	1,0	
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e                    valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

### Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio:  $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional:  $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
  - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio:  $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

## ANEXO G- Inventário de Depressão de Beck

### Inventário de Depressão de Beck

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de aplicação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_\_\_

### Instruções

Neste questionário existem 21 grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desanimado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que vejo é um monte de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.  
1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.  
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.  
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).  
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.  
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.  
3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

- 0 Não acho que esteja sendo punido(a).  
1 Acho que posso ser punido(a).  
2 Creio que mereço ser punido(a).  
3 Acho que estou sendo punido(a).

7.

- 0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).  
1 Sinto-me decepcionado(a) comigo mesmo(a).  
2 Sinto-me enjoado de mim.  
3 Eu me odeio.

8.

- 0 Não me sinto pior que as outras pessoas.  
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 Culpo-me constantemente pelas minhas falhas.  
3 Culpo-me por tudo de mau que acontece.

9.

- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.  
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.

0 Não choro mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo mais tomar decisões.

14.

0 Não sinto que a minha aparência esteja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou parecendo velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar alguma coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer alguma coisa.

3 Não consigo mais fazer nenhum trabalho.

16.

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldades em voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,0 kg.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ( ) Não ( )

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

**Total:** \_\_\_\_\_

## ANEXO H- Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

### Índice da qualidade do sono de Pittsburgh

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

Nome: Idade: Data:

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite? hora usual de deitar:

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite?

número de minutos:

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

hora usual de levantar?

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite:

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:

1. A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
2. B) acordou no meio da noite ou de manhã cedo

1 = nenhuma no último mês

3 = uma ou duas vezes por semana

C) precisou levantar para ir ao banheiro 1 = nenhuma no último mês

3 = uma ou duas vezes por semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

D) não conseguiu respirar confortavelmente

1 = nenhuma no último mês

3 = uma ou duas vezes por semana

E) tossiu ou roncou forte

1 = nenhuma no último mês

3 = uma ou duas vezes por semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

6. F) Sentiu muito frio  
1 = nenhuma no último mês  
3 = uma ou duas vezes por semana
7. G) sentiu muito calor  
1 = nenhuma no último mês  
3 = uma ou duas vezes por semana
8. H) teve sonhos ruins  
1 = nenhuma no último mês  
3 = uma ou duas vezes por semana
9. I) teve dor  
1 = nenhuma no último mês  
3 = uma ou duas vezes por semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

2 = menos de uma vez por semana 4 = três ou mais vezes na semana

J) outras razões, por favor descreva: \_\_\_\_\_ 1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana

6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:

Muito boa Boa Ruim Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?  
Nenhuma dificuldade Um problema leve  
Um problema razoável Um grande problema
10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?

A) Não

B) Parceiro ou colega, mas em outro quarto

C) Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama D) Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto pergunte a ele com que frequência, no último mês você apresentou:

5. E) Ronco forte  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
6. F) Longas paradas de respiração enquanto dormia  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
7. G) contrações ou puxões de pernas enquanto dormia  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
  
4. D) episódios de desorientação ou confusão durante o sono  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana
5. E) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva: \_\_\_\_\_  
1 = nenhuma no último mês 2 = menos de uma vez por semana 3 = uma ou duas vezes por semana 4 = três ou mais vezes na semana