

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE – UnB / UFG / UFMS**

PAULO MAURÍCIO DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Goiânia
2006

Paulo Maurício de Oliveira

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde, convênio Rede Centro-Oeste, UnB/UFG/UFMS, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Goiânia
2006

Ficha Catalográfica

Baseada no Guia para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na
Universidade Federal de Goiás.

O482a	Oliveira, Paulo Maurício de. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico / Paulo Maurício de Oliveira. -- Goiânia, 2006. 81 f. : il. 30 cm. Referências: f. 67-73. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), 2006. 1. Sintomas depressivos 2. Lúpus Eritematoso Sistêmico 3. Inventário de depressão de Beck/métodos. I. Título.
	CDU: 616.89 616.5-002.52

Orientador: Prof. Dr. Nilzio Antônio da Silva

À Liz, Jú, Popola e Lui.
Aos meus pais, irmãos e irmãs.

AGRADECIMENTOS:

Ao Dr. Nilzio Antônio da Silva, pela orientação e acolhimento no Ambulatório de Reumatologia / HC / UFG.

Ao Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina da UFG, por possibilitar a realização deste trabalho.

Ao Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da FM-UFG, pelo estímulo.

Às Dras. Claudia Fonseca, Vitalina Barbosa de Sousa e Rossana de Moura Guedes pela grande ajuda na triagem e apresentação dos pacientes do Ambulatório de Reumatologia / HC / UFG.

Ao Prof. Gercino Monteiro Filho, pelas orientação e supervisão estatística.

À Andréia Pereira Dias de Freitas, pela organização dos dados estatísticos.

À Maria das Graças Alves, pela valiosa colaboração com os prontuários.

À Maria Raquel Gomes da Silva, pela elaboração da ficha catalográfica.

Dr. Paulo César Ragazzo, pela versão do resumo em inglês.

Aos queridos professores da Pós-Graduação.

Aos pacientes e outras pessoas que aceitaram participar como sujeitos do estudo.

À Maria Alves, pelas horas dedicadas, pela amizade, colaboração e incansável suporte nas horas difíceis.

À Liz, pelo apoio e colaboração na realização do trabalho.

À Ruth, pela interlocução durante as várias etapas.

À Célia Faria do Nascimento, pelo apoio e ajuda na organização da minha agenda.

Aos colegas Geraldo, Mouna e Silvana Rita, pelo companheirismo em todos estes anos de consultório.

Resumo

A comorbidade entre depressão e outras condições clínicas tem sido objeto de estudo em diversos centros de pesquisa. **OBJETIVO:** investigar a presença e intensidade de sintomas depressivos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **METODOLOGIA:** O estudo foi realizado no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia – GO, Brasil. A amostra foi constituída por 50 pacientes com diagnóstico de LES (amostra clínica) e 50 indivíduos saudáveis (amostra não-clínica). O instrumento usado para a coleta de dados foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI), usando ponto de corte de 14 para a amostra clínica e de 18 para a não-clínica. **RESULTADOS:** Na amostra clínica, os pacientes foram predominantemente do sexo feminino (94%), com parceiro fixo (58%), idade média de $33,42 \pm 8,84$ anos e o escore final do BDI de 29 (58%) pacientes foi maior ou igual a 15, sugerindo a presença de sintomas depressivos; dentre estes, 8 (27,6%) tinham escore entre 15 e 20, indicativo de disforia, e 21 (72,4%) totalizaram escore maior que 20, sugestivo da presença de transtorno depressivo. Na amostra não-clínica, 92% dos sujeitos eram do sexo feminino, com idade média de $33,73 \pm 8,98$ anos, 56% não tinham parceiro fixo e escores finais no BDI indicativos de possível transtorno depressivo (maior ou igual a 19) foram obtidos em 12% dos casos. **CONCLUSÃO:** A alta prevalência de escores indicando a presença de sintomas depressivos em pacientes com LES confirma a necessidade de maior atenção, por parte do médico clínico, para a possibilidade de comorbidade entre as duas patologias. Recomenda-se o fortalecimento do trabalho integrado dos profissionais das várias especialidades médicas e dos diferentes profissionais de saúde em benefício da clientela.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Sintomas Depressivos, Inventário de Depressão de Beck.

Abstract

Comorbidity between depression and other clinical conditions has been studied in several research centers. **OBJECTIVE:** investigate the presence and intensity of depressive symptoms in patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). **METHODOLOGY:** This study was carried out in the Rheumatology Outpatient Service of the Clinical Hospital of the Federal University of Goiás, in Goiânia-GO, Brazil. The sample comprised 50 patients with a diagnosis of SLE (clinical sample) and 50 healthy individuals (non-clinical sample). The instrument used to collect data was the Beck Depression Inventory (BDI), using cut-off point of 14 for the clinical sample and 18 for the non-clinical one. **RESULTS:** In the clinical sample, the patients were predominantly females (94%), with a steady partner (58%), mean age of 33.42 ± 8.84 years, and BDI final score for 29 (58%) patients was higher than or equal to 15, suggesting the presence of depressive symptoms; among these patients, 8 (27.6%) presented score between 15 and 20, indicative of dysphoria, and 21 (72.4%) showed score higher than 20, which suggests the presence of depressive disorder. In the non-clinical sample, 92% of the subjects were females, mean age of 33.73 ± 8.98 years, 56% did not have a steady partner, and BDI final scores indicating possible depressive disorder (higher than or equal to 19) were found in 12% of the cases. **CONCLUSION:** The high prevalence of scores indicating the presence of depressive symptoms in patients with SLE confirms that the general practitioner must pay closer attention to the possibility of comorbidity between these two pathologies. The strengthening of the integrated work of the various medical expertises and the different health professionals is recommended aiming to benefit their clients.

Key-words: Systemic Lupus Erythematosus, Depressive Symptomatology, Beck Depression Inventory.

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
1. INTRODUÇÃO	1
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	1
DEPRESSÃO.....	6
COMORBIDADE LÚPUS - DEPRESSÃO.....	18
2. OBJETIVO	29
3. METODOLOGIA	30
TIPOLOGIA E LOCAL.....	30
POPULAÇÃO / AMOSTRA	30
COLETA DOS DADOS.....	31
ANÁLISE DOS DADOS.....	35
ASPECTOS ÉTICOS	35
4 RESULTADOS	36
5 DISCUSSÃO	50
6 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO 1	74
ANEXO 2	75
ANEXO 3	76
ANEXO 4	78
ANEXO 5	80

1. INTRODUÇÃO

- **LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença do tecido conjuntivo, de natureza auto-imune, que envolve múltiplos órgãos e sistemas e que apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas e imunológicas. Como em outras doenças auto-imunes, sua etiologia não é clara, mas o desenvolvimento do lúpus está ligado à predisposição genética e a fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos, que interagem causando um estado de hiperatividade imunológica (Sato *et al.*, 2002).

Entre os fatores associados ao desenvolvimento da doença, Schur (2005) ainda inclui os hormonais e os imunológicos, justificando que as evidências de anormalidades hormonais estão relacionadas à maior incidência de LES nas mulheres em idade fértil. Quanto aos fatores hormonais, o autor refere que muitas anormalidades do sistema imune estão presentes nos pacientes com lúpus e ainda não se sabe ao certo quais são primárias e quais são secundárias ao processo patológico do LES.

O LES é primariamente uma doença com anormalidades da regulação do sistema imune que parecem secundárias a perda de autotolerância aos

antígenos próprios do indivíduo, resultando em uma resposta imune de produção de auto-anticorpos (Schur, 2005).

Embora presente também em outras doenças do tecido conjuntivo e podendo ser encontrada até em indivíduos saudáveis, uma das características principais do LES é a produção de auto-anticorpos contra os componentes nucleares das células, chamados de anticorpos antinucleares (ANA). Alguns são encontrados somente em pacientes com LES, servindo como marcadores dessa patologia, como o anti-DNA e anti-Sm, que têm sido usados como critério de diagnóstico do LES (Sato *et al.*, 2002; Criscione e Pisetsky, 2003; Schur, 2005).

Doença inflamatória crônica e rara, o lúpus pode ocorrer em qualquer idade, mas seu início ocorre com mais frequência entre os dezesseis e 55 anos. Atinge preferencialmente as mulheres, em uma proporção de nove a dez mulheres para um homem, sendo que a maioria delas se torna sintomática quando jovens, isto é, no período reprodutivo. É duas a três vezes mais prevalente entre pessoas afro-descendentes, mas pode ocorrer em todas as raças e em todas as partes do mundo (Petri, 2000; Sato *et al.*, 2002; Schur, 2005).

Mais de 16 mil americanos desenvolvem a doença a cada ano e a Lúpus Foundation of America estima que aproximadamente um milhão e meio de americanos têm alguma forma de lúpus diagnosticada (Lahita, 2003). Sato *et al.* (2002) afirmam que, em estudos norte-americanos, sua prevalência varia de 14 a 50/100.000 habitantes. Segundo Uramoto *et al.* (1999), a incidência de LES triplicou nos últimos 40 anos e, no mesmo período, a expectativa de vida para as pessoas acometidas por essa doença também aumentou significativamente.

Schur (2005) afirma que a prevalência de lúpus é praticamente a mesma em todo o mundo e varia entre 40 e 50 casos para cada 100.000 pessoas

Clinicamente, a doença pode cursar com grande número de quadros e sua evolução é flutuante, caracterizada por sucessivos períodos de remissões e recaídas, agudas ou crônicas (Sanz de la Garza, 2000; Sato *et al.*, 2002; Schur, 2005). Além do curso clínico variável, o LES possui muitas formas distintas de apresentação com grande diversidade de manifestações clínicas, podendo produzir uma variada combinação de febre, eritema, perda de cabelo, envolvimento articular e cutâneo-mucoso, doença renal, anormalidades hematológicas e doença do sistema nervoso central (Segui *et al.*, 2000; Sato *et al.*, 2002; Schur, 2005).

Assim como o curso da doença, o início do lúpus também é bastante variável e os sintomas podem ser inespecíficos, tais como mialgia, náuseas e vômitos, cefaléia, equimoses fáceis e depressão. A fadiga ocorre em quase todos os pacientes, no início da doença e nos períodos de recaída. A febre episódica pode ser observada em 80% dos pacientes e 95% deles apresentam artralgias e artrites assimétricas e migratórias. A mialgia é um sintoma muito comum e mais da metade dos pacientes manifesta fotossensibilidade, sendo mais susceptíveis os indivíduos de pele clara. O eritema sobre as bochechas e nariz é um sinal clássico e desenvolve-se após exposição à luz ultravioleta. Cerca de 70% dos pacientes apresentam perda de cabelo na cabeça ou em outras partes do corpo. Pode haver envolvimento de mucosas, com lesões labiais e palatinas (Schur, 2005).

Manifestações neuropsiquiátricas ocorrem em praticamente todos os pacientes com LES. Muitos deles apresentam ansiedade e ou depressão, freqüentemente em resposta à doença e às ameaças de perdas que ela traz consigo. Os sintomas podem incluir queixas somáticas como insônia, falta de apetite, mialgia, fadiga, palpitações, constipação ou diarreia, vertigens, dificuldade de concentração e cefaléia, entre outros (Schur, 2005). As desordens psiquiátricas representam uma manifestação comum do LES neuropsiquiátrico, podendo variar desde uma desordem afetiva leve até delirium, demência, e síndromes depressivas psicóticas (Miguel Filho, 2001; Karassa, Magliano e Isenberg, 2003).

Shapiro (2002) classifica as dificuldades psicológicas e neurocomportamentais encontradas no lúpus em psicose, desordens do humor, síndromes cerebrais orgânicas específicas, diminuição da capacidade cognitiva, reações a drogas (especialmente os corticosteróides), desordens funcionais, interrupção no biorritmo circadiano e ruptura de várias funções do sistema nervoso autônomo.

A prevalência de desordens psiquiátricas no lúpus varia amplamente, talvez devido a diferenças no tipo de estudo, na seleção das amostras e no método usado para o diagnóstico das manifestações psiquiátricas. Além disso, não está claro se os distúrbios psiquiátricos devem ser considerados como manifestação do lúpus no sistema nervoso central (SNC) ou se eles podem ser o reflexo psicológico de uma doença crônica que produz incapacidade física e disfunção social (Segui *et al.*, 2000).

Recomenda-se que o diagnóstico de LES seja estabelecido utilizando os onze critérios de classificação propostos pelo *American College of Rheumatology* (ACR), em 1971, que definem o quadro de LES e determinam esse diagnóstico quando pelo menos quatro deles estão presentes. Estes critérios foram revisados por Tan *et al.* (1982) (Anexo 1) e modificados por Hochberg (1997) (Anexo 2). O Consenso Brasileiro Para o Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico realizado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) em 2002 também recomenda que sejam usados os critérios do ACR para o diagnóstico da patologia (Sato *et al.*, 2002).

O teste de anticorpos antinucleares é útil para a triagem dos casos de LES. Quando o teste é negativo, o paciente tem uma probabilidade de 0,14% de ter a doença, enquanto o teste positivo tem um valor preditivo de 15 a 35% para o LES, indicando a necessidade de dosar outros anticorpos para esclarecimento (Schur, 2005).

O tratamento do lúpus deve ser individualizado, recomendando-se que se considerem os órgãos envolvidos e em que grau eles estão envolvidos. O objetivo é melhorar e ou manter seu funcionamento e prevenir lesão permanente. O tratamento deve ser conservador no início, tornando-se mais agressivo nos casos de resposta inadequada. Não se pode esquecer da ameaça que representa o diagnóstico de uma doença como o LES, das mudanças no estilo de vida que ela impõe e do incômodo decorrente de consultas médicas freqüentes e sucessivos exames, bem como do sofrimento e dificuldades advindos do tratamento da doença. Por tudo isso, o suporte emocional e o aconselhamento dos pacientes com fornecimento de informações sobre a doença e esclarecimento de dúvidas, incentivando o apoio de amigos e familiares é bastante útil no

tratamento do LES. Nem todos os pacientes necessitam usar corticosteróides, o que é útil quando se considera o potencial prejuízo dessas drogas. Quando possível, essas drogas devem ser substituídas por outras não esteróides (Schur, 2005).

Apesar dos recentes avanços, pacientes com LES ainda apresentam considerável morbidade e mortalidade. Para melhorar seus prognósticos, há uma variedade de intervenções sendo desenvolvidas e alguns aspectos importantes, como o melhor manejo do LES por especialistas e a necessidade de tratar o impacto do estresse comumente associado à depressão estão sendo discutidos (Schattner e Naparstek, 2005). Atualmente, a taxa de sobrevivência é de aproximadamente 90% em 10 anos, e o prognóstico é pior para os pacientes com envolvimento do SNC, hipertensão, azotemia (excesso de produtos azotados como uréia e creatinina no sangue) e idade de início precoce (Schur, 2005).

- **DEPRESSÃO**

No contexto clínico, o termo depressão, refere-se a um complexo síndrome caracterizado por humor deprimido, alterações de psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (Assumpção Jr, 2000). A depressão é descrita por Nardi (1998) como um transtorno grave e freqüente do humor. DeVellis (1993) alerta que ela é um distúrbio debilitante e ameaçador da vida.

No Manual de Diagnóstico e Estatística – 3ª Revisão (DSM-III), a depressão foi descrita como um transtorno afetivo. Segundo o Texto Revisado do

Manual de Diagnóstico e Estatística – 4ª Revisão (DSM-IV-TR), o termo *afeto* refere-se às manifestações mutáveis externas do tônus emocional mais persistente, que dá tonalidade à psicologia do mesmo. Assim, houve uma mudança do termo “transtornos afetivos”, no Manual de Diagnóstico e Estatística – 3ª Revisão (DSM-III), para “transtornos do humor”, no DSM-IV e DSM-IV-TR. Entretanto, isto não implica uma reconceituação do que esses transtornos envolvem primordialmente (isto é, má regulação do humor ou má regulação do afeto); os dois termos são utilizados de forma mutável no DSM-IV e no DSM-IV-TR. (Dubovsky, Dubovsky 2004).

Segundo Wells *et al.*, 1989, citados por DeVellis (1993), as pessoas deprimidas ou com sintomas depressivos têm seu funcionamento geral comparável ou pior que muitas doenças crônicas, incluindo artrite reumatóide, passando mais tempo acamados do que aqueles com hipertensão, diabetes, angina e outras doenças. Del Porto (2000) afirma que, pela sua prevalência, pelas limitações que impõe, o sofrimento que acarreta e seu alto custo social, a depressão têm enorme importância como problema de saúde pública. De acordo com Botega, Furlanetto e Fráguas Jr (Botega, Furlanetto e Fráguas Jr, 2000), a depressão pode comprometer a qualidade de vida tanto ou mais do que outras condições médicas.

Dubovsky e Dubovsky (2004) afirmam que os transtornos do humor são verdadeiros distúrbios biopsicossociais que contribuem para sua etiologia e evolução. “*Os fatores etiológicos podem ser compreendidos em vários níveis, do papel herdado e fatores sociológicos a modificações da expressão de genes e do funcionamento celular*” (Dubovsky e Dubovsky, 2004 p: 105). Existe uma enorme quantidade de informações referentes à fisiologia dos transtornos do humor. Ao

interpretar estudos sobre os fatores etiológicos dos transtornos do humor, é importante enfatizar que não existe uma causa isolada, mesmo tratando-se do transtorno do humor definido mais rigorosamente.

Os transtornos depressivos são incluídos entre os transtornos do humor e podem ser divididos em transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtornos depressivos sem outras especificações. A depressão maior caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda de interesse / prazer, acompanhados de pelo menos quatro dos sintomas adicionais de depressão: alterações do apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia, cansaço e fadiga; sentimento de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (DSM-IV-TM, 1995).

A distímia é definida como depressão crônica de intensidade mais leve que a depressão maior, com curso crônico e prolongado, desaparecendo freqüentemente de forma espontânea (Bear, Connors e Paradiso, 2002). Caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado de sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior (DSM-IV-TM, 1995).

A depressão é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência na população geral (Martín *et al.*, 2003). Devido à grande variabilidade de suas formas clínicas e aos diferentes critérios diagnósticos, compreender os estudos de prevalência da depressão não é uma tarefa simples. Pesquisando a prevalência da depressão em vários estudos, Lima (1999) encontrou resultados

discrepantes variando entre 0,9% em São Paulo e 12,8% na Pesquisa Nacional de Co-morbidade nos Estados Unidos (NCS).

Os transtornos do humor (depressão maior e distimia) ocorrem duas vezes mais em mulheres do que em homens (Rosenthal, 2003). As estimativas de prevalência variam bastante. Segundo Bear, Connors e Paradiso (2002), a depressão maior é um transtorno de intensidade grave que afeta anualmente 5% da população, enquanto a distimia afeta 2% da população adulta. Os autores referem que os episódios da depressão maior raramente duram mais de dois anos e, sem tratamento, a depressão recorre em 50% dos casos, sendo que, após três ou mais episódios, as chances de recorrência aumentam para 70%.

Rosenthal (2003) estima que aproximadamente 20% das mulheres e 10% dos homens tiveram ou terão um episódio de depressão maior em algum momento de suas vidas. Para Almeida Filho *et al.* (1992), uma em cada vinte pessoas é acometida por episódios depressivos graves ou moderados; de cada cinquenta casos de depressão, um necessita de internação; e 15% dos deprimidos graves suicidam-se.

É importante diferenciar o distúrbio depressivo daqueles sintomas mais transitórios de tristeza e melancolia. Os sintomas cognitivos incluem culpa excessiva e auto-censura, sentimentos de impotência ou desespero e uma visão negativa sobre si mesmo, sobre o futuro e o mundo (DSM-IV-TM, 1995). Iverson (2001) descreve os sintomas da depressão classificando-os em emocionais ou afetivos, cognitivos e vegetativos. Dentre os sintomas emocionais ou afetivos são comuns a tristeza e ou ansiedade, podendo haver também redução significativa da sensibilidade e da capacidade de experimentar prazer em atividades antes

prazerosas. Os sintomas cognitivos e emocionais juntos estão associados à perda do interesse nas atividades. Os sintomas vegetativos mais freqüentes são os distúrbios do sono (insônia ou hipersonia), do apetite (aumento ou diminuição), ganho ou perda de peso, além de mudanças no nível de atividade (baixa energia ou desassossego e agitação).

Del Porto (1999; 2000) confirma que a manifestação clínica mais característica dos estados depressivos é o sentimento de tristeza ou vazio, embora muitos pacientes apresentem como queixa principal a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Também pode ser observado humor depressivo (além da tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa), fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões. O autor destaca, entre os sintomas fisiológicos, as alterações do sono (mais freqüentemente a insônia) e do apetite (mais comumente a perda do apetite) e redução do interesse sexual. As alterações do comportamento também são comuns e incluem o retraimento social, crises de choro, ideação e ou comportamento suicida, retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora.

De acordo com Nemeroff (2002), os pacientes com depressão apresentam uma hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). *“A conexão entre o eixo HPA, o maior sistema de resposta ao estresse em mamíferos, e a depressão foi intuída a partir da observação de que eventos estressantes da vida geralmente precipitam episódios depressivos em pacientes com depressão maior”* (p:691). Posteriormente, observou-se que o hormônio liberador de corticotrofina (CRH) também estava mais elevado no líquor de

pacientes com depressão do que em pacientes com outros transtornos psiquiátricos ou em voluntários normais. Segundo o autor, o CRH administrado diretamente no encéfalo de animais de laboratório produz muitos dos sintomas característicos da depressão, a exemplo dos distúrbios do sono, redução do apetite e comportamento sexual reduzido. Assim, o CRH, principal mensageiro químico de estresse, é, agora, proposto como o responsável pela patologia endócrina da depressão e pelos seus efeitos comportamentais.

Soares (1999) coloca que existem mudanças anatômicas discretas e alterações funcionais e neuroquímicas no cérebro de pacientes portadores de transtornos afetivos, acessíveis ao estudo direto, já tendo sido encontradas alterações anatômicas em estruturas mesiais do lobo temporal, gânglios da base, córtex pré-frontal e cerebelo. Citando Soares e Mann (1997) e George, Ketter e Post (1993), Soares (1999) afirma que já foram encontradas alterações funcionais, refletidas em mudanças de fluxo sanguíneo e metabolismo de glicose cerebrais nessas regiões do encefalo.

Há evidências de que experiências traumáticas precoces – como a negligência materna ou o abuso infantil – estão associadas com a hiperatividade persistente dos neurônios secretores de CRH, podendo este ser um dos mecanismos pelo qual o trauma precoce produz vulnerabilidade à depressão na vida adulta. Outras investigações envolvem antidepressivos, novos e já existentes, tentando determinar se os seus mecanismos de ação incluem a redução de secreção de CRH, além do desenvolvimento de antagonistas dos receptores de CRH como novos antidepressivos e ansiolíticos (Nemeroff, 2002).

Soares (1999) também comenta sobre estudos que tentam elucidar os mecanismos de vulnerabilidade genética nos transtornos afetivos. Coloca que alguns genes, juntamente com fatores ambientais, podem eventualmente conferir uma suscetibilidade aumentada para o desenvolvimento desses distúrbios. Todavia, a provável herança multigênica desses transtornos tem prejudicado tais investigações. Berrettini (1995) e Berrettini *et al.* (1997) encontraram achados positivos interessantes, mas até o momento, os resultados têm sido predominantemente negativos (Ewald, Eiberg e Mors, 1995; Mendes de Oliveira *et al.*, 1998). No futuro, a revelação desses mecanismos poderá oferecer a chance de prever o risco individual de se desenvolver esses transtornos ou para se prever a probabilidade de resposta terapêutica a tipos específicos de tratamentos. Os incrementos nesta área também poderão resultar em possibilidades de intervenções terapêuticas inovadoras como terapia genética (Soares, 1999).

Em indivíduos suscetíveis, as adversidades ao longo da vida também são fatores de risco importantes (Brown, Harris e Eales, 1993; Frank *et al.*, 1994 upud Soares, 1999). Os mecanismos neuro-hormonais interagem com o estresse podendo afetar o cérebro, tanto em desenvolvimento como o já desenvolvido, e resultar no aumento da predisposição ou mesmo no início de um distúrbio afetivo (Post, 1992 e Post, 1995 upud Soares, 1999). Esses mecanismos precisam ser investigados, e potencialmente elucidados em estudos futuros, de modo que esta é uma área em que avanços importantes poderão acontecer (Soares, 1999).

O diagnóstico dos transtornos psiquiátricos envolve uma complexidade de conceitos e nem sempre há concordância entre diferentes examinadores. O estudo realizado por Coutinho *et al.* (1988), citado por Pereira (1995), em três

hospitais do Rio de Janeiro, revelou a baixa concordância de diagnósticos psiquiátricos atribuídos em duas internações consecutivas de um mesmo paciente.

Na CID 10, os principais critérios de classificação dos transtornos afetivos foram selecionados para facilitar a identificação dos transtornos clínicos comuns. Episódios únicos foram diferenciados de transtornos bipolares e de outros transtornos de episódios múltiplos, porque muitos pacientes têm somente um episódio de doença. A classificação é elaborada de tal maneira que essa síndrome somática pode ser registrada por aqueles que o desejarem, mas também ser desprezada sem perda de qualquer outra informação (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993).

O diagnóstico da depressão maior requer a presença dos sintomas característicos sem qualquer relação com situações de luto (Bear, Connors e Paradiso, 2002) e a apresentação dos sintomas deve ser recente ou ter claramente piorado, devendo persistir na maior parte do dia por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida (DSM-IV-TM, 1995).

Entretanto, mesmo médicos não especialistas em psiquiatria devem ser capazes de reconhecer sintomas suspeitos de transtorno depressivo e fazer o encaminhamento dos pacientes com sinais da doença para tratamento especializado. Isso se torna especialmente importante nos casos de pacientes com doenças físicas que freqüentam ambulatórios e serviços médicos específicos para controle e tratamento de suas doenças e, embora apresentem sintomas sugestivos de depressão, podem ficar sem esse diagnóstico por um período de

tempo significativo, prolongando um sofrimento que poderia ser aliviado por um tratamento adequado.

Há instrumentos especialmente desenvolvidos para identificar a presença de sintomas que indicam depressão, dentre os quais um dos mais usados é o Beck Depression Inventory - BDI ou Inventário de Depressão de Beck. Esse inventário foi originalmente criado em 1961 e depois revisado em 1979 e 1982 por Beck *et al.*, para medida da intensidade da depressão. Ele foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, passando a ser amplamente utilizado também nas áreas clínica e de pesquisa, onde se mostrou um instrumento igualmente útil para uso na população em geral (Cunha, 2001).

O BDI é uma das quatro escalas Beck, sendo que as outras são o inventário de ansiedade (Beck Anxiety Inventory - BAI), a escala de desesperança (Beck Hopelessness Scale - BHS) e a escala de ideação suicida (Beck Scale for Suicide Ideation - BSI). Elas foram criadas por Beck *et al.* no Center for Cognitive Therapy (CCT) da Universidade de Pensilvânia, na Filadélfia, Estados Unidos (Cunha, 2001).

Desde a sua versão inicial, o BDI já passou por três alterações. Em 1974, foi desenvolvida uma forma simplificada (BDI *Short Form*), com 13 itens; em 1979, foi feita uma revisão na escala de 21 itens, modificando o tempo de referência da avaliação (“*última semana*” ao invés de “*hoje*”) e fazendo pequenas alterações na redação de 15 de seus itens. Em 1996, Beck *et al.* fizeram uma atualização da escala - BDI-II, para refletir melhor os critérios diagnósticos descritos no DSM-IV para transtorno depressivo maior. O BDI-II substituiu quatro itens da versão anterior (perda de peso, distorção da imagem corporal,

preocupação somática e inibição para o trabalho) por outros que avaliam sintomas associado com graus mais intensos de depressão (agitação, inutilidade, dificuldade de concentração e perda de energia). Além disso, no BDI-II os itens correspondentes às alterações de apetite e sono permitem a avaliação de aumento e a diminuição desses comportamentos (Gorenstein e Andrade, 2000, p:89). O BDI-II mostrou-se um acurado instrumento para triagem de depressão em pacientes caucasianos americanos atendidos em unidades públicas de cuidado primário (Dutton *et al.*, 2004).

Existe ainda uma adaptação do BDI para o uso em unidades de cuidados primários desenvolvida por Beck *et al.* (1997), denominada Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC), que é um instrumento de triagem com sete itens, elaborado sobre uma base racional-empírica que considera somente os itens não-somáticos da versão atualizada do BDI. “Tristeza” e “perda do prazer” foram incluídas como prioritários, já que o DSM-IV requer a presença de um desses dois sintomas para o diagnóstico de depressão. Da mesma forma, “ideação suicida” também foi considerada básica por ser um importante indicador clínico de risco de suicídio. Os outros quatro itens – “pessimismo”, “fracasso”, “desgosto de si mesmo” e “auto-crítica” – foram determinados empiricamente a partir de dados obtidos de 500 pacientes psiquiátricos. Com um ponto de corte ≥ 14 para definir casos de depressão, o BDI-PC apresenta especificidade e sensibilidade altas para pacientes clínicos, tanto internados quanto ambulatoriais (Beck *et al.*, 1997; Steer *et al.*, 1999; Winter *et al.*, 1999).

O BDI já foi traduzido para vários idiomas e validado em diversos países (Gorenstein e Andrade, 2000), sendo que, no Brasil, ele foi validado por

Cunha (2001). Beck & Steer (1993) *upud* Cunha (2001) indicam o BDI para sujeitos de 17 a 80 anos, embora haja relatos de pesquisas utilizando esse inventário em idades abaixo e acima desses limites.

Gorenstein e Andrade (2000), afirmam que o BDI não tem pretensão de fazer diagnóstico dos transtornos depressivos e foi desenvolvido para populações de pacientes diagnosticados com transtorno depressivo por meio de entrevistas clínicas, incrementando a avaliação pela visão do próprio paciente. É uma medida da intensidade da depressão, não sendo indicado para identificação de categorias nosológicas, mas que pode oferecer importantes subsídios do ponto de vista clínico, não só pelo nível em que recai o escore total, mas em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados, que revela o padrão sintomático que o paciente descreve (Cunha, 2001).

O BDI possui 21 itens descritivos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos com transtorno depressivo. Esses itens foram divididos em duas subescalas: a cognitivo-afetiva, que inclui os treze primeiros itens, e a subescala somática e de desempenho, composta pelos oito últimos. Essa distinção de padrões é útil para diferenciar pacientes psiquiátricos, de pacientes médicos e de sujeitos normais. Na versão em português, foi realizada uma investigação com uma amostra de 714 pacientes com doenças clínicas e 721 sujeitos da comunidade para verificar se as duas subescalas realmente faziam essa diferenciação. Foi possível verificar diferenças significantes entre os escores das duas sub-escalas, confirmando que elas diferenciam pacientes psiquiátricos e pacientes médicos e de sujeitos da comunidade.

O ponto de corte para pacientes psiquiátricos recomendado pela versão em português do BDI é de 11, com escores maiores ou iguais a 12 indicando as intensidades leve, moderada e grave para os sintomas sugestivos de depressão (Cunha, 2001). Beck e Steer, 1993, citados por Cunha (2001), recomendaram a variação desse ponto de corte de acordo com o objetivo do examinador e a amostra pesquisada. Dutton *et al.* (2004) também consideraram que a determinação do ponto de corte ideal para o BDI pode variar em unidades com diferentes taxas de prevalência da depressão, sugerindo um ponto de corte maior que 14 em caso de taxa de prevalência mais baixa para reduzir o número de falsos positivos.

Ainda segundo Dutton *et al.* (2004), em populações não psiquiátricas, um ponto de corte igual a 14 pode resultar em uma triagem mais confiável quanto à presença de sintomas sugestivos de depressão nos pacientes investigados, demonstrando bom equilíbrio entre falsos positivos e falsos negativos. Também se referindo a amostras constituídas por pacientes que ainda não têm diagnóstico de transtorno depressivo, Gorentein e Andrade (2000) recomendam o uso de escores acima de 15 para detectar disforia (alterações do humor) e que o termo “depressão” seja usado apenas para escores superiores a 20.

O BDI tem apresentado sensibilidade (classificação correta dos deprimidos) e especificidade (classificação correta dos não deprimidos) elevadas conforme demonstrado por Cunha (2001). A alta especificidade do inventário significa que poucos pacientes realmente deprimidos são perdidos pelo BDI; porém, mais pacientes podem ser incorretamente classificados como deprimidos. Isso é especialmente importante na avaliação de depressão considerando o elevado risco de suicídio em deprimidos e ao fato de que muitos médicos em

unidades de cuidados primários falham em diagnosticar o transtorno (Coyne, Schwenk e Fechner-Bates, 1995).

No estudo conduzido por Dutton *et al.* (2004), usando 14 como ponto de corte, a sensibilidade do BDI-II foi de 87,7% e a especificidade de 83,9%. Conforme os autores, houve uma chance de 70% de que os pacientes com teste positivo estivessem realmente deprimidos, e 94% de possibilidade de que pacientes com teste negativo para depressão não apresentassem o transtorno. Usando o BDI-II como instrumento de triagem para depressão em pacientes de cuidado primário nos Estados Unidos, esses autores verificaram que, com ponto de corte de 14, o BDI-II classificou corretamente 85% de sua amostra, diferenciando pacientes deprimidos dos não deprimidos, com escores muito maiores dos primeiros do que dos últimos.

- **COMORBIDADE LÚPUS - DEPRESSÃO**

A co-existência de doença física e depressão é uma experiência comum para muitas pessoas. O surgimento de sintomas e o diagnóstico de uma doença crônica que representa uma ameaça de danos, perdas, incertezas e vulnerabilidade sempre provocam algum estresse emocional que, na maioria dos casos, resulta em humor deprimido que regride tão logo a pessoa consiga uma adaptação psicológica à situação. Entretanto, para um número pequeno, porém significativo, de pessoas esse estresse psicológico será menos transitório e mais severo, podendo resultar em incapacidade adicional e muito sofrimento, além de distúrbios psicológicos associados, dos quais a depressão é o mais comum. (DeVellis, 1993; Furlanetto e Brasil, 2006). Nas doenças reumatológicas, a

situação não é diferente, mas, nesses casos, a depressão é particularmente problemática porque seus sintomas físicos podem se superpor aos da doença de base, confundindo o diagnóstico (DeVellis, 1993; Furlanetto e Brasil, 2006).

A prevalência de depressão em pacientes internados em hospitais não psiquiátricos varia com o tipo de estudo, mas Silverstone (1996) encontrou uma taxa de 5,1% para depressão maior. Além disso, a depressão constitui fator de risco para complicações em muitas patologias clínicas, com destaque para as doenças cardíacas (Botega, Furlanetto e Fráguas Jr, 2000). Portanto, o médico clínico precisa estar alerta para a possibilidade de comorbidade entre doença física e depressão e desperto para o fato de que diagnosticar e tratar corretamente são tão importantes para a doença de base quanto para a depressão. Na prática clínica, observa-se que muitos pacientes clínicos com depressão não são identificados, tratados e nem encaminhados para a avaliação de um médico especialista (Furlanetto e Brasil, 2006).

Os sintomas depressivos resultam em condições emocionais que podem influenciar o funcionamento imunológico e hormonal, podendo contribuir para a elevação dos índices da morbimortalidade relacionada a enfermidades auto-imunes (Bauer *et al.*, 1993). Nas doenças reumáticas, a depressão afeta o funcionamento geral do indivíduo e o grau de incapacidade, uma vez que ela pode produzir um impacto negativo sobre as atividades físicas, sociais, ocupacionais, educacionais e de lazer (Katon e Sullivan, 1990b; DSM-IV-TM, 1995).

Além disso, a depressão pode ter um efeito direto sobre a adesão do paciente ao tratamento médico, uma vez que a apatia, a diminuição do afeto, a

sensação de abandono e as crenças negativas sobre o futuro prejudicam a aquiescência com o tratamento proposto, resultando no uso indevido dos serviços de saúde. Finalmente, a depressão tem um efeito direto sobre a função imunológica e um efeito presumido sobre a saúde como um todo. Somados, esses efeitos podem prejudicar a eficácia do tratamento dos problemas reumatológicos (Katon e Sullivan, 1990a; Sullivan *et al.*, 1997). Segundo DeVellis (1993), a depressão pode exacerbar a manifestação dos sintomas reumatológicos, levando médicos e pacientes a erradamente atribuírem a piora dos sintomas ao agravamento da doença física o que resulta em alterações injustificadas na terapêutica.

A depressão é um problema relevante em pacientes com LES. Cerca de 60% desses pacientes apresentam sintomas depressivos, mais freqüentemente no início do curso da doença, podendo retardar o diagnóstico do lúpus por mais de um ano (Rosenthal, 2003). Sintomas depressivos também foram os mais freqüentemente relatados nos estudos sobre a prevalência e tipos de sintoma neuropsiquiátricos em pacientes com LES revisados por Wekking (1993).

Uma combinação de fatores físicos, ambientais, sociais, iatrogênicos e relacionados a drogas coloca o paciente com lúpus no mais alto risco para desenvolver desordens psicológicas (Shapiro, 2002). A revisão de Wekking (1993) sugere uma associação entre sintomas depressivos, severidade da doença e experiência com estressores psicossociais, havendo evidências de que uma pequena proporção da sintomatologia psiquiátrica, especialmente a psicose, esteja relacionada a uma disfunção neurológica do LES.

A etiologia da depressão nas doenças reumáticas ainda permanece pouco clara. Assim como nas pessoas da população em geral, numerosos fatores biopsicossociais têm significância etiológica. Nas pessoas com lúpus, as manifestações psiquiátricas podem ser atribuíveis a numerosos fatores incluindo disfunção cerebral adquirida, disfunção de órgãos e sistemas, efeitos iatrogênicos do tratamento com corticosteróides, estressores psicossociais, tais como distúrbios na imagem corporal, problemas conjugais ou familiares, mudanças ou restrições no estilo de vida, como incapacidade para o trabalho normal ou para o desempenho de suas funções e responsabilidades sociais e familiares e estratégias usadas para o enfrentamento da doença (Iverson e Anderson, 1994; Iverson *et al.*, 2001).

Alguns tipos de depressão podem ser desencadeados pelo uso de certos medicamentos e pela comorbidade com doenças físicas. Investigando doenças e agentes farmacológicos associados ao desencadeamento de estados depressivos, Del Porto (1999) relacionou as principais doenças e agentes farmacológicos associados ao desencadeamento de estados depressivos, sendo que LES e artrite reumatóide aparecem como doenças do colágeno que podem estar associadas a sintomas depressivos, mencionando que os corticosteróides encontram-se entre os agentes farmacológicos associados a este tipo de sintoma.

Da mesma forma que alguns medicamentos têm sido associados com o desenvolvimento de sintomas depressivos, outros também têm sido apontados como causadores do chamado LES medicamentoso. Cassis e Callem (2005) lembram que os primeiros casos de LES medicamentoso foram secundários ao uso de hidroclorotiazida e que, desde então, várias outras drogas tem sido implicadas na indução de LES subagudo. Os autores relataram o caso de uma

paciente de psiquiatria, de 44 anos, que desenvolveu LES subagudo após o uso de bupropiona, para tratamento de depressão leve. Um mês após o início do tratamento com bupropiona, a mulher apresentou prurido brando e erupção na pele causada por fotossensibilidade. Além de suspender o uso de bupropiona, a paciente começou um tratamento com tracolimus tópico e foi orientada a aplicar protetor solar de amplo espectro. Cerca de trinta dias após o tratamento regular, sua pele clareou completamente.

No estudo de Omdal *et al.* (2005), o BDI foi o instrumento usado para medir o humor e altos escores no BDI foram significativamente associados a níveis elevados de um dos sub-tipos de anticorpos anti-NMDA. (n-Metil D aspartato). Consequentemente, a associação observada entre depressão do humor e altos níveis desses anticorpos em pacientes com LES é compatível com um efeito excitatório nos receptores NMDA. Segundo Rogoz *et al.* (2002), citados pelos autores, alguns antidepressivos possuem efeitos antagonistas em receptores NMDA e, em experimentos animais, algumas drogas antidepressivas em combinação com antagonistas de receptores NMDA não competitivos (memantina, amantadina e neramexane) produzem um aumento do efeito antidepressivo (Omdal *et al.*, 2005).

A fadiga, que comumente acompanha a fase de atividade da doença, também costuma ser citada como um fator que favorece o aparecimento de sintomas depressivos em pacientes com lúpus. Omdal *et al.* (2003) comentam que a fadiga é parte de uma complexa resposta à doença crônica, com vários fatores psicossociais fortemente relacionados a esse sintoma. Eles verificaram uma forte associação entre fadiga em pacientes com LES e altos escores no BDI. Fadiga crônica e dores articulares tornam impossível para o portador de LES

realizar atividades no nível que ele espera de si mesmo e que os outros esperam dele. Essa perda de capacidade para as atividades normais pode ser muito deprimente, provocando sentimentos de humilhação, isolamento e inutilidade. Além disso, nos períodos de remissão dos sintomas, o indivíduo pode voltar a ser capaz dessas mesmas realizações sem qualquer dificuldade, fazendo com que, para as pessoas ao redor, nada pareça estar errado (Rosenthal, 2003).

Os resultados do estudo desenvolvido por Jump *et al.* (2005) enfatizam a importância da depressão, da dor e da percepção de apoio social para o prognóstico do nível de fadiga em paciente com LES. Eles consideram que a dor e a angústia estão associados a fadiga e o apoio social deve ser visto como um fator de melhora no ajustamento emocional de doenças crônicas. Segundo os autores, quando se entende o efeito dos fatores psicossociais na fadiga dos pacientes com LES, pode-se planejar intervenções psicossociais objetivando a redução da dor e o aumento das habilidades de apoio social, melhorando os resultados do tratamento.

Kozora *et al.* (2005) também verificaram que intervenções dirigidas propiciam uma melhor cobertura e minimizam a resposta emocional de resposta ao estresse podendo baixar o estresse psicológico em pacientes com LES. Haupt *et al.* (2005) testaram o oferecimento de intervenções psico-educacionais para pacientes com lúpus, incluindo informações sobre sintomas, curso, prognóstico e opções terapêuticas para a doença, bem como o desenvolvimento e manutenção de contatos sociais. Eles concluíram que as intervenções desenvolvidas resultaram em melhora na saúde mental dos pacientes, melhorando suas habilidades para o enfrentamento da doença usando estratégias mais saudáveis.

Segundo Rosenthal (2003), a depressão no LES ocorre mais comumente como resultado das alterações no estilo de vida que a doença lhes impõe e, se tomarmos a depressão como uma reação normal às perdas, então o paciente com LES é vulnerável a ela por uma variedade de razões. Shapiro (2002) adverte que a falta de estudos laboratoriais ou epidemiológicos não devem, de forma alguma, negar ou contestar o que é tão comumente observado por clínicos, pacientes e seus familiares: os achados consistentes sobre o estresse psicossocial contínuo como exacerbante da explosão do lúpus em um número significativo de casos.

Além de significativa morbidade, a depressão também representa um risco de morte por suicídio. Del Porto (2000) afirma que a dependência de drogas e o suicídio, que pode ocorrer em até 15% dos estados depressivos, são complicações possíveis das depressões não-tratadas. Karassa, Magliano e Isenberg (2003) afirmam que mais de 90% das vítimas de suicídio são psiquiatricamente doentes e de 45% a 77% delas apresentam um distúrbio do humor no momento do ato.

Considerando a importante morbi-mortalidade do LES e da depressão, a associação entre essas duas patologias merece atenção especial. Segundo Karassa, Magliano e Isenberg (2003), a doença crônica é um importante fator de risco para o suicídio e pacientes com LES apresentam risco cinco vezes maior do que o esperado. Dentre os muitos fatores que contribuem para o risco aumentado de suicídio no LES, incluem-se as alterações fisiopatológicas no cérebro resultantes da doença subjacente (LES neuropsiquiátrico), depressão relacionada ao curso variável e natureza imprevisível da doença e uso de corticóides (Sanz de la Garza, 2000; Karassa, Magliano e Isenberg, 2003).

Matsukawa *et al.* (1994) afirmam que a despeito dos muitos casos de suicídio em pacientes com LES, a literatura relacionada ao tema ainda é escassa. Harris e Barraclough (1994) também referem que a associação entre suicídio e desordens médicas não tem recebido tanta atenção quanto à associação entre suicídio e desordens psiquiátricas. Fazendo uma revisão dos trabalhos publicados sobre a mortalidade de 63 desordens médicas, eles verificaram maior risco de suicídio para algumas patologias, como HIV/AIDS, neoplasias malignas em geral, esclerose múltipla, doença renal e LES, dentre outras.

Revisando os registros de sete pacientes suicidas com LES, Matsukawa *et al.* (1994) verificaram que psicose, insônia, história de fotossensibilidade, falha no controle da doença, redução na dose de esteróides, dentre outros, parecem ser fatores de risco para o suicídio em pacientes com LES. Karassa *et al.* (2003) ainda lembram que, embora o envolvimento do Sistema Nervoso Central represente um risco a mais, não se deve subestimar a importância dos fatores psicossociais envolvidos no enfrentamento da ameaça à vida e imprevisibilidade da doença.

Como pacientes com LES apresentam maior risco de suicídio, a vigilância e tratamento dos sinais e sintomas de depressão são cruciais. Matsukawa *et al.* (1994) recomendam que os pacientes que apresentam fatores de risco para o suicídio recebam acompanhamento psiquiátrico para prevenir o auto-extermínio e alertam que, se o paciente já manifesta sinais psicóticos ou de instabilidade, são necessários cuidados médicos adicionais.

Desta forma, o diagnóstico e tratamento da depressão na prática clínica tornam-se muito importantes. Entretanto, a avaliação de sintomas

depressivos em geral não é fácil, uma vez que os sentimentos de tristeza são comuns e esperados no curso das doenças físicas, especialmente das consideradas graves e ou que impõem mudanças radicais no estilo de vida das pessoas. Muitas vezes, os pacientes, mesmo deprimidos, dão mais ênfase aos sintomas físicos da depressão, minimizando ou até ignorando seus aspectos não somáticos, como a tristeza e irritabilidade, entre outros. Todos esses fatores contribuem para que a depressão seja sub-diagnosticada e sub-tratada nas unidades de cuidado médico primário (Richards *et al.*, 2004).

Hickie (1999) reúne os fatores que contribuem para o sub-reconhecimento e o manejo inadequado da depressão na prática clínica em geral em três grupos. Os fatores relacionados ao paciente incluem a predominância dos sintomas somáticos sobre os psicológicos, a ocorrência simultânea de problemas psicológicos e físicos e o estigma associado com o diagnóstico psicológico e o tratamento. Dentre os ligados aos médicos, incluem-se conhecimentos e habilidades inadequados, treinamento insuficiente e o pouco tempo dedicado à avaliação diagnóstica. Finalmente, os fatores relacionados ao serviço, que incluem remuneração insuficiente para intervenções psicológicas, falta do suporte de especialistas de serviços de saúde mental, reduzido tempo de consulta e acesso inadequado aos recursos especializados em saúde mental.

Para o médico não psiquiatra, muitas vezes o diagnóstico do transtorno depressivo é dificultado pela tendência a tratar os sintomas depressivos como reações normais à condição médica, ou pela presença dos sintomas físicos do transtorno depressivo, tais como diminuição do apetite, emagrecimento, dores, falta de energia, cansaço, alterações do sono, que são atribuídos à condição médica, ou ainda pela presença de irritabilidade e não de tristeza, além da

lentidão psicomotora (Fráguas Jr., 2000). Assim, a alta frequência de sintomas somáticos nos pacientes com depressão pode constituir-se em uma barreira importante para o diagnóstico da depressão pelo médico não especialista, dificultando o reconhecimento da depressão ou ansiedade como origem dos problemas do paciente (Brown e Schulberg, 1998; Tylee, 1999).

Não obstante, Fráguas Jr. (2000) assegura que existem alguns sinais e sintomas específicos que podem ajudar no diagnóstico de depressão, tais como a piora matinal, humor não-reativo, humor qualitativamente diferente, incapacidade de sentir prazer, despertar precoce, perda de interesse por pessoas, culpa excessiva e ideação suicida.

O diagnóstico de depressão deve ser confirmado pelo exame psiquiátrico, melhor realizado pelos médicos especialistas em psiquiatria, embora possa ser suscitado por médicos de outras especialidades. Há instrumentos já testados, a exemplo das escalas Beck, que podem ajudar o médico não psiquiatra a identificar sinais e sintomas sugestivos do transtorno depressivo, constituindo-se em referencial seguro da necessidade de um exame especializado para confirmação diagnóstica. Considerando que a literatura específica indica que o diagnóstico precoce tem influência na adesão e sucesso do tratamento, espera-se que pacientes com depressão clínica tratada tenham uma evolução mais favorável da doença clínica comórbida.

Apesar de a comorbidade entre LES e hepatite C em clientes do ambulatório de reumatologia de um hospital de ensino em Goiás já ter sido objeto de estudo (Barbosa, Silva e Martins, 2005), a comorbidade entre LES e

transtornos depressivos, já evidenciada em investigações realizadas em outros locais , ainda não foi pesquisada no Estado de Goiás.

Este estudo se propõe a verificar a existência da associação entre LES e sintomas depressivos e seu impacto nos pacientes que freqüentam o serviço de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

2. OBJETIVO

Investigar a presença e intensidade de sintomas depressivos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG).

3. METODOLOGIA

- **TIPOLOGIA E LOCAL**

Estudo do tipo caso controle focalizando a presença de sintomas sugestivos de depressão em pacientes portadores de LES, realizado no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

- **POPULAÇÃO / AMOSTRA**

O número total de pacientes com diagnóstico de LES no referido Ambulatório é de aproximadamente 300 (trezentos) e a amostra foi constituída por 50 (cinquenta) pacientes que compareceram ao serviço no período da coleta dos dados e concordaram em participar do estudo. Esse número foi estatisticamente calculado considerando uma prevalência de 60% para a depressão em pacientes com lúpus (Shapiro, 2002). A inclusão dos pacientes ocorreu de forma aleatória, de acordo com o seu comparecimento para as consultas previamente agendadas no Ambulatório.

Foram incluídos todos pacientes com diagnóstico confirmado de LES segundo critérios estabelecidos pelo ACR e SBR e que aceitaram participar do

estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), sendo excluídos aqueles pacientes que informaram estar em tratamento para depressão.

Posteriormente, foi constituída uma amostra não clínica incluindo 50 participantes escolhidos entre as pessoas que estavam circulando no ambiente da Instituição pesquisada no momento da coleta dos dados. Esse grupo foi constituído de forma aleatória, procurando repetir a amostra clínica em termos do número de participantes e composição da mesma quanto às variáveis sexo e idade dos participantes.

Foram incluídas na amostra não clínica as pessoas que, além de aceitar participar do estudo manifestando seu aceite por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, negaram serem pacientes de algum serviço do hospital, apresentar ou estar em tratamento de qualquer patologia crônica e estar fazendo tratamento para depressão.

- **COLETA DOS DADOS**

A coleta dos dados da amostra clínica foi realizada pelo pesquisador no período de maio a dezembro de 2005. Os pacientes foram examinados pelo médico reumatologista seguindo o protocolo do serviço e, posteriormente, convidados a participar da pesquisa, manifestando seu consentimento em participar do estudo, por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes foram orientados para responder ao formulário (Anexo 3) sob a supervisão do pesquisador.

Os dados foram colhidos nas manhãs de sexta-feira, durante o horário de funcionamento do Ambulatório de Reumatologia. O médico reumatologista informava ao pesquisador sobre cada paciente que comparecia para consulta com diagnóstico de lúpus e este fazia a abordagem pessoalmente, convidando-o para fazer parte do estudo.

Os prontuários dos pacientes participantes também foram usados para obtenção e ou conferência dos dados de identificação pessoal e outras informações sobre a patologia. Os dados relativos à atividade da doença, incluindo história e evolução do LES, medicação em uso, resultados de exames laboratoriais e sintomatologia atual foram copiados do prontuário e submetidos à análise de um médico especialista em reumatologia para a classificação dos pacientes de acordo com a atividade da doença.

Os dados da amostra não clínica foram colhidos em junho de 2006, em dias e horários aleatórios, de acordo com a disponibilidade do pesquisador e procurando cobrir as diversas áreas do hospital.

➤ **Instrumento de coleta dos dados**

Os dados foram coletados por meio do Beck Depression Inventory - BDI ou Inventário de Depressão de Beck (Anexo 3), que é uma escala de auto-relato, com 21 grupos de afirmações, incluindo sintomas e atitudes.

O BDI é um formulário do tipo escala de auto-relato, com 21 itens, incluindo sintomas e atitudes reunidos em grupos de afirmações que avaliam a presença dos seguintes aspectos: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação,

auto acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada um desses grupos tem quatro afirmações, com escores que variam de 0 a 3, subentendendo graus crescentes de intensidade da resposta (Gorenstein e Andrade, 2000).

O escore final alcançado pode variar de zero a 63 e é obtido somando-se os escores de cada grupo de afirmações, de acordo com a afirmativa assinalada pelo indivíduo, sendo que, no caso da pessoa marcar mais de uma alternativa no mesmo item, deve-se usar a afirmação com maior escore individual. Além disso, se o examinando responder afirmativamente à questão sobre estar tentando deliberadamente perder peso, o escore desse grupo não deve ser computado para obter o escore final (Cunha, 2001).

➤ **Procedimentos para a coleta dos dados**

Embora a literatura específica afirme que o inventário pode ser aplicado individualmente ou em grupo, sem diferenças nos escores totais (Cunha, 2001), ele foi aplicado de forma individual a todos os participantes e nenhum deles mostrou necessidade de aplicação oral por parte do examinador.

A coleta dos dados da amostra clínica ocorreu no próprio Ambulatório de Reumatologia ou no de Psiquiatria, que são bastante próximos. O tempo médio gasto com cada paciente para preenchimento do instrumento foi de aproximadamente vinte minutos, sob supervisão do investigador que permaneceu acessível durante todo o tempo de aplicação. Esse tempo foi maior que o

estimado pela literatura, que prevê de 5 a 10 minutos para a auto-aplicação, embora alerte que esse tempo pode ser extrapolado por alguns pacientes (Cunha, 2001).

Quando o paciente terminava o preenchimento do formulário, o examinador fazia a somatória dos pontos marcados em cada grupo de afirmações. Caso o escore total obtido sugerisse a presença de sintomas depressivos, o paciente era orientado pessoal e individualmente pelo investigador sobre o significado do resultado do teste e da necessidade de procurar atendimento psiquiátrico, informando sobre a existência deste tipo de serviço na própria instituição que já freqüentavam para tratamento do LES e de outros serviços especializados fora dela. Todos estes pacientes recebiam também um folheto impresso contendo informações sobre depressão e orientações verbais adicionais de cunho psico-educacional sobre o transtorno depressivo e o modo de tratá-lo. Além disso, o investigador se colocava à disposição dos pacientes para esclarecimento de suas dúvidas relacionadas às informações e orientações recebidas.

A coleta de dados foi encerrada quando se atingiu o número estatisticamente previsto de participantes, que foi de cinquenta.

Para a amostra não clínica, os procedimentos de coleta dos dados foram semelhantes, sendo que as pessoas eram abordadas pelo pesquisador que informava sobre a pesquisa e os critérios de constituição desta amostra. Em seguida, a pessoa era solicitada a informar sua idade e, caso ela fosse adequada à amostra, era convidada a fazer parte da investigação. Após aceitarem fazer parte do estudo, os participantes eram encaminhados a um local o mais

reservado possível para receberem orientação e, a seguir, preencherem o instrumento.

Nas duas amostras, todos os BDIs foram corrigidos por uma psicóloga para conferência e interpretação do escore obtido.

- **ANÁLISE DOS DADOS**

Após o término da coleta, os dados obtidos foram tabulados no programa Microsoft Excel® 2000 e analisados usando-se o programa SPSS versão 8.0 (Statistical Package for Social Science)..

Foi realizada a análise descritiva de todas variáveis e análise de variância (ANOVA) para identificar diferenças de médias dos escores do BDI entre os estratos das variáveis categóricas, considerando o nível de significância de 5%.

- **ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG (Anexo 5), segundo recomendações da Resolução 196/96 (Brasil, 1996), que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

Embora alguns participantes da amostra clínica tenham deixado sem resposta um ou outro item sobre sua identificação pessoal, todos eles responderam a todos os 21 grupos de afirmações do BDI.

A idade dos pacientes variou entre 16 e 54 anos, com média de 33,42 anos \pm 8,84, como mostra o Gráfico 1. As faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos concentraram o maior número de participantes (19; 38% e 17; 34%, respectivamente). Nove (18%) pacientes estavam na faixa etária dos 40 aos 49 anos, um (2%) tinha menos que 20 anos e nos outros quatro (8%) casos, a idade era de 50 anos ou mais.

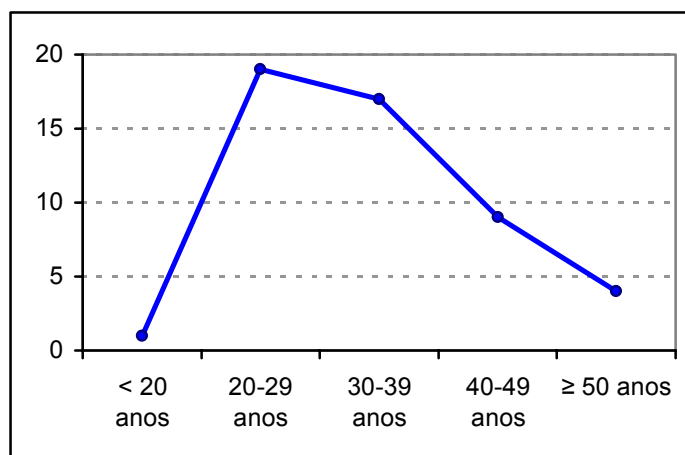


Gráfico 1 – Faixa etária dos pacientes. Goiânia, 2005.

No Gráfico 2, também se pode observar que houve nítida predominância do sexo feminino (47; 94%) sobre o masculino (3; 6%). A proporção entre os sexos foi de 16,7 mulheres para cada homem.

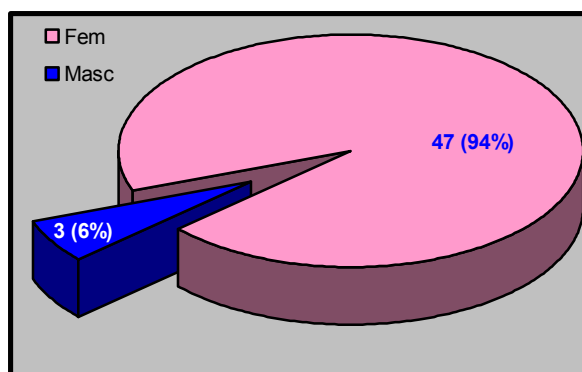


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes da amostra por sexo. Goiânia, 2005.

Como demonstrado no Gráfico 3, a maioria (29; 58%) dos pacientes estudados viviam com um parceiro, enquanto 20 (40%) referiram estar solteiros, viúvos ou separados, com apenas uma (2%) resposta em branco a esta questão.

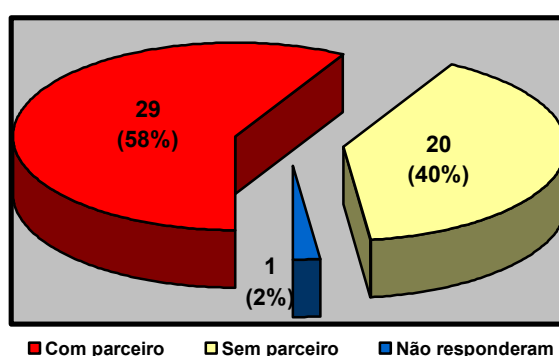


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes quanto ao seu estado civil. Goiânia, 2005

A variável ocupação mostrou que, dos 47 pacientes que declararam sua ocupação, 22 (46,8%) eram do lar, 3 (6,4%) eram professores, 3 (6,4%) estudantes, 2 (4,3%) desempenhavam a ocupação de serviços gerais, 2 (4,3%) eram domésticas, 2 (4,3%) costureiras e 14 (29,8%) possuíam outras ocupações. Três (6,4%) dos respondentes estavam desempregados. Dos 50 participantes, 3 (6,0%) não informaram sua ocupação, como demonstrado no Gráfico 4.

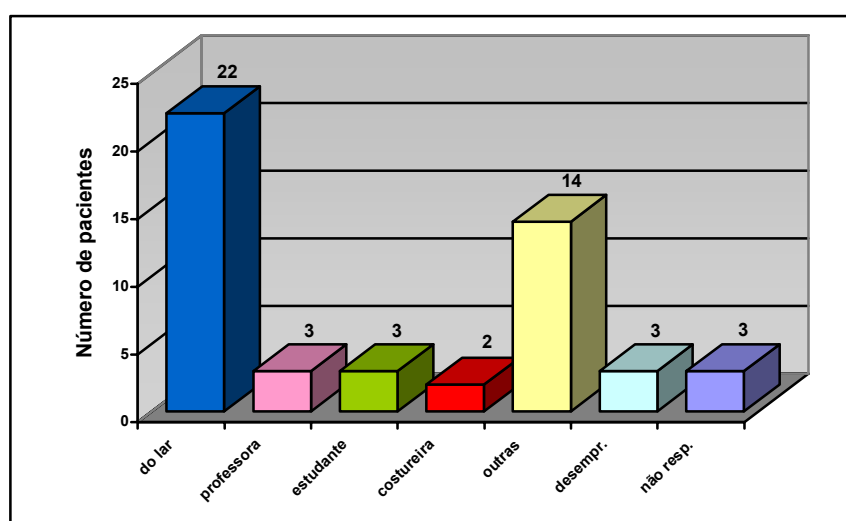


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes de acordo com a sua ocupação. Goiânia, 2005.

O nível de escolaridade mais freqüente (30; 60%) foi o 1º grau, que foi relatado como completo em 8 (26,7%) e incompleto em 22 (73,3%) casos. No total, onze (22%) pacientes possuíam o 2º grau, completo em 9 (81,8%) casos e incompleto em 2 (18,1%). Quanto aos oito (18%) que informaram possuir o 3º grau, 3 (37,5%) o tinham completo e 5 (62,5%) incompleto, como demonstrado no Gráfico 5. Somente 1 (2%) participante não respondeu a essa questão.

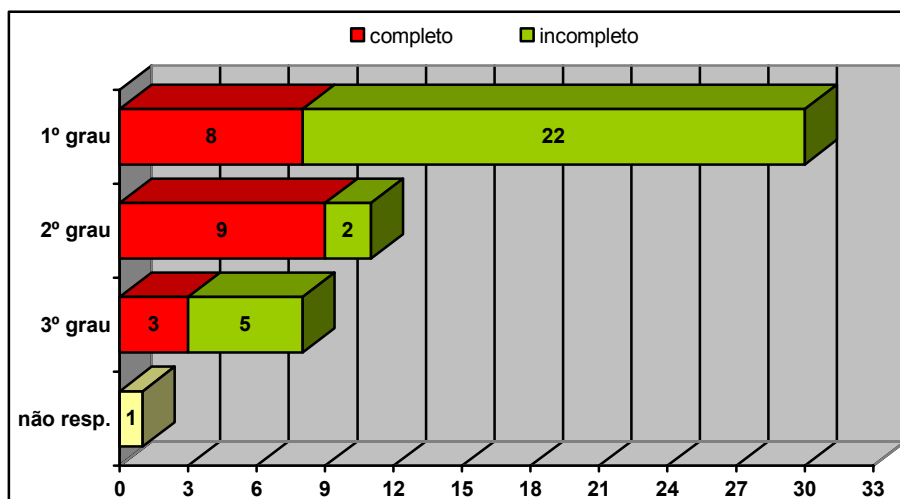


Gráfico 5 – Grau de escolaridade dos participantes. Goiânia, 2005.

Atendendo ao preconizado por Cunha (2001), no cálculo do escore final do BDI, foi desconsiderado o escore individual obtido no grupo de afirmações relativas à perda de peso de quatorze (28%) pacientes que responderam sim à afirmação de que estavam tentando perder peso de propósito. Assim, a distribuição dos participantes de acordo com a presença ou não de sintomas sugestivos de transtorno depressivo determinada pelo escore alcançado no BDI está demonstrada no Gráfico 6.

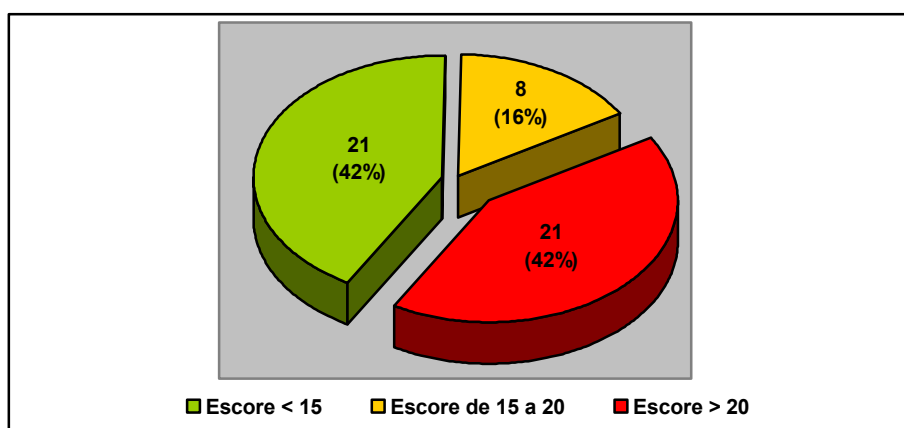


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com o escore obtido no BDI. Goiânia, 2005.

Os escores finais no BDI variaram entre zero e 56, com média de 19,24 \pm 12,39 (n=50). Como a amostra pesquisada no presente estudo se caracteriza como não psiquiátrica, foi adotado 14 como ponto de corte e os participantes com escore entre 15 e 20 foram separados daqueles cujo escore foi maior que 20 (Gorenstein e Andrade, 2000; Dutton *et al.*, 2004). Observa-se que 21 (42%) pacientes tiveram escore menor que 15, que indica ausência de depressão ou depressão mínima. Os outros 29 (58%) obtiveram escore total maior ou igual a 15 indicando a presença de sintomas compatíveis com transtorno depressivo. Destes, 8 (27,6%) apresentaram escore entre 15 e 20, que Gorenstein e Andrade (2000) sugerem classificar como disforia, e 21 (72,4%) totalizaram escore maior que 20, que seriam os casos mais prováveis de terem diagnóstico de transtorno depressivo.

Na Tabela 1, os pacientes com LES foram distribuídos de acordo com a pontuação alcançada no BDI e a fase da doença em que se encontravam no momento da coleta dos dados.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a atividade do LES e o escore obtido no BDI, com ponto de corte de 14. Goiânia, 2005.

Atividade do LES	Escore final no BDI						Total
	< 15		15 – 20		> 20		
	n	%	n	%	n	%	
Ativo	6	26,1	4	17,4	13	56,5	23
Inativo	14	53,8	4	15,4	8	30,8	26
Não classificado	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	21	42,0	8	16,0	21	42,0	50

Observa-se que, entre os 23 pacientes que se encontravam na fase ativa da doença, 13 (56,5%) tinham escore compatível com sintomas de depressão (> 20), enquanto dos 26 classificados como LES inativo, 14 (53,8%) alcançaram escore indicativo de ausência de depressão ou depressão mínima, 4 (17,4%) tinham escore compatível com disforia. Analisados de outra forma, os dados mostram que, dentre os 21 pacientes com escore no BDI menor que 15, a maioria (14; 66,7%) encontrava-se em fase inativa do LES, enquanto dos 21 que tinham escore compatível com sintomas de depressão (maior que 20), mais da metade (13; 61,9%) apresentava a doença em fase ativa. Quanto aos oito participantes cujo escore final no BDI ficou entre 15 e 20, indicando a presença de disforia, metade estavam em fase de atividade do lúpus e a outra metade em fase inativa.

A média dos escores alcançados no BDI entre os pacientes com lúpus ativo foi $21,74 \pm 11,74$, estatisticamente mais alta do que entre os que se encontravam na fase inativa da doença ($17,65 \pm 12,29$), como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com a atividade do LES e a média dos escores alcançados no BDI. Goiânia, 2005.

Atividade do LES	n	Média dos escores finais no BDI	Desvio padrão	p
Ativo	23	21,74	11,74	0,00014
Inativo	26	17,65	12,68	
Total	49	19,57	12,29	-

A distribuição dos pacientes de acordo com suas características sócio-demográficas e o escore final no BDI está mostrada na Tabela 3. Verifica-se que,

com exceção da faixa etária menor que vinte anos, todos os outros estratos das variáveis investigadas tiveram a maioria dos pacientes com escore maior ou igual a 15, indicando a presença de sintomas sugestivos de depressão.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por faixa etária, faixa de escolaridade e existência de parceiro fixo de acordo com o escore obtido no BDI, com ponto de corte de 14. Goiânia, 2005.

Características	Escore final no BDI						Total
	< 15		15 - 20		> 20		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Fem	21	44,7	6	12,8	20	42,5	47
Masc	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3
Total	21	42,0	8	16,0	21	42,0	50
Faixa etária							
< 20 a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
20 – 29 a	8	42,1	3	15,8	8	42,1	19
30 – 39 a	7	41,2	4	23,5	6	35,3	17
40 – 49 a	4	44,4	1	11,2	4	44,4	9
≥ 50 a	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4
Total	21	42,0	8	16,0	21	42,0	50
Faixa de escolaridade							
1º grau (completo ou não)	12	40,0	6	20,0	12	40,0	30
2º grau (completo ou não) e mais	9	47,4	2	10,5	8	42,1	19
Total	21	42,9	8	16,3	20	40,8	49
Existência de parceiro fixo							
Sem parceiro	9	45,0	3	15,0	8	40,0	20
Com parceiro	11	37,9	5	17,2	13	44,8	29
Total	20	40,8	8	16,3	21	42,9	49

Observando a Tabela 3, ao separar os pacientes com escore de 15 a 20 daqueles com escore maior que 20, verifica-se que, dos três pacientes homens, dois (66,7%) tinham escore de disforia e um (33,3%) de depressão. Todas as faixas etárias que incluíam os pacientes com mais de vinte anos apresentaram maior frequência nos escores superiores a 20, merecendo destaque a frequência de 75,0% encontrada entre os quatro participantes que tinham 50 anos ou mais. Nas duas faixas de escolaridade, 40,0% ou mais

pacientes tiveram escores compatíveis com a presença de depressão. Em relação à existência de um parceiro fixo, a frequência de participantes com escore superior a 20 foi maior (44,8%) entre aqueles que informaram possuir parceiro fixo, embora os sem parceiro também tenham mostrado frequência de 40,0% nesses escores.

Tabela 4 – Média dos escores nos grupos de afirmação no BDI. Goiânia, 2005.

Grupos de afirmações	Média	Desvio padrão
Subescala cognitivo-afetiva-		
tristeza	1,04	0,99
pessimismo	0,80	1,16
sentimento de fracasso	0,52	0,89
insatisfação	1,00	1,11
culpa	0,72	1,03
punição	0,84	1,27
auto-aversão	0,40	0,64
auto-acusações	0,94	1,00
idéias suicidas	0,28	0,61
choro	0,88	1,02
irritabilidade	1,42	1,13
retraimento social	0,62	0,97
indecisão	1,18	1,16
MÉDIA GERAL NA SUBESCALA	0,82	0,65
Subescala somática e de desempenho		
mudança na auto-imagem	1,30	1,22
dificuldade de trabalhar	1,30	1,11
insônia	1,04	0,95
fatigabilidade	1,28	1,03
perda de apetite	0,64	0,75
perda de peso	0,84	1,18
preocupações somáticas	1,22	1,00
perda da libido	1,16	1,22
MÉDIA GERAL NA SUBESCALA	1,12	0,66
Total	19,24	12,39

A Tabela 4 mostra as médias obtidas em cada grupo de afirmações do BDI. A maior e menor médias foram encontradas na subescala cognitivo-afetiva,

nos grupos “irritabilidade” ($1,42 \pm 1,13$) e “idéias suicidas” ($0,28 \pm 0,61$), respectivamente. A média geral dos grupos da subescala somática e de desempenho foi um pouco mais elevada ($1,12 \pm 0,66$) do que na subescala cognitivo-afetiva ($0,82 \pm 0,65$), porém sem diferença estatística. Os elevados valores de desvio padrão encontrados em todos os grupos de afirmações indicam a grande variabilidade nos escores individuais.

Na subescala cognitivo-afetiva, a média foi $\geq 1,00$ em quatro (30,77%) dos treze grupos de afirmações (“insatisfação”, “tristeza”, “indecisão” e “irritabilidade”), enquanto na subescala dos sintomas somáticos e de desempenho, seis (75%) dos oito grupos de afirmações (“mudança na auto-imagem”, “dificuldade de trabalhar”, “insônia”, “fatigabilidade” “preocupações somáticas” e “perda da libido”) tiveram média nesse valor.

Mais da metade da amostra estudada respondeu escolhendo uma alternativa com escore individual diferente de zero em seis (46,2%) dos treze grupos de afirmações da subescala cognitivo-afetiva no BDI, como mostrado na Tabela 4. Nas afirmações da subescala somática e de desempenho, a maioria dos pacientes escolheu alternativas com escore individual diferente de zero em seis (75,0%) dos oito grupos. Escores individuais diferentes de zero também foram a opção de 50,0% dos pacientes no grupo relativo à perda do apetite e de 38,0% no grupo referente à perda de peso.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com o escore individual obtido em cada grupo de afirmações do BDI. Goiânia, 2005.

Grupos de afirmações	Escore individual no grupo				Total	
	0		1, 2 e 3			
	N	%	N	%	N	%
Subescala cognitivo-afetiva						
tristeza	17	34,0	33	66,0	50	100,0
pessimismo	31	62,0	19	38,0	50	100,0
sentimento de fracasso	35	70,0	15	30,0	50	100,0
insatisfação	21	42,0	29	58,0	50	100,0
culpa	30	60,0	20	40,0	50	100,0
punição	32	64,0	18	36,0	50	100,0
auto-aversão	33	66,0	17	34,0	50	100,0
auto-acusações	22	44,0	28	56,0	50	100,0
idéias suicidas	39	78,0	11	22,0	50	100,0
choro	23	46,0	27	54,0	50	100,0
irritabilidade	12	24,0	38	76,0	50	100,0
retraimento social	31	62,0	19	38,0	50	100,0
indecisão	21	42,0	29	58,0	50	100,0
Subescala somática e de desempenho						
mudança na auto-imagem	20	40,0	30	60,0	50	100,0
dificuldade de trabalhar	16	32,0	34	68,0	50	100,0
insônia	16	32,0	34	68,0	50	100,0
fatigabilidade	14	28,0	36	72,0	50	100,0
perda de apetite	25	50,0	25	50,0	50	100,0
perda de peso	31	62,0	19	38,0	50	100,0
preocupações somáticas	13	26,0	37	74,0	50	100,0
perda da libido	22	44,0	28	56,0	50	100,0

Segundo Cunha (2001), deve-se dar especial importância aos casos em que o escore da alternativa marcada pelo paciente seja maior do que um nos grupos “idéias suicidas” e “pessimismo”, pois estes são fortes indicadores para o risco de suicídio em pacientes deprimidos. Na Tabela 5, verifica-se que esses dois grupos de afirmações estão entre aqueles em que menos da metade (22,0% e 38,0%, respectivamente) dos participantes escolheram escore maior que zero. Além disso, a Tabela 6 mostra que, embora onze pacientes no grupo “idéias

suicidas” e dezenove no grupo “pessimismo” tenham marcado alternativas com escores 1, 2 e 3, apenas dois deles escolheram alternativas com escore maior que 1 nos dois grupos.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com o escore das afirmações escolhidas nos grupos “pessimismo” e “idéias suicidas”. Goiânia, 2005.

Escore no grupo “pessimismo”	Escore no grupo “idéias suicidas”				Total
	0	1	2	3	
0	29	2	0	0	31
1	4	2	0	0	6
2	2	2	0	1	5
3	4	3	1	0	8
Total	39	9	1	1	50

Na Tabela 7 são apresentadas as médias de escore no BDI de cada extrato das variáveis estudadas. A média do sexo masculino foi numericamente superior ao das mulheres, e as faixas etárias com maior média foram as de 40 a 49 anos e maior ou igual a 50 anos. Os participantes que relataram apenas o 1º grau de escolaridade também tiveram média de escore mais alta e, em relação à convivência com um parceiro fixo, a média dos sem parceiro foi um pouco maior do que a dos que informaram ter parceiro, apesar dos dois valores serem muito próximos. Apesar da diferença numérica nas médias verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre elas, talvez em decorrência do tamanho da amostra.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes por extrato das variáveis estudadas de acordo com a média do escore obtido no BDI. Goiânia, 2005.

Característica	Média do escore no BDI	Desvio padrão	p
Sexo			
feminino (n=47)	19,06	12,61	0,695
masculino (n=3)	22,00	9,54	
Total (n=50)	19,24	12,39	
Faixa etária			
< 20 a (n=1)	10,00	-	0,806
20 – 29 a (n=19)	20,26	12,19	
30 – 39 a (n=17)	16,94	9,71	
40 – 49 a (n=9)	21,56	18,85	
≥ 50 a (n=4)	21,25	8,92	
Total (n=50)	19,24	12,39	
Faixa de escolaridade			
1º grau (completo ou não) (n=30)	20,13	12,87	0,464
2º grau (completo ou não) e mais (n=19)	17,42	11,95	
Total (n=49)	19,08	12,47	
Existência de parceiro fixo			
sem parceiro (n=20)	19,90	14,16	0,850
com parceiro (n=29)	19,21	11,27	
Total (n=49)	19,67	12,39	

Na Tabela 8, observa-se que dezenove (38,0%) pessoas responderam ao item sobre perda de peso com uma alternativa de escore individual diferente de zero e, sendo que a perda de peso era intencional para quatro (21,05%) e não intencional para nove (47,37%) destes pacientes. Os seis (31,58%) demais participantes não responderam à afirmação relativa à intenção de perder peso.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes por escore individual da afirmação escolhida no grupo relativo à perda de peso e a intenção de perder peso. Goiânia, 2005.

Escore individual da afirmação escolhida	Está tentando perder peso de propósito						Total
	Sim		Não		Não responderam		
	N	%	N	%	N	%	
0 - Não perdeu muito peso, se é que perdeu algum recentemente	10	32,3	11	35,4	10	32,3	31
1 - Perdeu mais de dois quilos e meio	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4
2 - Perdeu mais de cinco quilos	1	14,2	3	42,8	3	42,8	7
3 - Perdeu mais de sete quilos	2	25,0	4	50,0	2	25,0	8
Total	14	28,0	20	40,0	16	32,0	50

Os resultados obtidos junto à amostra não clínica estão apresentados na Tabela 9, onde os participantes foram distribuídos segundo os estratos das variáveis investigadas e o escore final no BDI, adotando o ponto de corte de 18, como recomendado por Oliver e Simmons, 1984, citados por Cunha (2001). Observa-se que apenas seis (12,0%) indivíduos alcançaram escore superior ao ponto de corte, indicativo da presença de sintomas depressivos. Qualquer que seja o extrato analisado, a maioria dos respondentes obteve escore inferior ou igual a 18, que caracteriza sinais mínimos ou ausência de sinais de depressão.

Tabela 9 – Distribuição da amostra não clínica segundo o escore final alcançado no BDI usando um ponto de corte de 18. Goiânia, 2006.

Características	Escore final no BDI				Total
	≤ 18		≥ 19		
	n	%	n	%	
Sexo					
fem	40	87,0	6	13,0	46
masc	4	100,0	0	0,0	4
Total	44	78,0	6	12,0	50
Faixa etária					
< 20 anos	1	100,0	0	0,0	1
20 – 29 anos	15	83,3	3	16,7	18
30 - 39 anos	15	88,2	2	11,8	17
40 - 49 anos	8	100,0	0	0,0	8
≥ 50 anos	3	75,0	1	25,0	4
não responderam	2	100,0	0	0,0	2
Total	44	78,0	6	12,0	50
Existência de parceiro fixo					
sem parceiro	23	82,1	5	17,9	28
com parceiro	18	94,7	1	5,3	19
não responderam	3	100,0	0	0,0	3
Total	44	78,0	6	12,0	50
Faixa de escolaridade					
1º grau (completo e incompleto)	10	71,4	4	28,6	14
2º grau (completo e incompleto) e mais	34	94,4	2	5,6	36
Total	44	78,0	6	12,0	50
Ocupação					
costureira / bordadeira	4	100,0	0	0,0	4
do lar	6	100,0	0	0,0	6
enfermeira	5	100,0	0	0,0	5
estudante	5	83,3	1	16,7	6
médico	5	100,0	0	0,0	5
representante comercial	3	100,0	0	0,0	3
trabalha no comércio	2	50,0	2	50,0	2
outras	12	80,0	3	20,0	15
não responderam	2	100,0	0	0,0	2
Total	44	78,0	6	12,0	50

5 DISCUSSÃO

A média de idade de $33,42 \pm 8,84$ anos encontrada nos pacientes com LES incluídos neste estudo está em conformidade com a descrita na literatura. Com uma amostra constituída de forma semelhante, Rojas-Serrano e Cardiel (2000) investigaram 180 pacientes com lúpus do México que chegaram em uma unidade de emergência para consulta médica, obtendo uma média de idade de $32 \pm 11,3$ anos. Bezerra *et al.* (2005) encontraram média semelhante ($32,9 \pm 9,9$ anos) em Natal (RN). A média de idade encontrada por Rinaldi *et al.* (2004) na Itália entre 126 pacientes com lúpus que chegaram para atendimento no departamento de reumatologia foi um pouco mais elevada, ficando em $38,9 \pm 6,3$.

Segundo Duarte (2001), o lúpus acomete qualquer raça em proporções semelhantes, porém é mais freqüente entre adultos jovens, com idade de 20 e 40 anos. Petri (2000), Sato *et al.* (2002) e Verli, Cherubini e Souza (2004) afirmam que a maioria dos casos de LES ocorre entre os 15 e 45 anos. Sauma, Nunes e Lopes (2004) verificaram, em Belém (PA), que, para os 104 pacientes investigados no período de 1990 a 1999, o início dos sintomas de lúpus foi mais freqüente na faixa de 26-30 anos (25,96%).

No presente estudo, os participantes foram incluídos na medida em que chegavam para suas consultas previamente agendadas no ambulatório de reumatologia, eram convidados e aceitavam ou não fazer parte da pesquisa. A presença do investigador no referido ambulatório foi aleatória e o recrutamento de

participantes foi realizado até o momento em que se atingiu o número de participantes previstos. As diferenças encontradas na literatura quanto à média de idade dos pacientes com lúpus e a idade de início dos sintomas talvez possam ser explicadas pela diversidade no tamanho das amostras estudadas, bem como os métodos de seleção adotados para constituição das mesmas e o local usado para recrutamento dos participantes.

Mais de 80% dos casos de LES acontecem em mulheres durante a idade reprodutiva (Petri, 2000; Sato *et al.*, 2002; Verli, Cherubini e Souza, 2004), o que é condizente com os 94% de participantes do sexo feminino achados neste estudo. Em Belém (PA), Sauma, Nunes e Lopes (2004) verificaram que 91,35% dos 104 pacientes estudados eram do sexo feminino. Na investigação de Rocha *et al.* (2000) nos cem pacientes com LES na Bahia, a prevalência no sexo feminino foi pouco maior (97%). No México, Rojas-Serrano e Cardiel (2000) obtiveram um índice de 91,1% para o sexo feminino em sua amostra, enquanto na Austrália, Moses *et al.* (2005) também encontraram 94% de mulheres em um total de 386 pacientes com lúpus investigados. No estudo de Rinaldi *et al.* (2004) a frequência de mulheres foi de aproximadamente 87%.

Quanto à proporção entre mulheres e homens, no presente estudo ela foi de 16,7:1, bem maior que a de nove ou dez mulheres para cada homem referida por Petri (2000) e Sato *et al.* (2002). No entanto, segundo Schur (2005), essa proporção é de 3:1 em crianças, varia de 10:1 a 15:1 em adultos e em idosos ela é de 8:1. Em um estudo realizado por Bezerra *et al.* (2005) de revisão dos prontuários de 164 pacientes com LES acompanhados em um hospital universitário de Natal (RN), no período de abril/2003 a dezembro/2004, a proporção foi de vinte mulheres (95,1%) para cada homem (4,9%) acometido.

Rocha *et al.* (2000) verificaram uma proporção de aproximadamente 32:1, representando mais que o triplo daquela referida na literatura.

Em relação à existência de um companheiro fixo, entre os participantes deste estudo, 58% viviam com um parceiro enquanto os demais eram solteiros, viúvos ou separados.

A maior proporção (44%) de pacientes foi para a ocupação referida como do lar. O número de desempregados foi pequeno (3; 6%), mas esse quantitativo pode adquirir significância quando analisado em conjunto com o número de pacientes que informaram profissão do lar, que corresponde a trabalho não remunerado em casa. Tais resultados devem ser analisados em comparação com as características da população atendida nos hospitais universitários e ou públicos em geral, constituída predominantemente por indivíduos pertencentes a estratos sócio-econômicos menos favorecidos. Portanto, considerou-se que os resultados referentes à variável ocupação estão dentro do esperado para essa clientela.

Da mesma forma, o nível de escolaridade dos participantes também se mostrou compatível com a população da qual fazem parte, uma vez que 60% deles tinham apenas o 1º grau, completo ou incompleto, enquanto apenas 18% deles estavam cursando ou já tinham concluído o nível superior. De modo semelhante, Moses *et al.* (2005) também verificaram 55% de pacientes com quatro anos ou menos de escolaridade em sua investigação. No estudo conduzido por Sutcliffe *et al.* (1999), o baixo nível educacional foi associado com desfechos negativos em paciente com LES.

Rinaldi *et al.* (2004) verificaram que a qualidade de vida dos pacientes com LES é significativamente reduzida, tanto pelos componentes físicos da doença quanto pelos mentais, havendo forte correlação entre essas duas dimensões. Eles afirmam ser provável que o fato de sofrer uma doença física reduz o bem-estar mental, mas que, uma vez que essa ligação negativa esteja estabelecida, a influência pode tornar-se mútua. Costa (2005) também observou que uma proporção significativa de mulheres com LES sofrem piora da qualidade de sono com dados sugerindo que a depressão, o uso de prednisona e a falta de exercícios físicos contribuem para esse decréscimo de qualidade.

A média de escores finais no BDI ($19,24 \pm 12,39$) foi considerada alta, apesar da grande variação indicada pela amplitude do desvio padrão. Comparando com as médias citadas por Cunha (2001) para outras populações clínicas, essa média foi estatisticamente mais elevada do que as obtidas em pacientes cardiopatas ($11,03 \pm 6,93$), portadores de dor crônica ($15,18 \pm 10,47$), e de disfunção erétil ($17,26 \pm 13,37$), obesos ($9,09 \pm 6,51$), diabéticos do tipo II ($16,73 \pm 8,35$), doença pulmonar obstrutiva crônica ($16,53 \pm 10,04$) e pacientes de unidades de cuidados primários de saúde ($12,63 \pm 8,89$), sendo menor apenas do que a dos portadores de HIV ($21,48 \pm 9,33$). Entretanto, ela foi estatisticamente semelhante à média de $17,9 \pm 11,1$ encontrada por Rojas-Serrano e Cardiel (2000) entre pacientes com lúpus atendidos em uma unidade de emergência no México.

Também foi elevada a proporção (58%) de pacientes com escore final no BDI sugestivo da presença de sintomas depressivos (≥ 15), embora uma parcela (8; 27,6%) destes tenha obtido escore suficiente apenas para classificar seus sintomas como disforia (15 a 20). Percentual maior (75%) foi encontrado por

Costallat, Appenzeller e Bértolo (2001) para as desordens do humor (depressão) em 40 pacientes com LES, apesar de terem usado testes neuropsicológicos como metodologia de avaliação. Waterloo *et al.* (1998) também verificaram humor significativamente deprimido em cerca de 1/3 dos pacientes com lúpus investigados.

Usando as definições do American College of Rheumatology para as síndromes neuropsiquiátricas do LES, Brey *et al.* (2002) verificaram alta prevalência de LES neuropsiquiátrico entre os pacientes com lúpus (80% dos 128 pacientes apresentavam uma ou mais síndromes) e que as desordens psiquiátricas estavam entre as manifestações clínicas mais comuns encontradas. Em seu estudo, 37, 28% dos pacientes apresentavam episódio de depressão maior e 21, 19% manifestavam uma desordem de humor com características depressivas. Segundo Waterloo *et al.* (1998), os distúrbios emocionais são freqüentes no LES e se caracterizam por ansiedade, disfunção psicossocial e depressão.

Quanto à relação entre a atividade do LES e a presença de sintomas sugestivos de depressão (Tabela 1), embora 73,9% dos pacientes que estavam em fase ativa da doença no momento da coleta dos dados tenham alcançado escores maiores ou iguais a 15, não foi encontrada associação entre essas duas variáveis, provavelmente em função do tamanho da amostra estudada. Não obstante, quando se comparou a média dos escores finais no BDI entre os pacientes com lúpus ativo ($21,74 \pm 11,74$) e inativo ($17,65 \pm 12,68$), verificou-se que a média dos primeiros foi estatisticamente superior (Tabela 2), sinalizando uma maior predisposição destes pacientes para desenvolver sintomatologia depressiva.

O estudo de Segui *et al.* (2000) também verificou que os episódios agudos de LES estão relacionados a níveis mais altos de ansiedade e estresse psicológico, mas eles não encontraram diferença estatisticamente significativa para a presença de depressão em pacientes com lúpus clinicamente ativo e inativo. No entanto, Waterloo *et al.* (1998) verificaram que o humor deprimido foi um problema freqüente nos pacientes com lúpus e associado a anormalidades articulares (artrite) e cutâneas (principalmente fotossensibilidade e alopecia), que costumam estar exacerbadas durante a fase ativa da doença. Segundo os autores, ansiedade, disfunção psicossocial e depressão estão associadas com alterações visíveis na pele e com distúrbio na locomoção, que podem representar um mecanismo adicional para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos secundários ao lúpus. Por isso, devem ser levadas em consideração ao planejar estratégias terapêuticas para pessoas com LES.

Ainda não está claro se a presença de sintomas depressivos na fase ativa do lúpus é decorrente de alterações fisiopatológicas da doença ou resulta da exacerbção dos sintomas físicos observada durante esse período, que impõe maiores limitações físicas e restrições que alteram desde as atividades da vida diária, até as sociais, educacionais e de lazer, bem como o desempenho no trabalho. Entretanto, independentemente da origem das manifestações depressivas, os pacientes lúpicos que se encontram na fase de doença ativa precisam receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde visando a detecção precoce de sintomas sugestivos de depressão para a instituição de tratamento adequado. Desta forma, é possível não somente aliviar o sofrimento psicológico do paciente como também as manifestações físicas, já que a literatura

indica que, na ausência de depressão, a adesão às medidas terapêuticas preconizadas é maior, melhorando o desfecho do lúpus.

Quanto aos estratos das variáveis investigadas, merece destaque o fato de que, embora em reduzida proporção na amostra investigada, todos os pacientes do sexo masculino obtiveram escore maior ou igual a 15. Há indicações claras na literatura sobre maiores taxas de prevalência tanto de lúpus (Petri, 2000; Sato *et al.*, 2002; Schur, 2005) quanto de depressão (Rosenthal, 2003) no sexo feminino e são necessários estudos com um número maior de participantes do sexo masculino para verificar se, embora raro entre os homens, quando o LES acomete este sexo há maior probabilidade para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Apesar de os estudos indicarem que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens, o sexo feminino não parece ser um fator de risco em si mesmo, mas sim uma consequência do ambiente e suporte social existentes em muitas culturas. Também deve ser levado em conta que os homens relatam menos sintomas depressivos do que as mulheres e as mulheres utilizam mais serviços de saúde em geral do que os homens (Paykel, 1991; Lima, 1999). A diferença entre as prevalências de depressão em homens e mulheres ainda pode ser devida ao fato de que, além de relatarem menos sintomas depressivos, eles também se esquecem mais freqüentemente de episódios anteriores (Lima *et al.*, 1996; Menezes e Nascimento, 2001).

Como em relação ao sexo, também não há porque pensar que a idade seja um fator de risco isoladamente. Fatores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco, da mesma forma que a predisposição biológica para

depressão maior pode aumentar com a idade. Estudos brasileiros conduzidos na comunidade sugerem que transtornos mentais como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes, aumentam com a idade (Lima, 1999).

Entre os participantes na faixa etária de 50 anos ou mais, 75% totalizaram escore final superior ao ponto de corte. Sobre este aspecto, a literatura também refere que a depressão, por si só, é mais freqüente na idade mais avançada do que no resto da população (Lima *et al.*, 1996). Vale questionar se a tendência para depressão já observada nesta faixa etária poderia ser reforçada pelas diferentes limitações que costumam acompanhar o LES.

Embora possa ocorrer também na infância, a idade de início dos sintomas de depressão, assim como no lúpus, situa-se mais comumente entre os 20 e 40 anos (Lima, 1999). Apesar de não fazerem referência a números, Simon *et al.* (1995) relataram que o aparecimento dos sintomas depressivos tem ocorrido em idades bem mais precoces. No entanto, torna-se difícil precisar a idade de início dos sintomas depressivos uma vez que episódios passados da doença podem ser subestimados ou esquecidos, especialmente se tiveram sintomatologia leve a moderada, foram pouco recorrentes e não exigiram tratamento (Menezes e Nascimento, 2001).

Em pesquisas populacionais, idade, sexo e raça são os fatores demográficos que têm sido mais freqüentemente associados à depressão, sendo que os dois primeiros têm sido confirmados em diferentes contextos, mas, em relação à raça, os achados podem ser confundidos por fatores como renda e escolaridade (Lima, 1999). No Brasil, a investigação conduzida por Lima *et al.* (1996) indicou que os transtornos mentais como ansiedade e depressão

aumentam com a idade. De qualquer forma, a idade não deve ser tomada como um fator de risco isoladamente. Um estudo do Cross National Collaborative Group (1992) sugere que eventos históricos, sociais, econômicos e ambientais podem afetar os índices de depressão em diferentes países.

No presente estudo, as duas faixas de escolaridade mostraram predominância de pacientes com escore sugestivo da presença de sintomas depressivos, com proporção de 60,0% entre os que informaram possuir apenas o 1º grau. Quanto à existência de parceiro fixo, mais de 60% dos participantes com escore neste patamar informaram possuir parceiro fixo, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre estes e aqueles sem parceiro, onde escores iguais ou superiores a 15 foram obtidos em 55,0% dos casos.

Dentre os fatores sócio-econômicos, os estudos populacionais sugerem que pessoas com baixa escolaridade e renda apresentam maiores prevalências de transtornos mentais. No Estudo da Área de Captação (ECA), com exceção dos resultados encontrados na Carolina do Norte, a associação entre baixa renda e depressão foi fraca. No estudo latino-americano de comorbidade, as pessoas com menor renda apresentaram maiores prevalências de transtornos afetivos. Na Grã-Bretanha, a Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica (OPCS) mostrou que as pessoas com depressão maior apresentaram menor escolaridade e situação econômica inativa do que aquelas sem depressão ou outro transtorno mental (Lima, 1999). No estudo de Koivumaa-Honkanen (2004), o fato de ser do sexo masculino, pertencer a classes sociais mais altas e morar com um parceiro fixo, entre outros, foi associado com escores no BDI compatíveis com humor normal.

Em relação à situação conjugal, no presente estudo, 62% dos participantes que viviam com um parceiro apresentaram escore compatível com a presença de sintomas depressivos. Segundo Lima (1999), as pessoas divorciadas ou separadas parecem apresentar depressão mais frequentemente do que as solteiras e casadas e a viuvez recente está associada à alta ocorrência de depressão. No entanto, segundo o autor, esses riscos parecem variar de acordo com o sexo, pois mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que casadas, enquanto com os homens, ocorre a situação oposta. Lima (1999) também refere que as pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para a depressão e que quanto maior o número de pessoas morando no domicílio, menor é a chance da pessoa apresentar depressão. Ele lembra que a existência de suporte social e ausência de conflitos graves parecem ser agentes altamente protetores.

Quanto ao escore individual obtido em cada grupo de afirmações observou-se que a afirmação com a maior porcentagem de respostas com escore diferente de zero na subescala cognitivo-afetiva foi a irritabilidade (76%) e a mais freqüente na subescala somática e de desempenho foi a referente a preocupações somáticas (74%). Na primeira, tristeza, insatisfação, auto-acusações e indecisão também obtiveram escores elevados, enquanto na outra, à exceção do grupo perda de peso, metade ou mais dos participante escolheram respostas com escore maior ou igual a 1.

Na análise dos escores obtidos pelos participantes em cada grupo de afirmações, observou-se que a maior média ($1,42 \pm 1,13$) foi encontrada no grupo “irritabilidade” da subescala cognitivo-afetiva, embora tenha sido na subescala somática e de desempenho que a maioria (75%) dos grupos de afirmações tenha

obtido média superior a 1,00, excetuando-se apenas os grupos referentes à “perda de apetite” e “perda de peso”. Assim, apesar de a subescala cognitivo-afetiva também ter sido nitidamente afetada, observou-se um predomínio de alterações na subescala somática e de desempenho. Esse resultado parece coerente com o fato de tanto o lúpus quanto a depressão acarretarem uma série de sintomas somáticos expressivos que resultam em limitações físicas, mas também determinam alterações de cunho emocional e afetivo com sintomatologia e atitudes incluídas na subescala cognitivo-afetiva.

Endler et al. (1999), citados por (Gorenstein e Andrade, 2000, p. 92), ressaltam a importância clínica e teórica das dimensões cognitivo-afetiva e somática do BDI, recomendando que elas sejam analisadas de forma independente e que seja testada a hipótese de que elas responderiam melhor aos tratamentos cognitivo-comportamental e farmacológico, respectivamente. No caso específico dos pacientes com lúpus que apresentam sintomatologia depressiva, os dois tipos de tratamento devem ser considerados no planejamento terapêutico individual, uma vez que os resultados mostram alterações nas duas subescalas. É provável que a combinação das duas formas de tratamento melhore o desfecho do LES.

Embora os pacientes com lúpus apresentem maior risco de suicídio que o esperado em outras doenças crônicas (Karassa, Magliano e Isenberg, 2003), no presente estudo as frequências de respostas com escore maior que 1, indicativo da presença, com alguma intensidade, de pessimismo e ideação suicida foram pequenas (38,0% e 22,0% dos pacientes, respectivamente). No entanto, considerando que esses sentimentos apresentam valor preditivo para o risco de

morte, mesmo que sejam expressos por um único paciente, esse achado merece toda a atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde.

Na amostra investigada, somente dois pacientes marcaram afirmativas com escore maior que um nos dois grupos, evidenciando sinais de risco para o auto-extermínio (Cunha, 2001). Não obstante, revisando as anotações complementares feitas em alguns dos BDI preenchidos pelos participantes, verificou-se que a paciente que obteve o maior escore final (59 pontos de um total de 63) optou pela afirmativa de maior pontuação (3) no grupo 9 (“ideação suicida”): *“Eu me mataria se tivesse oportunidade”*. Essa paciente era uma mulher, separada, com 42 anos, ocupação do lar e que tinha cursado até a 2ª série do 1º grau. No início do teste, ela começou a chorar com intensidade e afirmou *“só sou viva ainda por causa da minha netinha”*, reforçando a posição da Associação Psiquiátrica Americana (APA - American Psychiatric Association, 2003) sobre o fato de que a presença de criança em casa é considerada o fator nº. 1 de proteção para o suicídio.

Quando se analisou a média dos escores finais no BDI por estrato das variáveis investigadas, verificou-se que as maiores médias foram obtidas no sexo masculino, entre os maiores de quarenta anos e com escolaridade de 1º grau. Entre os que informaram possuir ou não um parceiro fixo, a diferença foi muito pequena ($19,21 \pm 11,27$ e $19,90 \pm 14,16$, respectivamente), não permitindo inferir qualquer influência deste extrato na existência de sinais depressivos.

Na subescala somática e de desempenho, os dois grupos com menor frequência de escores diferentes de zero foram os relativos à perda do apetite e perda de peso (50% e 38%, respectivamente). Dos dezenove pacientes que

afirmaram perda de peso, nove (47,37%) declararam que essa perda não foi intencional, caracterizando este sintoma mais como uma manifestação somática resultante da comorbidade entre lúpus e depressão.

Entre os participantes da amostra não clínica, a prevalência de sintomas depressivos foi menor (12,0%), A média dos escores finais foi de $9,04 \pm 7,60$, revelando-se estatisticamente superior à média encontrada na investigação citada por Cunha (2001) entre universitários ($6,47 \pm 5,80$) e entre funcionários de um hospital geral ($6,09 \pm 5,21$), porém semelhante à média obtida entre bombeiros ($9,98 \pm 8,19$).

Entre os participantes não clínicos, todos os seis que obtiveram escore superior a 18 eram do sexo feminino, sendo que metade deles estava na faixa etária de 20 a 29 anos, cinco (83,3%) informaram não possuir parceiro fixo e quatro (66,7%) tinham apenas o 1º grau de escolaridade. Com relação aos estratos da variável ocupação, observou-se que dois (33,3%) participantes trabalhavam no comércio, um (16,7%) era estudante e três (50,0%) referiram outras ocupações.

A depressão é uma condição comum em co-existência com inúmeras doenças físicas, incluindo o LES. Entretanto, é de difícil identificação em razão da semelhança entre os seus sintomas e aqueles característicos da doença física, que podem mesmo se superpor, complicando a determinação da etiologia das manifestações clínicas encontradas (Schulberg *et al.*, 1985; Menezes e Nascimento, 2001). Por isso, é grande a possibilidade de a depressão cursar como um transtorno invisível e não suspeitado pelo médico clínico em geral, bem como de ser erroneamente diagnosticada como agravamento da doença de base

ou mesmo com os transtornos de ansiedade, gerando o uso de terapêutica inadequada que pode resultar na piora dos sintomas.

É preciso considerar que a depressão contribui para menor aderência ao tratamento da doença clínica, com maior probabilidade de abandono do uso da medicação prescrita, ignorância das modificações aconselhadas no estilo de vida e de faltas às consultas médicas de rotina, sendo que todos esses aspectos estão relacionados ao pior controle da doença (Rojas-Serrano e Cardiel, 2000). Considerando a falta de exames sensíveis que possibilitem ao médico não psiquiatra suspeitar da presença de depressão, a disponibilidade de um instrumento cuja validade e especificidade sejam reconhecidas e que, associado ao exame clínico, possa ajudar este profissional a identificar a presença de sintomas depressivos pode minimizar essa dificuldade.

Muitos acontecimentos cotidianos da vida podem gerar sentimentos de tristeza e luto, resultando em dificuldade, por parte dos pacientes, para identificar quando estes sintomas são esperados para a situação e quando eles podem ser sugestivos do transtorno depressivo. No início da consulta psiquiátrica, é comum que muitos pacientes, quando perguntados sobre o que está acontecendo com eles, respondam “*Não sei*”, indicando a complexidade do transtorno depressivo para a própria pessoa.

No presente estudo, o diagnóstico confirmado de uma doença que geralmente determina dor, deformidades físicas, ameaça de incapacidade e até de morte pode ter contribuído para a alta percentagem de pacientes com sintomas sugestivos de depressão. Entretanto, é útil lembrar que o BDI não faz diagnóstico de patologia; apenas avalia a presença e intensidade de sintomas

sugestivos de depressão, identificando pacientes com suspeita de diagnóstico de transtorno depressivo para que eles possam ser submetidos a uma avaliação mais especializada que confirme ou exclua esse diagnóstico. Além disso, os resultados confirmam a conclusão observada no estudo de Amaral (2000) sobre a necessidade de que o médico especialista em doenças físicas, tanto no atendimento primário quanto no hospitalar, esteja consciente da grande probabilidade de comorbidade entre estas enfermidades e o transtorno depressivo, e desperto para a identificação precoce de suas manifestações clínicas.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram a predominância do sexo feminino tanto entre os pacientes com lúpus (94%) quanto entre os que apresentavam sintomas de depressão (89,7%), confirmando o descrito na literatura específica. Os dados relativos às outras variáveis analisadas (idade, escolaridade, ocupação e convivência com um parceiro fixo) também foram concordantes com outras pesquisas encontradas na revisão.

Verificou-se alta prevalência de sintomas depressivos nos pacientes com LES, mas esse resultado foi semelhante a outros achados na literatura, e a média dos escores no BDI dos pacientes com LES foi equivalente àquela encontrada entre pacientes com algumas outras condições clínicas.

Considerando que o LES, por si só, já impõe muitas limitações no estilo de vida das pessoas, nos planos físico, psicológico, econômico e social, a comorbidade com o transtorno depressivo geralmente determina o agravamento do quadro, pois é comum que os sintomas depressivos freqüentemente se superponham aos do lúpus, resultando na potencialização das incapacidades e do sofrimento. Por isso, é fundamental que os médicos especialistas no tratamento da doença reumatológica também estejam despertos para o reconhecimento dos sinais sugestivos de depressão nestes pacientes. Como os pacientes dificilmente são capazes de distinguir um sintoma do outro, cabe ao seu médico desconfiar da presença de sintomas depressivos e encaminhar os

portadores de tais sintomas para um especialista em psiquiatria que, em caso de confirmação do diagnóstico, poderá realizar a adequação ou complementação do tratamento necessário.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o diagnóstico da depressão continua sendo baseado em critérios clínicos, exigindo do médico clínico habilidades e competência técnica específicas para o diagnóstico diferencial com outros transtornos mentais e mesmo com as doenças de natureza física.

Este estudo confirmou que o BDI é um instrumento de fácil compreensão e aplicação que pode ajudar o médico clínico na triagem dos pacientes que apresentam sintomas suspeitos de depressão. Os resultados demonstram que, no caso dos pacientes com LES, esse número é elevado e justifica o tempo e trabalho despendidos com a triagem, já que tais sintomas não seriam facilmente detectados em uma consulta reumatológica de rotina.

Visando garantir a integralidade da assistência aos pacientes, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde, recomenda-se que o trabalho integrado dos profissionais das várias especialidades médicas e dos diferentes profissionais de saúde, embora já existente, seja fortalecido e consolidado para funcionar de forma sistematizada e regular em benefício da clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev. ABP-APAL*, v. 4, n., p. 93-104. 1992.

AMARAL, G. F. *Depressão e hipertensão arterial*. 2000. 109 f. Mestrado (Dissertação) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association, 2003. Disponível em: <<http://www.psych.org/cme/apacme/courses/index.cfm>>. Acesso em: 22 Apr. 2006.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. Diagnóstico e quadro clínico da depressão na infância e na adolescência. In: Lafer, B. *et al.* *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BARBOSA, V. S., SILVA, N. A. e MARTINS, R. M. B. Soroprevalência e genótipos do vírus da hepatite C em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) em Goiânia, Brasil. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 45, n. 4, p. 201-205, Jul-Ago. 2005.

BAUER, M. E. *et al.* Depressão maior e atividade do sistema imunológico. *Rev. ABP-APAL*, v. 15, n. 3, p. 87-94. 1993.

BEAR, M. F., CONNORS, B. W. e PARADISO, M. A. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Trad.: Neurociências: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECK, A. T. *et al.* Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav. Res. Ther.*, v. 35, n. 8, p. 785-91, Aug. 1997.

BERRETTINI, W. Diagnostic and genetic issues of depression and bipolar illness. *Pharmacotherapy*, v. 15, n. 6 Pt 2, p. 69S-75S, Nov-Dec. 1995.

BERRETTINI, W. H. *et al.* A linkage study of bipolar illness. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 54, n. 1, p. 27-35, Jan. 1997.

BEZERRA, E. L. M. *et al.* Lúpus eritematoso sistêmico (LES): perfil clínico-laboratorial dos pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-

Natal/Brasil) e índice de dano nos pacientes com diagnóstico recente. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 45, n. 6, p. 339-342, Nov-Dez. 2005.

BOTEGA, N. J., FURLANETTO, L. e FRÁGUAS JR, R. Depressão no paciente clínico. In: Lafer, B. *et al. Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BRASIL. *Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BREY, R. L. *et al.* Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. *Neurology*, v. 58, n. 8, p. 1214-1220, Apr 23. 2002.

BROWN, C. e SCHULBERG, H. C. Diagnosis and treatment of depression in primary medical care practice: the application of research findings to clinical practice. *J. Clin. Psychol.*, v. 54, n. 3, p. 303-14, Apr. 1998.

CASSIS, T. B. e CALLEN, J. P. Bupropion-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. *Australas J. Dermatol.*, v. 46, n. 4, p. 266-269, Nov. 2005.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Trad.:Dorgival Caetano. Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, D. D. *et al.* Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, v. 53, n. 2, p. 272-278, Apr 15. 2005.

COSTALLAT, L. T. L., APPENZELLER, S. e BÉRTOLO, M. B. Lúpus neuropsiquiátrico de acordo com a nova nomenclatura e definição de casos do Colégio Americano de Reumatologia (ACR): análise de 527 pacientes. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 41, n. 3, p. 133-141, Mai-Jun. 2001.

COYNE, J. C., SCHWENK, T. L. e FECHNER-BATES, S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen. Hosp. Psychiatry.*, v. 17, n. 1, p. 3-12, Jan. 1995.

CRISCIONE, L. G. e PISETSKY, D. S. *The pathogenesis of systemic lupus erythematosus*. 2003. Disponível em: <<http://www.arthritis.org/research/Bulletin/vol52no6/Introduction.asp>>. Acesso em: 28 Set. 2003.

CROSS NATIONAL CALLABORATIVE GROUP. The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *JAMA*, v. 268, n. 21, p. 3098-3105, Dec. 1992.

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

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 21, n. Supl. Depressão, p. si 6-11. 1999.

_____. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer, B. *et al. Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DEVELLIS, B. M. Depression in rheumatological diseases. *Baillieres Clin. Rheumatol.*, v. 7, n. 2, p. 241-57, Jun. 1993.

DSM-IV-TM. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUARTE, A. A. Lúpus eritematoso cutâneo. *An. Bras. Dermatol.*, v. 76, n. 6, p. 655-671, nov/dez. 2001.

DUBOVSKY, S. L. e DUBOVSKY, A. N. *Transtornos do humor*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DUTTON, G. R. *et al.* Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary care patients. *Gen. Hosp. Psychiatry.*, v. 26, n. 6, p. 437-442, Nov-Dec. 2004.

EWALD, H., EIBERG, H. e MORS, O. A search for genes predisposing to manic depressive illness on chromosome 20. *Psychiatr. Genet.*, v. 5, n. 3, p. 105-111, Fall. 1995.

FRÁGUAS JR., R. Depressão no contexto médico. In: Lafer, B. *et al. Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FURLANETTO, L. M. e BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J. Bras. Psiq.*, v. 55, n. 1, p. 8-19. 2006.

GORENSTEIN, C. e ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck - propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein, C., Andrade, L. H. S. G. e Zuardi, A. W. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p.89 -92.

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

HAUPT, M. *et al.* Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Ann. Rheum. Dis.*, v. 64, n. 11, p. 1618-23, Nov. 2005.

HICKIE, I. B. Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice. *Med. J. Aust.*, v. 170, n. 4, p. 171-3, Feb 15. 1999.

HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, v. 40, n. 9, p. 1725, Sep. 1997.

- IVERSON, G. L. e ANDERSON, K. W. The etiology of psychiatric symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Scand. J. Rheumatol.*, v. 23, n. 5, p. 277-82. 1994.
- IVERSON, G. L. *et al.* Assessing depression in systemic lupus erythematosus: determining reliable change. *Lupus*, v. 10, n., p. 266-271. 2001.
- JUMP, R. L. *et al.* Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *J. Rheumatol.*, v. 32, n. 9, p. 1699-1705, Sep. 2005.
- KARASSA, F. B., MAGLIANO, M. e ISENBERG, D. A. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis.*, v. 62, n. 1, p. 58-60, Jan. 2003.
- KATON, W. e SULLIVAN, M. D. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, v. 51 Suppl, n., p. 3-11; discussion 12-4, Jun. 1990a.
- KATON, W. J. e SULLIVAN, M. D. Depression and chronic medical illness. *J. Clin. Psychiatry*, v. 51 Suppl, n., p. 3-11; discussion 12-4, Jun. 1990b.
- KOIVUMAA-HONKANEN, H. *et al.* Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, v. 39, n. 12, p. 994-9, Dec. 2004.
- KOZORA, E. *et al.* Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, v. 14, n. 5, p. 363-372. 2005.
- LAHITA, R. G. *What is lupus?* 2003. Disponível em: <<http://www.lupus.org/education/whatis.htm>>. Acesso em: 03 Set. 2003.
- LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 21, n. Supl. Depressão, p. si 1-5. 1999.
- LIMA, M. S. *et al.* Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int. J. Psychiatry Med.*, v. 26, n. 2, p. 211-222. 1996.
- MARTÍN, A. G. *et al.* Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med. Clin. (Barc)*, v. 120, n. 10, p. 370-375. 2003.
- MATSUKAWA, Y. *et al.* Suicide in patients with systemic lupus erythematosus: a clinical analysis of seven suicidal patients. *Lupus*, v. 3, n. 1, p. 31-35, Feb. 1994.
- MENDES DE OLIVEIRA, J. R. *et al.* Analysis of a novel functional polymorphism within the promoter region of the serotonin transporter gene (5-HTT) in Brazilian patients affected by bipolar disorder and schizophrenia. *Am. J. Med. Genet.*, v. 81, n. 3, p. 225-227, May 8. 1998.

MENEZES, P. R. e NASCIMENTO, A. D. F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: Lafer, B. *et al.* *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MIGUEL FILHO, E. C. *Alterações psicopatológicas no lupus eritematoso sistêmico*. 2001. 183 f. Doutorado (Tese) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MOSES, N. *et al.* Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Educ. Couns.*, v. 57, n. 1, p. 30-8, Apr. 2005.

NARDI, A. E. *Questões atuais sobre depressão*. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998.

NEMEROFF, C. Estresse e humor. In: Bear, M. F., Connors, B. W. e Paradiso, M. A. *Neurociências - desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OMDAL, R. *et al.* Neuropsychiatric disturbances in SLE are associated with antibodies against NMDA receptors. *Eur. J. Neurol.*, v. 12, n. 5, p. 392-398, May. 2005.

_____. Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: the psychosocial aspects. *J. Rheumatol.*, v. 30, n. 2, p. 283-7, Feb. 2003.

PAYKEL, E. S. Depression in women. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, v., n. 10, p. 22-9, May. 1991.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PETRI, M. Systemic lupus erythematosus: women's health issues. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, v. 49, n. 8. 2000. Disponível em: http://www.arthritis.org/research/bulletin/vol49/49_8.pdf. Acesso em 28 Set 2003.

RICHARDS, J. C. *et al.* Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, v. 38, n. 10, p. 795-803, Oct. 2004.

RINALDI, S. *et al.* Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. I. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology (Oxford)*, v. 43, n. 12, p. 1574-9, Dec. 2004.

ROCHA, M. C. B. T. *et al.* Perfil demográfico clínico e laboratorial de 100 pacientes com lupus eritematoso sistêmico no estado da Bahia. *Rev Bras Reumatol*, v. 40, n. 5, p. 221-230, Set-Out. 2000.

ROJAS-SERRANO, J. e CARDIEL, M. H. Lupus patients in an emergency unit. Causes of consultation, hospitalization and outcome. A cohort study. *Lupus*, v. 9, n. 8, p. 601-606. 2000.

ROSENTHAL, R. S. *Lupus and depression*, 2003. Disponível em: <http://www.mtio.com/lupus/lal_10.htm>. Acesso em: 04 Out. 2003.

SANZ DE LA GARZA, C. L. Manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico. *Anales de Psiquiatría*, v. 16, n. 6, p. 258-262. 2000.

SATO, E. I. *et al.* Consenso brasileiro para o tratamento do lupus eritematoso sistémico. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 42, n. 6, p. 362-370, Nov-Dez. 2002.

SAUMA, M. D. F. L. C., NUNES, N. A. C. e LOPES, L. F. M. Estudo retrospectivo das manifestações clínicas e laboratoriais de 104 pacientes com lúpus eritematoso sistémico (LES), em Belém, PA, Brasil (1990-1999). *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 44, n. 3, p. 192-197, Mai-Jun. 2004.

SCHATTNER, A. e NAPARSTEK, Y. The future of the treatment of systemic lupus erythematosus. *Clin. Exp. Rheumatol.*, v. 23, n. 2, p. 254-260, Mar-Apr. 2005.

SCHULBERG, H. C. *et al.* Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 42, n. 12, p. 1164-1170, Dec. 1985.

SCHUR, P. H. Lúpus eritematoso sistémico. In: Goldman, L. e Ausiello, D. (Ed) *Cecil, tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.1937-1947.

SEGUI, J. *et al.* Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of disease. *Lupus*, v. 9, n., p. 584-588. 2000.

SHAPIRO, H. S. Psychopathology in the patient with lupus. In: Wallace, D. J. e Hahn, B. H. *Dubois' Lupus erythematosus*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p.739-774.

SILVERSTONE, P. H. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 184, n. 1, p. 43-51, Jan. 1996.

SIMON, G. E. *et al.* Is the lifetime risk of depression actually increasing? *J. Clin. Epidemiol.*, v. 48, n. 9, p. 1109-1018, Sep. 1995.

SOARES, J. C. Transtornos afetivos: pesquisa e perspectivas para o futuro. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 21, n. Supl. Depressão, p. si 48 - 51, Mai. 1999.

STEER, R. A. *et al.* Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 21, n. 2, p. 106-11, Mar-Apr. 1999.

SULLIVAN, M. D. *et al.* Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am. J. Med.*, v. 103, n., p. 348-356. 1997.

SUTCLIFFE, N. *et al.* The association of socio-economic status, race, psychosocial factors and outcome in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, v. 38, n. 11, p. 1130-7, Nov. 1999.

TAN, E. M. *et al.* The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, v. 25, n. 11, p. 1271-1277, Nov. 1982.

TYLEE, A. Depression in the community: physician and patient perspective. *J. Clin. Psychiatry*, v. 60 Suppl 7, n., p. 12-6; discussion 17-8. 1999.

URAMOTO, K. M. *et al.* Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum.*, v. 42, n. 1, p. 46-50, Jan. 1999.

VERLI, F. D., CHERUBINI, C. K. e SOUZA, M. A. L. Lupus eritematoso: uma abordagem estomatológica. *Rev. Bras. Patol. Oral*, v. 3, n. 1, p. 26-31, Jan-Mar. 2004.

WATERLOO, K. *et al.* Emotional status in systemic lupus erythematosus. *Scand. J. Rheumatol.*, v. 27, n. 6, p. 410-4. 1998.

WEKKING, E. M. Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: an update. *Psychosom. Med.*, v. 55, n. 2, p. 219-28, Mar-Apr. 1993.

WINTER, L. B. *et al.* Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *J. Adolesc. Health*, v. 24, n. 6, p. 389-94, Jun. 1999.

ANEXO 1



American College of Rheumatology

Revisão de 1982 dos critérios para classificação do LES

Disponível em: <http://www.rheumatology.org/research/classification/sle.html>

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

** The proposed classification is based on 11 criteria. For the purpose of identifying patients in clinical studies, a person shall be said to have systemic lúpus erythematosus if any 4 or more of the 11 criteria are present, serially or simultaneously, during any interval of observation.*

Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus. Arthritis Rheum 1982;25:1271-7.

ANEXO 2

Updating the American College of Rheumatology Revised Criteria for the Classification of Systemic Lúpus Erythematosus

Disponível em: <http://www.rheumatology.org/research/classification/1982SLEupdate.html>

To the Editor:

In 1982, the Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American College of Rheumatology (ACR) published revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus (SLE) (1). During the ensuing decade several investigators, including Drs. Graham Hughes and Donato Alarcon-Segovia, among others, have described the presence and clinical associations or antiphospholipid antibodies in patients with SLE, as well as the occurrence of the primary antiphospholipid syndrome (2-5). In 1992, Piette and colleagues suggested that the ACR revised criteria be reevaluated in light of the above discoveries (6).

At the request of Dr. Eng Tan, the Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the ACR reviewed the 1982 revised criteria for SLE and recommended the following revisions to criterion number 10 ("Immunologic disorder"), which were approved by the Council on Research and the Board of Directors:

1. Delete item 10(a) ("Positive LE cell preparation"), and
2. Change item 10(d) to "Positive finding of antiphospholipid antibodies based on 1) an abnormal serum level of IgG or IgM anticardiolipin antibodies, 2) a positive test result for lúpus anticoagulant using a standard method, or 3) a false-positive serologic test for syphilis known to be positive for at least 6 months and confirmed by *Treponema pallidum* immobilization or fluorescent treponemal antibody absorption test." Standard methods should be used in testing for the presence of antiphospholipid (7-10). Publication of this letter will allow basic and clinical investigators in SLE to not only use, but also cite, the modification of the 1982 criteria. Marc C. Hochberg, MD, MPH for the Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American College of Rheumatology¹. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, Schaller JG, Talal N, Winchester RJ: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus. *Arthritis Rheum* 25:1271-1277, 1982
2. Harris EN, Gharavi AK, Boey M, Patel BM, Mackworth-Young CG, Loizou S, Hughes GRV: Anticardiolipin antibodies: detection by radioimmunoassay and association with thrombosis in systemic lúpus erythematosus. *Lancet* 2:1211-1214, 1983. Alarcon-Segovia D, Deleze M, Oria CV, Sanchez-Guerrero J, Gomez-Pacheco L, Cabiedes J, Fernandez A, Ponce de Leon S: Antiphospholipid antibodies and the antiphospholipid syndrome in systemic lúpus erythematosus: a prospective analysis of 500 consecutive patients. *Medicine (Baltimore)* 68:353-365, 1989. Asherson RA, Khamashta MA, Ordi-Ros J, Derksen RHW, Machin SJ, Barquinero J, Out HH, Harris EN, Vilarde-Torres M, Hughes GRV: The primary antiphospholipid syndrome: major clinical and serological features. *Medicine (Baltimore)* 68:366-374, 1989. Alarcon-Segovia D: Antiphospholipid syndrome within systemic lúpus erythematosus. *Arthritis Rheum* 3:289-291, 1994. Piette JC, Wechsler B, Frances C, Godeau P: Systemic lúpus erythematosus and the antiphospholipid syndrome: reflections about the relevance of ARA criteria. *J Rheumatol* 19:1835-1837, 1992. Harris EN, Gharavi AK, Patel BM, Hughes GRV: Evaluation of the anticardiolipin antibody test: report of an international workshop held 4 April 1986. *Clin Exp Immunol* 68:215-222, 1987. Harris EN, Phil M: The second international anticardiolipin standardization workshop: The Kingston Antiphospholipid Antibody Study (KAPS) Group. *Am J Clin Pathol* 94:474-484, 1990. Exner T, Triplett DA, Taberner D, Machin SJ: Guidelines for testing and revised criteria for lúpus anticoagulants: Subcommittee for the Standardization of Lúpus Anticoagulants. *Thromb Haemost* 65:320-322, 1991. Brandt JT, Triplett DA, Alving B, Scharrer I: Scientific and Standardization Committee Communications: criteria for the diagnosis of lúpus anticoagulants—an update. *Thromb Haemost* 74:1185-1190, 1995

Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus [letter]. *Arthritis Rheum* 1997;40:1725.

ANEXO 3

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Beck Depression Inventory – BDI
(Beck *et al.*, 1961) versão revisada (Beck *et al.*, 1979)

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
3	0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	10	0 Não choro mais do que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico mais irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com as coisas que costumava irritar.
5	0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
6	0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.	13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais que costumava. 2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.		

_____ Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991. a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados © 1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo ® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que antes. 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativos. 3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 Preciso de algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Sinto-me cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>	<p>18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.</p> <p>19 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais de 2 quilos e meio. 2 Perdi mais de 5 quilos. 3 Perdi mais de 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____</p> <p>20 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qq outra coisa.</p> <p>21 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. Estou menos interessado por sexo do que costumava. Estou muito menos interessado em sexo agora. Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	--

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem um tipo de doença denominada Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES PORTADORES DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**, desenvolvida por **Paulo Maurício de Oliveira** – Médico Psiquiatra, Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), Telefone: (62)202-1800, ramal 1198, sob a orientação do **Prof. Dr. Nilzio Antônio da Silva** – Médico Reumatologista, Serviço de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFG, Telefone: (62) 261-2029, cujo objetivo é avaliar a intensidade de sintomas depressivos em pacientes com LES atendidos no serviço de Reumatologia do HC / UFG.

O transtorno depressivo foi identificado como uma das várias condições emocionais que podem influenciar o funcionamento imunológico e hormonal, provocando aumento da morbidade e mortalidade relacionadas a enfermidades auto-imunes, como é o caso do lúpus. O diagnóstico precoce da depressão está diretamente ligado a um melhor prognóstico e adesão ao tratamento tanto do lúpus como da própria depressão. Segundo Rosenthal (2003), a depressão é um problema comum no paciente com LES e 60% desses pacientes apresentam sintomas psiquiátricos, freqüentemente no início do curso da doença, podendo retardar o diagnóstico do lúpus por mais de um ano.

Para a realização deste estudo, a sua participação é muito importante, mas é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou mesmo já tendo aceito, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção do seu atendimento, que está assegurado. As informações fornecidas por V. Sa. contribuirão de forma significativa para que, no futuro, a presença de sintomas depressivos em pacientes portadores de lúpus seja diagnosticada precocemente e as pessoas encaminhadas para o tratamento específico.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos médicos que executam a pesquisa e pelas autoridades legais; no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Os autores se comprometem a tratar as informações aqui recebidas com **sigilo absoluto** quanto à identidade dos participantes.

Todas as despesas necessárias para a realização do estudo **NÃO** são de responsabilidade do paciente. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e, quando os resultados forem publicados, não aparecerá o seu nome, e sim um código.

Para sua comodidade e conforto, sua participação deverá ocorrer no mesmo dia da consulta de acompanhamento no ambulatório de Reumatologia. Após a consulta com o Reumatologista, você será encaminhado para uma conversa com um médico Psiquiatra ou estudante de Medicina treinado e supervisionado pelo pesquisador responsável, que o orientará sobre a forma de participação.

Sua participação se restringirá ao fornecimento de seus dados de identificação e informações sobre a história de sua doença, além de responder a um teste específico para identificar a presença e intensidade de sintomas depressivos. Em seguida, o examinador fará uma avaliação do resultado do teste e você será comunicado sobre isso. Caso o teste indique a presença de sinais de depressão, você receberá orientação detalhada sobre como procurar atendimento especializado para a realização do tratamento específico e também receberá um folheto escrito especialmente para o seu caso, contendo todas as informações necessárias sobre a depressão.

O risco que envolve a sua participação no estudo é mínimo e está relacionado ao fato de estar exposto a perguntas que não seriam feitas caso você não estivesse participando do mesmo. Caso você tenha qualquer dúvida ou queira cancelar sua participação, poderá fazer contato com os médicos Dr. Paulo Maurício de Oliveira e Dr. Nilzio Antônio da Silva, no Hospital das Clínicas (Serviço de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica).

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "**Avaliação de sintomas depressivos em pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico**". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é voluntária e isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesse Serviço.

Nome completo do voluntário: _____, Prontuário
n.º: _____, RG: _____,

Goiânia, ____/____/_____
Assinatura do paciente ou responsável legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participação nesse estudo.

Goiânia, ____/____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 5



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 014/04

Goiânia, 25/03/2004.

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Prof. Nilzio Antonio da Silva

TÍTULO: "Avaliação de Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico".

Área Temática: Grupo III

Número do Estudo do Patrocinador:

Data da versão do Estudo:

Data da Versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Local de Realização: HC/UFG – Serviço de Reumatologia.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal **analisou e aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador em exercício do CEPMHA/HC/UFG